

**UNIVERSITE D'ANGERS**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

**Année 2013**

**THESE**

**pour le**

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Qualification en : PSYCHIATRIE**

**Par**

***Elodie DEL VALLE***

**Née le 4 novembre 1985 à Pessac (33)**

---

**Présentée et soutenue publiquement le : 17 octobre 2013**

---

***APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DES PERES PENDANT LA  
GROSSESSE ET POST-PARTUM IMMEDIAT  
A PROPOS DE 100 PERES RENCONTRES A LA MATERNITE***

---

**Président : Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER**

**Directeur : Madame le Docteur Pascale DELAFOND**

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS**

---

<b>Doyen</b>	Pr. RICHARD
<b>Vice doyen recherche</b>	Pr. BAUFRETON
<b>Vice doyen pédagogie</b>	Pr. COUTANT

**Doyens Honoraire**s : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

**Professeur Émérite** : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

**Professeurs Honoraire**s : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

<b>MM.</b>	<b>ABRAHAM Pierre</b>	Physiologie
	<b>ASFAR Pierre</b>	Réanimation médicale
	<b>AUBÉ Christophe</b>	Radiologie et imagerie médicale
	<b>AUDRAN Maurice</b>	Rhumatologie
	<b>AZZOUIZI Abdel-Rahmène</b>	Urologie
<b>Mmes</b>	<b>BARON Céline</b>	Médecine générale (professeur associé)
	<b>BARTHELAIX Annick</b>	Biologie cellulaire
<b>MM.</b>	<b>BATAILLE François-Régis</b>	Hématologie ; Transfusion
	<b>BAUFRETON Christophe</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	<b>BEAUCHET Olivier</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	<b>BEYDON Laurent</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>BIZOT Pascal</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	<b>BONNEAU Dominique</b>	Génétique
	<b>BOUCHARA Jean-Philippe</b>	Parasitologie et mycologie
	<b>CALÈS Paul</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
	<b>CAMPONE Mario</b>	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
	<b>CAROLI-BOSC François-Xavier</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
	<b>CHABASSE Dominique</b>	Parasitologie et mycologie
	<b>CHAPPARD Daniel</b>	Cytologie et histologie
	<b>COUTANT Régis</b>	Pédiatrie
	<b>COUTURIER Olivier</b>	Biophysique et Médecine nucléaire
	<b>DARSONVAL Vincent</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	<b>de BRUX Jean-Louis</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	<b>DESCAMPS Philippe</b>	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	<b>DIQUET Bertrand</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	<b>DUVERGER Philippe</b>	Pédiopsychiatrie
	<b>ENON Bernard</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>FANELLO Serge</b>	Épidémiologie, économie de la santé et prévention

	<b>FOURNIER Henri-Dominique</b>	Anatomie
	<b>FURBER Alain</b>	Cardiologie
	<b>GAGNADOUX Frédéric</b>	Pneumologie
	<b>GARNIER François</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>MM.</b>	<b>GARRÉ Jean-Bernard</b>	Psychiatrie d'adultes
	<b>GINIÈS Jean-Louis</b>	Pédiatrie
	<b>GRANRY Jean-Claude</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>HAMY Antoine</b>	Chirurgie générale
	<b>HUEZ Jean-François</b>	Médecine générale
<b>Mme</b>	<b>HUNAULT-BERGER Mathilde</b>	Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>IFRAH Norbert</b>	Hématologie ; transfusion
<b>Mmes</b>	<b>JEANNIN Pascale</b>	Immunologie
	<b>JOLY-GUILLOU Marie-Laure</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>LACCOURREYE Laurent</b>	Oto-rhino-laryngologie
	<b>LASOCKI Sigismond</b>	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	<b>LAUMONIER Frédéric</b>	Chirurgie infantile
	<b>LE JEUNE Jean-Jacques</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>LE ROLLE Nicolas</b>	Réanimation médicale
	<b>LEFTHÉRIOTIS Georges</b>	Physiologie
	<b>LEGRAND Erick</b>	Rhumatologie
<b>Mme</b>	<b>LUNEL-FABIANI Françoise</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>MALTHIÉRY Yves</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MARTIN Ludovic</b>	Dermato-vénérérologie
	<b>MENEI Philippe</b>	Neurochirurgie
	<b>MERCAT Alain</b>	Réanimation médicale
	<b>MERCIER Philippe</b>	Anatomie
<b>Mmes</b>	<b>NGUYEN Sylvie</b>	Pédiatrie
	<b>PENNEAU-FONTBONNE Dominique</b>	Médecine et santé au travail
<b>MM.</b>	<b>PICHARD Eric</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	<b>PICQUET Jean</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>PODEVIN Guillaume</b>	Chirurgie infantile
	<b>PROCACCIO Vincent</b>	Génétique
	<b>PRUNIER Fabrice</b>	Cardiologie
	<b>REYNIER Pascal</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>Mme</b>	<b>RICHARD Isabelle</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>MM.</b>	<b>RODIEN Patrice</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROHMER Vincent</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
	<b>ROQUELAURE Yves</b>	Médecine et santé au travail
<b>Mmes</b>	<b>ROUGÉ-MAILLART Clotilde</b>	Médecine légale et droit de la santé
	<b>ROUSSELET Marie-Christine</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>MM.</b>	<b>ROY Pierre-Marie</b>	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	<b>SAINT-ANDRÉ Jean-Paul</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SENTILHES Loïc</b>	Gynécologie-obstétrique
	<b>SUBRA Jean-François</b>	Néphrologie
	<b>URBAN Thierry</b>	Pneumologie
	<b>VERNY Christophe</b>	Neurologie
	<b>VERRET Jean-Luc</b>	Dermato-vénérérologie
<b>MM.</b>	<b>WILLOTEAUX Serge</b>	Radiologie et imagerie médicale
	<b>ZANDECKI Marc</b>	Hématologie ; transfusion

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

<b>MM.</b>	<b>ANNAIX Claude</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>ANNWEILER Cédric</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
<b>Mmes</b>	<b>BEAUVILLAIN Céline</b>	Immunologie
	<b>BELIZNA Cristina</b>	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	<b>BLANCHET Odile</b>	Hématologie ; transfusion
<b>M.</b>	<b>BOURSIER Jérôme</b>	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
<b>Mme</b>	<b>BOUTON Céline</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
<b>MM.</b>	<b>CAILLIEZ Éric</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
	<b>CAPITAIN Olivier</b>	Cancérologie ; radiothérapie
	<b>CHEVAILLER Alain</b>	Immunologie
<b>Mme</b>	<b>CHEVALIER Sylvie</b>	Biologie cellulaire
<b>MM.</b>	<b>CONNAN Laurent</b>	Médecine générale (maître de conférences associé)
	<b>CRONIER Patrick</b>	Anatomie
	<b>CUSTAUD Marc-Antoine</b>	Physiologie
<b>Mme</b>	<b>DUCANCELLE Alexandra</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM.</b>	<b>DUCLUZEAU Pierre-Henri</b>	Nutrition
	<b>FORTRAT Jacques-Olivier</b>	Physiologie
	<b>HINDRE François</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>JEANGUILLAUME Christian</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme</b>	<b>JOUSSET-THULLIER Nathalie</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>MM.</b>	<b>LACOEUILLE Franck</b>	Biophysique et médecine nucléaire
	<b>LETOURNEL Franck</b>	Biologie cellulaire
<b>Mmes</b>	<b>LOISEAU-MAINOT Dominique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MARCHAND-LIBOUBAN Hélène</b>	Biologie cellulaire
	<b>MAY-PANLOUP Pascale</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	<b>MESLIER Nicole</b>	Physiologie
<b>MM.</b>	<b>MOUILLIE Jean-Marc</b>	<i>Philosophie</i>
	<b>PAPON Xavier</b>	Anatomie
<b>Mmes</b>	<b>PASCO-PAPON Anne</b>	Radiologie et Imagerie médicale
	<b>PELLIER Isabelle</b>	Pédiatrie
	<b>PENCHAUD Anne-Laurence</b>	<i>Sociologie</i>
<b>M.</b>	<b>PIHET Marc</b>	Parasitologie et mycologie
<b>Mme</b>	<b>PRUNIER Delphine</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M.</b>	<b>PUISSANT Hugues</b>	Génétique
<b>Mmes</b>	<b>ROUSSEAU Audrey</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SAVAGNER Frédérique</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MM.</b>	<b>SIMARD Gilles</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>TURCANT Alain</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2012

## **COMPOSITION DU JURY**

**Président du jury :**

**Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Pascale DELAFOND**

**Membres du jury :**

**Monsieur le Professeur Jean-Bernard GARRE**

**Monsieur le Professeur Loïc SENTHILES**

**Madame le Docteur Nathalie HULO**

# **Approche psychopathologique des pères pendant la grossesse et en post-partum immédiat**

## Sommaire

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b><u>MATERIELS ET METHODE</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>RESULTATS</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>REFERENCES</u></b>	<b><u>40</u></b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b><u>44</u></b>
<b><u>TABLEAUX, SCHEMA ET DIAGRAMMES</u></b>	<b><u>45</u></b>

## **Liste des annexes**

Les tableaux, schéma et diagrammes

La table des matières

La lettre du comité d'éthique

La lettre et consentement donné aux sujets

La trame de l'entretien semi-structuré

Le diagramme HARD

Le résumé

## **Liste des abréviations**

SA : Semaine d'Aménorrhée

HARD : Humeur Anxiété Ralentissement Danger

MADRS : Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

FCS : Fausse Couche Spontanée

RGO : Refux Gastro-Œsophagien

PMI : Protection Materno-Infantile

## **Liste des tableaux, schéma et diagrammes**

Schéma 1 : Déroulé du recrutement

Tableau 1 : Effectifs et caractéristiques des sujets

Tableau 2 : Résultats des scores HARD dans la population totale, chez les primipères et chez les multipères et analyse des sous-groupes

Tableau 3 : Représentations du rôle de père et motivations du désir d'enfant

Tableau 4 : Résultats concernant le syndrome de couvade avec analyse des sous-groupes

Tableau 5 : Descriptions des différentes manifestations physiques mimant une grossesse chez les pères et les modifications du mode de vie associées

Tableau 6 : Eléments adjuvants à l'investissement de la grossesse par les pères

Tableau 7 : Changements constatés par les pères au sujet de leur relation avec leur compagne

Tableau 8 : Changements constatés par les pères au sujet de leur sexualité durant la grossesse

Tableau 9 : Changements constatés par les pères au sujet de leur relation avec leurs parents

Graphique 1 : Représentations parentales moyennes pendant une grossesse classique

Graphique 2 : Représentations paternelles lors du déni partiel de grossesse découvert à 34 semaines d'aménorrhée

# Introduction

## 1. Du père mythologique au père d'aujourd'hui en Europe

### 1. De la mythologie grecque à l'empire romain

La mythologie met en scène plusieurs dyades père/enfant. Une des premières serait l'histoire d'Ouranos qui provoque les avortements de Gaïa, sa mère puis femme. Cette dernière ordonne alors à Cronos, un de leur fils de castrer Ouranos.<sup>1</sup> Plus tard, c'est Cronos qui, suite à une prédiction, décide de dévorer ses enfants par peur de se voir détrôner. Grâce à Rhéa qui remplace son nouveau-né par une pierre, Zeus évincera son père une fois adulte.<sup>2</sup> Une fois roi de l'Olympe, il va à son tour se sentir menacé par sa progéniture. C'est ainsi que, pendant la grossesse de Métis (une femme mortelle dont il a eu les faveurs) il décide de la manger. Après de violentes céphalées, Athéna, sa fille, sort de son crâne.<sup>3</sup>

Nous avons là trois générations marquées par un père tyrannique terrifié à l'idée qu'un fils puisse prendre sa place. La naissance d'un fils paraît mortifère pour le père et source de discorde et/ou de séparation pour les parents. Par exemple, le temps (Cronos) vient s'immiscer entre la terre (Gaïa) et le ciel (Ouranos). La mère peut ainsi être un adjvant à la chute du père et complice de l'enfant par le biais de sa protection maternelle. Vis-à-vis de la mère, le patriarche est cruel pour la survie de son statut (Métis perd la vie, engloutie par Zeus ; Ouranos provoque les fausses couches de Gaïa) ou par vengeance (Zeus tue Sémélé encore enceinte et garde Dionysos dans sa cuisse jusqu'à la fin de la gestation.<sup>4,5</sup>). A travers les naissances d'Athéna et Dionysos, le père mythologique est également capable de donner la vie seul. Ainsi cette capacité féminine lui permet de tolérer l'existence d'Athéna dont il souhaitait la mort. Athéna ne cessera par la suite de tester l'autorité de son père qui lui accordera beaucoup de faveurs.<sup>6</sup> Une des interprétations possibles serait d'expliquer ce favoritisme par le lien unique qui naît entre un enfant et l'être qui lui donne la vie, cette fonction de matrice dont le roi des Dieux a pu faire l'objet malgré lui.

Selon la mythologie grecque, allégorie des relations entre les hommes et en particulier de la cellule familiale, la naissance est pourvoyeuse de craintes chez le père qui peut user de stratagèmes morbides pour s'en défaire. Si, au contraire, celui-ci fait office de

---

<sup>1</sup> Hésiode, *La Théogénie*, v.154-210

<sup>2</sup> Hésiode, *La Théogénie*, v.459-506

<sup>3</sup> Eschyle, *Euménides*, (293)

<sup>4</sup> Hérodote, *Histoires*, II, 146, 2

<sup>5</sup> Euripide, *Bacchantes*, 89-98

<sup>6</sup> Homère, *Odyssée*, Chants I à VIII

matrice pour son enfant, ses réactions sont plus affectueuses. La féminisation apparaît comme un antidote à l'idée mortifère d'avoir un enfant.

Au début de l'empire romain, l'image de la femme est maternelle mais l'homme est beaucoup moins père que la femme n'est mère. Le droit romain instaura alors « la puissance paternelle » et transforma les hommes en pères. En effet, c'est la loi qui désigne le père et lui donne pleine autorité sur les enfants qu'il élève puisque le lien biologique est incertain.<sup>7</sup> Dans l'Antiquité, c'est ainsi que le concept de « pater familias » est né. Il est le chef de famille, dispose légalement de toute chose et tout être dans sa maison (femmes, enfants et esclaves) mais a aussi devoir de protection. Lors d'une naissance, le pater familias décide de garder ou non le nouveau-né. S'il choisit le bébé, il le reconnaît dans le même temps comme sa progéniture et a un devoir de protection à son égard.<sup>8</sup> Le roi Laïos a ainsi abandonné Œdipe qui sera ensuite recueilli par le roi et la reine de Corinthe. En apprenant qu'il tuerait son père et épouserait sa mère, il s'enfuit. En chemin, il assassine Laïos au décours d'une dispute, puis il épouse Jocaste dans son royaume natal sans connaître leurs liens de parenté.<sup>9</sup> Cette légende est l'allégorie de l'inceste, du petit garçon qui remplace son père pour aimer sa mère. Ceci introduit la notion du sexuel dans les relations intrafamiliales : les êtres de même sexe sont rivaux tandis que les sexes opposés peuvent s'aimer, se reproduire. De ce fait, le père n'aurait aucune raison de craindre la venue d'une fille d'un point de vue sociétal ce qui pourrait expliquer l'acceptation d'Athéna par Zeus. Cependant, les paters familias abandonnaient plus souvent les filles car leur dotés coûtaient cher à la famille.<sup>7</sup> La notion d'argent vient là court-circuiter le choix de ces pères qui s'inscrit encore une fois dans un contexte sociétal.

## 2. L'influence de l'église

Faisant suite à la puissance romaine, le christianisme place Dieu en position de père tout puissant. Selon la bible, la parentalité serait une malédiction pour avoir succombé à la tentation ; l'homme doit supporter le labeur de la terre pour manger son pain et la femme

---

<sup>7</sup> Knibiehler, sous la direction du Michel Dugnat. « Regard sur le passé » *Devenir père, devenir mère ; Naissance et parentalité. Regards sur le passé*. Edition érès ; 1999 p 19- 26

<sup>8</sup> Brucia M, Daugherty G N. *To Be a Roman : Topics in Roman Culture*. Edition Bolchazy-Carducci publishers, Inc. 2007 p 9-13

<sup>9</sup> Apollodore, *Bibliothèque*: III,5,7

enfanter avec douleur.<sup>10</sup> Il est alors punitif d'être parent car il importe désormais de perpétuer l'espèce humaine car chassés du jardin d'Eden, Adam et Eve ne sont plus immortels. Il est aussi précisé dans l'ancien testament que l'homme dominera la femme dont les désirs devront toujours être tournés vers l'homme.<sup>7</sup>

Être parent représente donc une charge pour l'homme et la femme : l'une pour engendrer la vie, l'autre pour maintenir les enfants en vie par la nourriture.

Au XIIème siècle, le mariage est codifié et désigne officiellement le mari comme père. Se pose alors la question des bâtards censés rappeler aux parents la culpabilité de la trahison hors mariage. En outre, le baptême enseigne à la communauté que l'enfant appartient à Dieu et que son âme compte plus que son corps.<sup>7, 11</sup>

Au XVIIème siècle, on assiste à l'âge d'or de la puissance paternelle. Le père a des droits sur sa femme et ses enfants mais aussi des devoirs : celui de perpétuer la famille et de donner l'exemple auprès de tous les membres de la famille pour transmettre les valeurs.

Le XVIIIème siècle marque le début du déclin de la monarchie paternelle.<sup>12</sup> En effet, sous l'influence des Lumières, les mentalités changent. Il devient primordial de corriger les injonctions paradoxales qu'entraîne la puissance paternelle. On découvre que les soins physiques et moraux de l'enfant conditionnent le futur père. Par conséquent, on souhaite garder la possibilité d'une correction paternelle tout en empêchant ses excès.<sup>7, 12, 13</sup> Ainsi, la politique criminelle française dénonce et stigmatise ces « pères dénaturés », c'est-à-dire ceux que l'on a puni pour leur « abus » de l'autorité paternelle.<sup>12, 13</sup>

### 3. D'une société moderne à une société ultra-moderne

Dans la société moderne, la procréation ne sert plus à perpétuer l'espèce mais à glorifier la famille. Les politiques souhaitent désormais avoir le contrôle de la démographie.<sup>14</sup> De nouveaux objectifs du devenir-père voient le jour : c'est désormais un acte réfléchi et responsable s'inscrivant différemment dans la société. Le contrôle des naissances est devenu nécessaire et ce sont les hommes qui l'obtiennent par le coït

---

<sup>10</sup> Bible, AT - Gn 3, 16. 17

<sup>11</sup> Bruel, sous la direction du Michel Dugnat. « Les rapports de la loi avec les processus de parentalisation » *Devenir père, devenir mère ; Naissance et parentalité. Regards sur le passé*. Edition érès ; 1999 p 19- 26

<sup>12</sup> Atlan H., Gelis J., Matignon K. L., Frydman R., *La plus Belle Histoire de la Naissance*. Editions et Collection Robert Laffont, 2013

<sup>13</sup> Doyon J., « Le « père dénaturé » au siècle des lumières », *Annales de démographie historique* 2/2009 (n° 118), p. 143-165.

<sup>14</sup> Perrot J.-C., « Les économistes, les philosophes et la population », in J. Dupaqier (éd.), *Histoire de la population française*, PUF, Paris, 1988, 4 vol., 2<sup>o</sup> vol., p. 525

interrompu.<sup>7</sup> Par la suite, au XIXème siècle, les juristes se mêlent au rôle paternel et rendent ainsi ce rôle juridique et non plus religieux.<sup>15</sup>

Au cours du XXème siècle, on observe un délitement progressif du rôle traditionnel d'autorité. La correction paternelle est abolie par un décret en 1935.<sup>15</sup> L'Etat providence crée une politique de solidarité autour de la famille afin d'assurer le renouvellement des générations en instaurant les allocations familiales (1932) puis le Code de la famille (1939) et pour finir la Sécurité Sociale (1945-1946).<sup>7, 11</sup> L'autorité parentale remplace la puissance paternelle ce qui conduit à une pluralisation et une recomposition des configurations familiales et à un abandon de sa fonction de sécurité des rapports entre les sexes et les générations.<sup>7</sup>

A la fin du XXème siècle, on devient père lorsque l'on reconnaît l'enfant et non plus quand on est marié à sa mère.<sup>7</sup> Le divorce est rendu plus facile et donc plus fréquent : le juge accorde beaucoup plus facilement la garde à la mère, le père ne les voit qu'un week-end sur deux et pendant les vacances pour la plupart.<sup>11</sup>

Du côté sanitaire, on assiste à une croissance de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement dans le but de réduire la mortalité infantile. Une phobie des microbes écarte donc les pères.

Du côté du devenir-père, on assiste à une diminution du rôle de seul pourvoyeur de ressource de la famille car les femmes se mettent elles aussi à travailler. De plus, la légalisation des contraceptifs oraux fait perdre à l'homme sa fonction de contrôle des naissances qui revient maintenant à la femme.<sup>7</sup>

Au siècle dernier, on assistait à un véritable remaniement des rôles parentaux. La puissance paternelle a fait place à l'autorité parentale partagée. L'homme a dû trouver une place tout en renonçant à l'exclusivité professionnelle. C'est pourquoi, de nouvelles compétences leur sont attribuées par la société : autour de la périnatalité et dans l'éducation des enfants.

## 2. Etat des lieux de la dépression postnatale

### 1. La dépression postnatale maternelle

Avec une prévalence de 10 à 15% chez les mères, la dépression du post-partum est l'affection psychiatrique la plus fréquemment retrouvée en périnatalité.<sup>16</sup> Cependant,

---

<sup>15</sup> Faron O., *Le Père face à ses enfants. Quelques jalons sur l'évolution de l'autorité paternelle (XIXe-XXe siècles)*. -in *Lorsque l'enfant grandit : entre dépendance et autonomie*. Editions Jean-Pierre Bardet, 2003, pp. 349-361

l'abord des mères est rendu difficile car elles se sentent coupables de ne pas être dans le bonheur maternel attendu. Elles ne consultent pas non plus car elles mettent leurs troubles sur le compte de la fatigue.<sup>17</sup> En outre, après des mois de prise en charge médicalisée pendant leur grossesse, elles se retrouvent sans interlocuteur médical tant que l'enfant n'est pas malade. L'attention est tournée vers l'enfant et non sur la souffrance du parent. Cette souffrance psychique d'un parent est importante en soi et peut affecter la dynamique familiale, conjugale et l'attachement de l'enfant envers ce parent.<sup>18</sup> De précédentes études ont montré une même prévalence de troubles psychiatriques chez les enfants de mères dépressives et de mères saines sauf dans les cas où la dépression est intense et dure plus d'un an.

En ce qui concerne la mortalité des mères, Drife évoque une reconnaissance récente de l'implication des troubles psychiatriques dans la mort maternelle pendant la période du post-partum. Ce retard serait expliqué par le fait que ces étiologies n'auraient pas été autant répertoriées que les causes somatiques mieux reconnues. Malgré un chiffre très certainement sous-estimé, les pathologies psychiatriques seraient la première cause de mortalité dans le post-partum tardif. De plus, selon la même étude, les tentatives de suicide ne seraient pas qu'un simple appel à l'aide mais des actes plus violents qu'à un autre moment de la vie et donc létaux.<sup>19</sup>

Si autant d'études se sont intéressées aux interactions précoces mère/bébé et à la dépression postnatale maternelle, on en retrouve beaucoup moins en ce qui concerne les troubles de l'humeur chez le père. Il existe une grande disparité pères/mères dans la littérature périnatale. En effet, il est souvent plus difficile d'impliquer les pères en recherche médicale, probablement du fait que cela concerne des éléments psychologiques.<sup>20</sup> Une des conséquences est que les pères sont écartés de beaucoup d'études sur la période du post-partum.

---

<sup>16</sup> Cox, Murray, Chapman. *A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression*. British Journal of Psychiatry. 1993 Jul;163 27-31

<sup>17</sup> Bydlowski. *Les dépressions maternelles en question*. Le Carnet PSY ; 2008 (129) p38-44

<sup>18</sup> Fumeaux. *Psychothérapie mère-bébé: des fantasmes prénatals d'une femme déprimée à un lien précoce de qualité et un accordage harmonieux*. Scheize Archiv Für Neurologie und Psychiatrie 2010 ; 161 (7) : 266 – 73

<sup>19</sup> Drife. *Why mothers die*. Journal of Royal College Physicians Edinburgh 2005; 35:332–336

<sup>20</sup> Ramchandani, Stein, O'Connor, Heron, Murray, Evans. *Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008 April ; 47(4): 390–398

## 2. Corrélation entre dysthymie maternelle et paternelle

Plusieurs études se sont interrogées sur la corrélation entre dépression chez la mère et le père de l'enfant pendant la période du post-partum. Il apparaît systématiquement une corrélation modérée ou franche. Autrement dit, il est fréquent de rencontrer des couples dans lesquels l'homme et la femme sont déprimés.<sup>21, 22</sup> En outre, Mao et al ont mis en évidence une évolution thymique et anxieuse parallèle entre les deux parents : la dépression de l'un entraîne un déséquilibre psychique chez l'autre. Les auteurs soulignent par conséquent l'importance d'une considération et d'une prise en charge non exclusivement de la mère et de l'enfant.<sup>22</sup>

En revanche, Daniela Luca et Monique Bydlowski précisent à ce sujet qu'il n'existe pas de symétrie entre dépression maternelle et paternelle ni par la fréquence, ni par les interactions avec le bébé ni par le psychogénèse.<sup>23</sup>

## 3. Etat des lieux de la dépression chez l'homme

### 1. Les spécificités de la dépression chez l'homme

La dépression des hommes est un phénomène mal connu et sous-diagnostiquée. En effet, du fait des significations, des représentations et normes culturelles et sociétales, les signes de dépression seraient différents selon le genre des individus. Par exemple, selon certains codes sociaux, les hommes sont taxés de faibles ou d'efféminés s'ils montrent des signes externes de tristesse ou d'anxiété. Dans beaucoup d'études et en pratique clinique, une partie des symptômes serait occultée par le fait que les signes soient souvent associés à un stéréotype féminin. Malheureusement, les caractéristiques masculines rendent le diagnostic de dépression plus difficile et augmenteraient le risque suicidaire.<sup>24</sup> Ainsi, Pollack propose plusieurs symptômes spécifiques de la dépression masculine afin de dépister les dépressions dans la population masculine parmi lesquels :

- Le retrait social,

---

<sup>21</sup> Sejouné, Vaslot, Beaumé, Chabrol. *Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français*. *Psychologie Française*, Volume 57, Issue 3, Septembre 2012, p 215-222

<sup>22</sup> Mao, Zhu and Su. *A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers*. *Journal of Clinical Nursing*, 2011 ; 20, 645–652

<sup>23</sup> Luca Daniela et Bydlowski Monique, « Dépression paternelle et périnatalité », *Le Carnet PSY*, 2001/7 n°67, p28-33

<sup>24</sup> Tremblay G., Morin M.-A., avec la collaboration de Desbiens V., Bouchard P., *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Etude et analyses (36) 2007, p. 1-39

- Le surinvestissement professionnel,
- Le déni de la peine ressentie,
- L'augmentation des demandes rigides pour plus d'autonomie,
- L'évitement de l'aide d'autrui,
- Le changement de libido,
- L'augmentation des colères,
- L'intérêt nouveau pour l'automédication de psychotropes,
- Les difficultés à pleurer,
- L'autocritique sévère,
- L'impulsivité pour s'assurer que sa famille ne manque de rien en cas de mort ou de maladie,
- Les troubles de la concentration, du sommeil et du poids.<sup>25</sup>

Dans leur étude, Tremblay et al mettent en évidence le lien entre les conflits de rôles des genres, la dépression et les idéations suicidaires dans une population québécoise d'hommes âgés de 25 à 44 ans. Les principaux paramètres permettant d'évaluer les conflits de rôles des genres étaient le succès, le pouvoir et la compétition, la répression des émotions, la répression des comportements affectifs envers d'autres hommes et les conflits entre le travail et les relations familiales.<sup>24</sup>

## 2. Le rôle du père dans la psychanalyse

Freud parlait déjà de l'importance de l'imago du père à travers sa présence durant l'enfance.<sup>26</sup> Ce concept sera ensuite repris par Lacan dans une dimension plus symbolique avec « le-Nom-du-Père ».<sup>27</sup> L'enfant aurait besoin dès les premiers mois d'une triangulation mère/père/bébé afin d'introduire un autre symbolique dans la relation symbiotique dans la dyade mère/bébé. L'accès au symbolique permet ainsi la mise en place du langage dans la première année de vie. En France, la symbolique du père serait déjà inscrite à travers le nom de famille du sujet qui est traditionnellement le nom de son père d'où la nomination en tant que tel par Lacan. Le rôle symbolique du père prend alors une place primordial dans la genèse psychique de l'enfant et donc de l'adulte en devenir. Une cohorte a démontré des troubles des interactions sociales chez les enfants de pères

<sup>25</sup> Pollack, W. (1995). *Mourning, melancholia, and masculinity: Recognizing and treating depression in men.* Dans Levant, R.F. & Pollack, W.S. (Dir.). *New psychotherapy for men* pp. 147-166

<sup>26</sup> Freud S. (1914) « Pour introduire le narcissisme », in La Vie Sexuelle, Paris, PUF, 1973

<sup>27</sup> Jacques Lacan, *Ecrits*, Editions du Seuil, Paris, 1966, p278 et 577-583

déprimés.<sup>20</sup> Toutefois, la psychopathologie de ce trouble reste encore mal connue et semble être un élément clé de la prise en charge des pères en difficultés ainsi que de leurs interactions avec les nourrissons.<sup>20, 23, 28</sup>

### 3. Vers le concept de dépression postnatale paternelle

Depuis une décennie, de plus en plus d'études se penchent sur la question de la souffrance des pères en post-partum. La prévalence moyenne des dépressions postnatales paternelle est sensiblement similaire à celle retrouvée chez les mères selon deux premières méta-analyses et avec des extrêmes allant de 1,2 à 25,5%.<sup>21, 29, 30</sup> Certains facteurs de risque ont déjà été identifiés tels qu'un niveau socio-économique bas, une conjugopathie mais surtout des antécédents familiaux ou personnels de dépression ou trouble de l'humeur. L'impact sur le développement des enfants commence aussi à être recherché et il semblerait que le père ait un rôle majeur dans les interactions père/mère/bébé lors des premiers mois de la vie.<sup>31</sup>

Même si sa prévalence est souvent l'objet des études portant sur la dépression paternelle, il existe une grande disparité selon les conditions de recrutement.<sup>30</sup> Par ailleurs, la psychopathologie des pères en périnatalité est très peu connue.<sup>21</sup> et <sup>28</sup> Une meilleure compréhension de ce trouble pourraient aider à l'amélioration de la santé des pères, de leur vie de famille et de leurs interactions avec le bébé.

### 4. Des spécificités paternelles en périnatalité au noumène de « crise paternelle »

Un des premiers phénomènes concernant le père en périnatalité décrit est le syndrome de couvade. Initialement, ce mot a été utilisé par les ethnologues et anthropologues pour décrire des rites qui consistent à ce que le mari et la femme échangent leur rôle pendant les premiers jours suivants l'accouchement. Marco Polo avait déjà décrit

---

<sup>28</sup> Woolgar and Murray. *The representation of fathers by children of depressed mothers: refining the meaning of parentification in high-risk samples*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51:5 (2010), pp 621–62

<sup>29</sup> Yiong Wee, Skouteris, Pier, Richardson, Milgrom. *Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review*. *Journal of Affective Disorders* 130 (2011) 358–377

<sup>30</sup> James F. Paulson, Sharmail D. Bazemore. *Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and its Association With Maternal Depression : a Meta-analysis*. *JAMA* 2010 ;303(19) :1961-1969

<sup>31</sup> Sacco, Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery. *Transitions dans le jeu père-mère-bébé : Evolution au cours de la première année*. *Journal de pédiatrie et de puériculture n ° 6 – 1995 p 363-366*

ce genre de pratique chez les Lao lors de ses voyages en Chine. Joseph Vendryes explique que le mari prendrait la place que la nature impose à sa femme en restant enfermé dans sa hutte, se faisant soigner sans quitter le nouveau-né. Il peut y avoir des formes variables selon les peuples mais le principe d'un échange entre les deux sexes reste le même. D'ailleurs, la couvade était pratiquée dans le Sud de l'Inde, de la Chine, de l'archipel malais et beaucoup en Amérique du Sud jusqu'au début du XXème siècle et même au XIXème siècle dans le Sud Ouest de la France.<sup>32</sup>

Par la suite, en 1965, Trethewan et Conlon ont suivi deux populations de pères pendant et hors grossesse. Ils ont mis en évidence des plaintes somatiques significativement plus élevées chez les pères attendant un enfant comme la perte d'appétit, les douleurs dentaires, les nausées et les vomissements. Ces signes seraient associés à l'anxiété liée à la grossesse même si certains pères ne la perçoivent pas : ce serait donc la manifestation d'un stress ou une conversion.<sup>33</sup> En 2006, Bydlowski, présente deux cas de figure paternel face au désir d'enfant. Dans le premier cas, le désir d'enfant est dénié. Ils ne font qu'accéder au désir de leur compagne. D'autres, au contraire, trouvent dans la paternité, l'occasion de « reconnaître une part féminine à l'intérieur de soi » à travers des plaintes somatiques variées mais toujours « fluxionnaires ». Ceci ne serait rendu possible que si les fantasmes de grossesse et d'identification féminine de ces pères étaient inconscients et conflictuels. Selon cette psychiatre, la naissance d'un enfant inaugure une période de changements pour le couple difficile à décrypter et à partager : « la crise parentale de la première naissance ».<sup>34</sup>

## 5. Hypothèses et objectifs de l'étude

Nous faisons l'hypothèse qu'il existe une forte prévalence de bouleversements psychologiques chez les pères pendant la grossesse et en post-partum. Dans la majorité des cas, ils sont mineurs mais certains pourraient nécessiter un accompagnement spécifique. Un nombre moindre mais non négligeable de dépressions postnatales paternelles ne serait pas diagnostiqué en raison du manque de contact avec les pères pendant cette période. La prise en charge serait rendue délicate par les difficultés de travailler la demande de soins

---

<sup>32</sup> Vendryes Joseph. *La couvade chez les Scythes*. In : *Comptes-rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, 78<sup>e</sup> année, N. 4, 1934. Pp. 329-339

<sup>33</sup> W. H. Trethewan et M. F. Conlon. *The Couvade Syndrome*. *The British Journal of Psychiatry* (1965) 111: 57-66

<sup>34</sup> Bydlowski Monique, « La crise parentale de la première naissance » *L'apport de la psychopathologie*, *Informations sociales* 2006/4 n°132, p. 64-75

avec eux.

Les objectifs principaux de cette étude sont de mieux connaître les enjeux et les spécificités psychopathologiques chez les pères pendant la grossesse et en post-partum afin de définir les besoins et donc des pistes d'amélioration de la place du père en périnatalité.

## Matériels et méthode

### 1. Population

Les patients recrutés étaient des pères de plus de 18 ans venant d'avoir un ou plusieurs enfants à la maternité du Centre Hospitalier de Laval (CH Laval). Les critères d'exclusion étaient le décès de l'enfant, de la mère ou les bébés prématurés avant 37 SA. Le but était de pouvoir accéder à une population sans facteur de risque majeur de décompensation aiguë anxiante ou dépressive réactionnelle pour éviter certains biais d'information et une surestimation de la prévalence des troubles.

### 2. Le diagramme de dépression HARD

Cette échelle française d'hétéro-évaluation permet de quantifier et qualifier une dépression. Elle a été validée par Rufin et Ferreri en 1984 et a la particularité d'établir un score pour 4 pôles distincts : « H » pour humeur, « A » pour angoisse, « R » pour ralentissement et « D » pour danger en 12 items côtés de 0 à 6. Son mode de passation est simple : au cours d'un entretien ouvert, le cotateur considère l'intensité des signes de chaque item lors des 48 dernières heures.<sup>35</sup> La valeur seuil est de 18. Il est également possible d'avoir une représentation graphique de cette échelle en rapportant le score de chaque pôle sur un diagramme. Une lecture de l'intensité des signes, du risque suicidaire et du type de dépression est alors facilitée.<sup>36</sup>

Nous avons choisi le diagramme HARD pour ses items similaires à l'échelle MADRS qui est un test largement utilisé et validé en France à l'exception d'un premier item qui s'intéresse au point de vue de l'évaluateur. Or, c'est l'aspect subjectif des sujets interrogés qui importe dans cette étude. Ainsi, le score représente le ressenti seulement des hommes et reste cohérent avec la psychopathologie également étudiée. Il aurait été

---

<sup>35</sup> Rufin et Ferreri. *Le diagramme HARD. Un nouvel outil d'évaluation des états dépressifs en pratique courante.* British Journal of Clinical Practice. 1984, 2, 31-7

<sup>36</sup> Ferreri et Rufin. *Une nouvelle approche diagnostique pour le praticien ; le HARD, ses implications diagnostiques et thérapeutiques.* Journal de psychiatrie biologique et thérapeutique. 1987. N° suppl., 20, 113-21

intéressant d'utiliser une échelle spécifique à la dépression masculine. Cependant, il n'en existe qu'une à notre connaissance : la Gender Role Conflict Scale, celle-ci n'est pas validée en France.<sup>24</sup>

### **3. Le choix du lieu de l'intervention**

Le but de l'étude est de recruter des hommes parmi une population générale, non spécifiquement à risque dans un lieu où les pères sont les plus présents en périnatalité. La maternité était donc le meilleur lieu pour aborder les pères dans le cadre de cette étude.

### **4. Intervention**

Le recrutement et l'évaluation de chaque père s'est déroulé à la maternité du CH Laval en Mayenne (53). En suite de couche, les objectifs et le déroulement de l'étude étaient expliqués aux pères par une lettre d'information écrite. Le consentement des pères libre, anonyme et révocable était alors recueilli par écrit. Pendant le séjour à la maternité de la mère et de l'enfant, un entretien médical a été réalisé auprès des pères consentants. Un diagramme HARD a été alors établi ainsi que les caractéristiques socio-médicales et psychopathologiques.

Le comité d'éthique a tout d'abord émis des réserves quant à une échelle d'auto-évaluation et une étude interventionnelle car les pères ne sont pas des patients au sein de la maternité. Les modifications du protocole non interventionnelle et avec le diagramme HARD ont été validées et ont permis le recrutement.

### **5. Critères de jugement**

Le diagramme HARD qui permet de déterminer la prévalence de pères en difficulté était le critère de jugement principal. Les éléments psychopathologiques tels que les particularités du désir d'enfant, l'investissement de la grossesse, la présence de couvade, les représentations du rôle de père, la relation à la compagne et aux parents du père étaient les critères de jugement secondaires. Ainsi, ces critères qualitatifs ont permis une réflexion plus fine des besoins et donc des pistes d'amélioration à éventuellement apporter.

Nous avons choisi les termes de « primipères » et « multipères » pour distinguer les pères n'ayant respectivement encore jamais eu d'enfant auparavant et ceux qui étaient déjà papa. Une étude en sous-groupe : primipères versus multipères a permis d'analyser la crise paternelle. Les tests du Khi2 et de Student (pour les paramètres respectivement qualitatifs et quantitatifs) ont été utilisés avec un risque  $\alpha$  de 5%, c'est-à-dire que si l'un des tests est

inférieur à 0,05, les groupes sont différents. En revanche, si le test est supérieur à 0,05, c'est qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes (mais cela ne signifie pas qu'il n'y en a pas)

## Résultats

### 1. La réaction des sujets et de l'équipe de la maternité

Le recrutement s'est effectué de juillet 2012 à avril 2013 dans la maternité du CH de Laval au cours duquel 100 pères ont pu être rencontrés. D'une manière générale, contrairement à ce qui était attendu, l'étude a été très bien reçue et acceptée par les couples à la maternité. Sur 104 hommes rencontrés, seuls 4 ont refusé : 2 qui étaient occupés par les aînés ou les amis en visite et 2 qui ne donnaient pas de raison. Ces derniers avaient le faciès triste, figé et le regard fuyant. (Cf. schéma 1)

Cette acceptation à un entretien provient du fait que la plupart des pères semblent vouloir faire preuve d'altruisme en participant à une étude. Parfois, certains étaient encouragés par les amis ou la famille présents en visite avant même qu'ils ne donnent eux-mêmes une réponse.

Parmi les pères en difficulté ou fragiles, la majorité ont précisé ne vouloir ni suivi ni aide venant de professionnels de la santé. Certains dans le déni, d'autres préférant « régler ce genre de problème en famille ». Un seul verbalise clairement accepter une aide psychologique pour une anxiété modérée ; il avait déjà effectué une thérapie lors de difficultés passées.

En outre, il est intéressant de noter que quelques pères interrogés ont spontanément décrit le fait que l'entretien leur avait permis de mieux réaliser leur rôle et fonction de père auprès du bébé et/ou au sein de leur famille.

Au cours du recrutement et à trois reprises, l'enfant faisait l'objet d'un signalement avec demande d'ordonnance de placement provisoire. Il a donc été décidé par l'équipe de sages-femmes que les pères de ces enfants ne soient pas interrogés. Les signalements ont donc constitué un nouveau critère d'exclusion non prévu initialement dans le protocole.

### 2. Les caractéristiques sociales et médicales

Parmi les sujets recrutés, 52 sont des primipères et 48 des multipères. Treize sont des immigrés (primipères et multipères confondus). L'âge moyen de l'échantillon est de 31,5 ans. L'âge des primipères est en moyenne de 29,9 ans. Tous les parents sont encore en couple au moment du recrutement.

Concernant les caractéristiques des grossesses et des naissances, on retrouve 4 grossesses gémellaires, 3 enfants issus de l’Assistance Médicale à la Procréation, 1 déni de grossesse et 37 accouchements par césarienne (programmées ou en urgence). Dans les antécédents psychiatriques relevés chez les pères, on retient 4 dépressions post-natales, 2 exogénoses sevrées, 3 troubles anxieux généralisés et 8 suivis psychologiques pour des raisons diverses. Les indications de ces suivis sont des deuils (d’un enfant mort-né ou de la mère), des difficultés scolaires, des conflits avec le père, une tentative de suicide, uninceste paternel, le divorce des parents et des « crises d’angoisse ». Toutes les caractéristiques sont résumées dans le Tableau 1.

### **3. Le diagramme HARD**

La majorité des scores totaux du diagramme HARD sont normaux (98%). Si l’on considère le seuil de l’échelle à 18, seuls 2 sont positifs et permettent de faire le diagnostic d’une dépression en post-partum immédiat. Il s’agit de 2 primipères dont les scores sont de 30 et 24 sur l’échelle HARD. Six autres sujets interrogés ont des scores modérément élevés avec des scores entre 9 et 18. (Cf. Tableau 2)

Si l’on se base sur le score HARD pour déterminer le besoin chez ses pères, on peut assurément dire que les 2 individus dépressifs nécessitent des soins. En ce qui concerne les 6 sujets dont les scores sont modérés, il paraît important de pouvoir se baser sur la psychopathologie plus détaillée pour affirmer l’utilité d’une intervention médicales et/ou psychologique. (Voir infra)

### **4. Etude psychopathologique**

#### **1. Les représentations paternelles et le désir d’enfant**

Les représentations que se font les pères de leur futur rôle sont diverses. Elles sont souvent à l’origine de leur désir d’enfant. Pour une majorité d’entre eux, les thèmes décrits sont sociaux (73% des sujets). Les principales représentations d’ordre social sont de construire une famille ou encore de transmettre des valeurs, une éducation, un nom, des gènes. Ils souhaitent être un guide, une personne responsable ou un protecteur pour leur enfant. Le temps entre aussi en ligne de compte : avoir un enfant signifie pour quelques uns franchir une étape dans l’histoire du couple ou dans sa vie à partir d’un certain âge.

Pour d’autres, des représentations maternelles s’ajoutent aux précédentes (22% des cas). Ceci signifie que ces sujets ont comme motivation le plaisir de s’occuper du bébé (couches, bain, biberons) puis de l’enfant (aide aux devoirs, accompagnement à l’école). Une minorité (5%) sont motivés et se font une idée de leur rôle seulement dans une

fonction maternelle. En plus de ces représentations, 4 des pères interrogés précisent que faire un enfant est aussi l'occasion de réparer un passé familial compliqué et douloureux. (Cf. Tableau 3)

## 2. Le syndrome de couvade

Un syndrome de couvade est retrouvé dans 39% des cas : 84,6% sont une prise de poids, 10,3% sont des pertes de poids, 18% sont des troubles digestifs (reflux gastro-oesophagien, douleurs abdominales et nausées/vomissements). Deux papas ont remarqué l'augmentation de leur périmètre abdominal (dont 1 sans prise de poids associée) et 1 père exprime également avoir ressenti des bouffées de chaleur comme sa compagne. (Cf. Tableau 4)

Néanmoins, si la définition de la couvade par Trethewan et Conlon comprend toutes les manifestations somatiques mimant une grossesse chez les hommes « qui attendent un enfant », le mode de vie n'est pas pris en compte.<sup>33</sup> Quand on questionne les pères, on s'aperçoit que leurs habitudes quotidiennes conditionnent certains symptômes décrits. Au total, le nombre de manifestations physiques seules sans aucune modification retrouvée de leur quotidien est de 17%, soit moins de la moitié des syndromes de couvade. Ces changements sont probablement purement psychosomatiques. Les changements de mode de vie associé aux symptômes de couvade sont listés dans le Tableau 5.

Plus de la moitié des sujets changent donc leur mode de vie pendant la grossesse de leur compagne. Néanmoins, même si ces manifestations ne sont pas purement d'origine psychique, elles sont liées indirectement à la grossesse. Par exemple, certains souhaitent se reposer, se sédentarisent et/ou mangent plus en expliquant « faire comme elle ». Quelques uns appréhendent la grossesse, l'accouchement, leur situation de père en devenir et éprouvent un stress anxiogène conduisant à une perte de poids. Pour d'autres, la grossesse est le moment de prendre soin de sa santé afin de mieux accueillir leur bébé : arrêt du tabac, reprise du sport, régime pour un diabète ou une dyslipidémie, chirurgie du genou.

## 3. L'investissement de la grossesse

Certains éléments aidant les pères à investir la grossesse ont pu être identifiés. Les réponses étant très variées, nous les avons regroupées par thèmes. Les principaux adjuvants sont les modifications physiques et visibles de leur compagne (36%), les échographies (29%) et enfin les préparatifs matériels (29%).

D'autres points sont moins fréquemment retrouvés parmi lesquels le ressenti des mouvements fœtaux à travers la paroi abdominale (13%), se rendre au rendez-vous chez le gynécologue ou la sage-femme (7%) ou aux préparations à l'accouchement (6%). Dans une moindre mesure, ils observent les modifications psychiques de leur partenaire (4%), ils parlent de la grossesse et du bébé à l'entourage (4%) ou avec leur(s) aîné(s) (4%) pour ceux qui ont déjà des enfants. Enfin le choix du prénom (2%) ou le fait de partir seul, loin de la grossesse (1%) pourrait aider une minorité de pères à se projeter. A noter que celui qui est parti, seul pendant quelques semaines était probablement dépressif pendant la grossesse et l'était de manière certaine en post-partum immédiat avec un score HARD à 30. Cinq pour cent des sujets décrivent un besoin d'être attentif à leur compagne qui est perçue comme le récepteur humain de la santé de l'enfant qu'elle porte. (Cf. Tableau 6)

Certains expriment se sentir impuissants, frustrés, inutiles et qu'ils ne peuvent qu'attendre passivement l'accouchement. Sept d'entre eux n'ont donné aucune réponse car le réel investissement se ferait via les premiers contacts sensoriels une fois le bébé né.

#### 4. Le père en devenir dans le couple et sexualité

Le couple connaît un changement dans 46% des cas. Vingt-cinq d'entre eux se trouvent plus proches, 8 au contraire sont plus distants ou en conflit mineur. Certains hommes ont dû s'adapter à la labilité émotionnelle de leur compagne ou à une nouvelle organisation à la maison en fonction de disponibilité physique de la femme.

Un petit nombre de multipères ajoutent retrouver une « relation d'avant » pendant cette grossesse : leur relation avec leur premier enfant. A l'inverse, d'autres constatent ne voir leur conjointe seulement comme une mère en devenir. (Cf. Tableau 7)

En ce qui concerne la sexualité, on note des changements chez 77% des sujets. La plupart constatent une diminution voire un arrêt des rapports sexuels (72%). Les raisons de ce bouleversement sont souvent la crainte d'une conséquence sur la santé du fœtus ou de la mère (23%), l'augmentation abdominale de la femme rendant les rapports plus compliqués (21%) ou des raisons purement maternelles : douleurs ou perte de libido (19%). Un père sur 5 rapporte qu'en fin de grossesse, l'image de leur bébé présent dans le ventre de leur compagne crée une gêne et leur intimité ainsi mise à mal, empêche la sexualité. L'un d'entre eux résume ce concept par la phrase : « on est trois sous la couette ». D'autres causes moins fréquentes sont observables : une sexualité traumatisée par les multiples manipulations génitales chez la femme, la religion (bouddhiste) et même des projections

du rôle de père tellement envahissantes que ce père ne pouvait donc plus être l'amant de sa compagne. (Cf. Tableau 8)

## 5. Le père et ses parents

La relation aux parents, et plus particulièrement au père, peut elle aussi opérer une mutation dans près de la moitié des cas. Environ 1 père sur 3 rapporte une prise de conscience des réactions parentales, une compréhension nouvelle du rôle de père avec un sentiment de respect envers son propre père. Quinze pour cent trouvent des éléments d'identification à leur père alors qu'au contraire 9% décrivent une différenciation obligatoire et réparatrice du mode d'éducation de leur(s) enfant(s). En outre, 7 d'entre eux ont souhaité une mise à distance de leur père voire un rejet, une rupture. Ils ne souhaitent plus le revoir suite à un vécu difficile voire traumatique de leur relation passée et expriment la volonté de protéger leur enfant de ce grand-père.

D'ailleurs, certains constatent surtout un changement de statut également du côté de leur père devenu alors grand-père. Ce décalage des générations impliquerait alors une régression physique du grand-père vieillissant et donc la possibilité de s'accaparer la place patriarcale.

Toutefois, une minorité profitent de la présence de leurs parents pour s'en rapprocher (3%) : ils demandent pardon pour les torts qu'ils ont pu leur faire plus jeunes et/ou sollicitent des avis, des conseils au sujet de l'éducation de leurs petits-enfants. Tous ces changements sont explicités dans le Tableau 9.

## 5. L'analyse en sous-groupe

### 1. Le diagramme HARD

Cette analyse montre une différence significative pour les scores cotant les signes d'anxiété qui seraient plus présents chez les primipères ( $p = 0,002$ ). Il en est de même avec les signes de danger ( $p = 0,04$ ) et donc pour le score total ( $p = 0,02$ ). En revanche, les autres types de symptômes (Humeur et Ralentissement) ne présentent pas de différence significative entre primipères et multipères ( $p = 0,27$  et  $p = 0,29$ ). (Cf. Tableau 2)

### 2. Psychopathologie

#### *Les représentations paternelles et le désir d'enfant*

Dans la population étudiée, il n'y a pas de différence significative entre primipères et multipères en ce qui concerne les motivations conduisant au désir d'enfant et les représentations qu'ils se font de leur rôle de père ( $p = 0,44$ ). (Cf. Tableau 3)

### *Le syndrome de couvade*

On ne note pas de différence significative entre les primipères et les multipères concernant le nombre de couvades ( $p = 0,39$ ). Il en est de même en considérant les modifications non liées au mode de vie des sujets ( $p = 0,052$ ). (Cf. Tableau 4)

### *L'investissement de la grossesse*

Le test du Khi2 a pu être réalisé seulement pour les 3 paramètres les plus fréquents, les autres comprenant des effectifs trop réduits. On ne constate pas de différence pour les modifications physiques de la partenaire ( $p = 0,71$ ), la présence aux échographies ( $p = 0,31$ ) et les préparatifs de l'arrivée du bébé ( $p = 0,16$ ). (Cf. Tableau 6)

### *Le père en devenir dans le couple et sexualité*

Il n'existe pas de différence parmi les modifications possibles dans la relation avec leur compagne ( $p = 0,74$  et  $p = 0,13$ ). (Cf. Tableau 7) Leur sexualité connaît aussi des changements de manière équivalente dans les sous-groupes étudiés ( $0,11 < p < 0,81$ ). (Cf. Tableau 8). Pour certains changements, l'effectif rend le test impossible.

### *Le père et ses parents*

En ce qui concerne la relation avec leurs parents, on note une différence significative : les multipères comprennent mieux et respect plus leur père dans leur discours que les primipères ( $p < 0,001$ ). (Cf. Tableau 9)

## **Discussion**

### **1. Les troubles et difficultés psychiques révélés par le diagramme HARD**

Dans notre population, 2 pères sont clairement dépressifs et nécessitent des soins psychiatriques. A notre connaissance, aucune autre étude n'a évalué les pères en post-partum immédiat avec des critères d'inclusion et d'exclusion similaires. Il n'est donc pas possible de comparer ces chiffres à ceux retrouvés dans la littérature.

Malheureusement, les équipes n'avaient pas du tout remarqué de signe inquiétant les concernant. Il a fallu un entretien médical et la levée de certaines défenses pour parvenir à ce diagnostic. En effet, le clivage a été utilisé par ces 2 sujets afin de préserver certaines ressources et s'adapter durant cette période face à leur compagne et enfant. D'ailleurs, même si dans les 2 cas, ils décrivent un soulagement à la verbalisation et une aide à la réalisation du rôle qui les attend, ces 2 pères dépressifs refusent un suivi au moment de l'entretien en expliquant leur besoin de « faire face ». Voir quelqu'un serait pour eux dévoiler ce qu'ils considèrent à demi-mots comme une défaillance alors même qu'ils viennent de devenir papa. Ainsi, entre des défenses qui empêchent un bon dépistage, le

besoin d'être auprès de la dyade mère/bébé et le conflit de rôle des genres, l'accessibilité à la demande de soins est triplement difficile chez la population paternelle.

De plus, il devient encore plus complexe de déterminer les besoins des sujets présentant quelques fragilités émotionnelles. En effet, si l'on considère qu'il s'agit de ceux dont le score HARD est compris entre 9 et 18, on ajoute 6 patients aux 2 initiaux soit un total de 8 pères ayant besoin d'aide en post-partum immédiat. Toutefois, il serait trop simpliste et réducteur de ne considérer que des chiffres pour déterminer les besoins en soins et/ou de soutien durant cette période de vulnérabilité. C'est pourquoi il est essentiel de s'intéresser à la psychopathologie de cette crise que traverse chaque homme à ce moment-là de sa vie.

Après l'accouchement, Stern parle de « matrice de soutien » déterminante pour la sécurité du bébé et de la mère<sup>37</sup>. Ainsi la pression s'accroît sur le père dès la naissance voire avant. A partir de ce constat, on peut aisément imaginer que des perturbations psychiques paternelles apparaissent puisque ces changements impliquent des capacités d'adaptation chez le compagnon. Par conséquent, lorsque celui-ci est vulnérable ou fragilisé par des éléments intrinsèques ou extrinsèques au milieu familial, le couple peut voir une souffrance émergée ou exacerbée. Le but d'une équipe soignante à la maternité serait donc dans un premier temps de déterminer quels sont les pères et les couples en difficulté.

## 2. Psychopathologie

### 1. Le désir paternel d'enfant

Le désir d'un enfant est un concept extrêmement complexe, empli d'ambivalences. L'accès à la parentalité s'établit selon des signifiants et des cas de figures propres à chaque parent. Le désir est différent chez le père et chez la mère.<sup>38</sup> Nous allons tenter d'exposer différentes facettes possibles du désir paternel en fonction de leurs élaborations.

Lorsque l'on interroge les pères sur les raisons pour lesquelles ils désirent un enfant, la plupart y voient un projet commun mais avec des raisons souvent personnelles et différentes de leur compagne. Deux sortes de raisons se dégagent : des thèmes sociaux qui s'apparentent à un rôle sociétal du père vis-à-vis de l'enfant ou réciproquement l'enfant sur le père et des thèmes plus maternels qui comprennent des préoccupations plus rapprochées de l'enfant (soins et liens affectifs avec le nouveau-né).

---

<sup>37</sup> Stern D., *La Constellation maternelle*, Edition Calmann Lévy, 1997 p223-47

En effet, alors que la femme peut être disposée à désirer un enfant suite à une série d'étapes, l'homme, lui, connaît une succession de phases le conduisant à associer la naissance de son enfant à quelque chose de mortifère. Quand la fillette peut s'identifier à « la mère fiable des débuts de la vie », le petit garçon, lui, doit s'identifier à l'imago écrasant de son père. Par la suite, lorsque la jeune fille souhaite recevoir un enfant du père dans un amour oedipien, le jeune homme est, quant à lui, comblé par la relation avec une mère aimante. Enfin, ce qui constitue pour la jeune femme un « amour sexuel avec un homme actuel » résultant des deux amours parentales<sup>38</sup> est, pour l'homme, un amour sexuel lui permettant d'accéder à l'amour interdit avec sa mère. L'amour oedipien de la mère le conduit au désir de rester un fils et non de devenir un père. Le bébé représente cet autre objet qui vient le séparer du désir de sa mère.

Pendant, la grossesse, la transparence psychique que connaît la compagne ralentit ses investissements professionnels et amoureux.<sup>38</sup> Il est donc très fréquent que son compagnon ait un sentiment d'abandon. On peut donc voir apparaître des mouvements de retrait du père (8% des cas dans l'étude) ou des adaptations (9%). Sans pour autant que le désir de paternité en soit amoindri, une majorité de pères semblent vouloir inscrire leur rôle dans des thèmes sociaux (73%). En effet, beaucoup évoquent un désir qui s'inscrit dans leur histoire personnelle mais aussi au sein de leur histoire de couple. Avoir un enfant est un projet formulé comme commun et réfléchi. L'âge, la durée de vie commune du couple, la naissance d'un enfant dans l'entourage sont autant d'arguments sur lesquels s'appuient les primipères pour faire émerger leur désir d'enfant. Du côté des multipères, on retrouve les mêmes intentions auxquels s'ajoutent le nombre d'enfants, l'écart d'âge entre les enfants, le souhait d'un enfant de sexe différent ou de devenir le « patriarche » (terme employé à plusieurs reprises par certains pères ayant 3 ou 4 enfants).

Lorsqu'il s'agit de se projeter dans leur rôle auprès de l'enfant, leur discours est clairement imprégné d'un champ lexical sociétal avec des mots tels que : « valeurs », « générations », « transmission », « nom de famille », « éducation », « responsabilités » ou « aspect financier ». Le rôle social ainsi établi dans leur imaginaire leur permettrait peut-être de mettre à distance leurs affects dans une conception assez traditionnelle de leur masculinité.

D'autre part, 22% des sujets verbalisent des raisons mixtes motivant leur désir d'enfant : celui de pouvoir jouer leur rôle de père dans un contexte social et celui de

---

<sup>38</sup> Bydlowski M., « Parenté maternelle et parenté paternelle », *Adolescence*, 2006/In°55, p. 33-42

vouloir choyer un enfant par le corporel, le sexuel : changer les couches, donner le biberon, câliner leur bébé. Enfin, une minorité de la population rencontrée n'évoquent que des besoins « maternels » à l'origine de leur désir d'enfant (5%). A ce propos, Bydlowski parle d'une identification féminine soutenante dans le désir paternel d'enfant. En effet, certains futurs pères font fi de leurs pulsions mortifères et de leurs identifications passées pour accéder à des désirs plus « maternels ». Elle parle même de reconnaître sa « bisexualité psychique ». Cependant, il est souvent nécessaire que le contexte sociologique soit propice à ce « rôle des genres » pour que cette formulation prenne sens.<sup>23, 38</sup>

Le désir d'enfant peut revêtir bien des fantasmes au travers des signifiants propres au vécu de chaque individu. Les motivations d'un père pour avoir un enfant sont donc exposées de manières très diverses. Ainsi, avoir un bébé peut paraître salvateur aux yeux de certains sujets. Les souvenirs d'une enfance blessée peuvent trouver réparation dans la conception d'un enfant à travers un mode d'éducation différent ou la transmission des valeurs qui semblent importante à chaque papa.

## 2. L'investissement de la grossesse

Les principaux éléments adjutants à l'investissement de la grossesse et du bébé imaginaire par le père sont les échographies, les signes sympathiques de la grossesse, les transformations physiques de leur compagne et la préparation de l'arrivée du bébé.

Selon Bydlowski, l'échographie est une étape décisive car elle est la preuve virtuelle mais certaine du développement d'un être vivant dans le corps de sa compagne.<sup>34</sup> Cette image en mouvement devance alors la représentation imaginaire du bébé par le couple et participe ainsi à la mise en image des fantasmes à des stades précoce de la grossesse. Toutefois, l'investissement reste limité à un concept encore flou et ces événements intermittents ne suffisent pas aux hommes pour réaliser pleinement ce qui les attend.

Les papas sont plus sensibles à la transformation du corps de la maman. Le périmètre abdominal augmentant rapidement dès le milieu de la grossesse, il devient le marqueur de l'évolution physique du bébé à venir. Les mouvements foetaux perceptibles à travers la paroi abdominale maternelle sont les premières sensations céphalées possibles pour le père en devenir. Cependant, ceux-ci ne sont envisageables qu'à partir du 6<sup>ème</sup> mois en moyenne. En parallèle, l'investissement grandissant de la mère grâce aux mouvements foetaux qu'elle ressent beaucoup plus tôt rend l'évolution de l'imaginaire différente entre pères et mères.

Enfin, la fin de la grossesse est la période des plus grands changements pour les futurs pères. En effet, la grossesse avancée conduit souvent à une diminution de l'activité

de la mère : les hommes se chargent généralement des préparatifs de la maison, de la chambre et de la gérance des aînés s'il y en a. De plus, la transformation physique de la femme est imposante

Néanmoins, les premiers contacts sensoriels avec le nouveau-né sont l'introduction du bébé réel tant imaginé. Ceci est maintes fois souligné par les sujets interrogés qui précisent que les éléments accompagnant leur imaginaire ne peuvent pas remplacer la première rencontre. Celle-ci, est, comme le souligne Bydlowski, l'occasion de partager des sensations tactiles, de découvrir le visage réel de l'être attendu pendant plusieurs mois.<sup>34</sup>

Dans la « Constellation Maternelle » de Daniel Stern, il est décrit avec précision l'investissement de la grossesse par la femme.<sup>37</sup> A partir de cette description, on peut alors représenter sur un graphique l'intensité de l'investissement du futur enfant chez la mère en fonction des mois de grossesse. Bien sûr, ce schéma n'est qu'une estimation approximative ne respectant que des proportions relatives et moyennes. Nous avons tenté de réaliser ce même travail de description puis de représentation sur le graphique 1 à partir des divers discours paternels entendus dans cette étude. Il est bien évident que certains pères ont un imaginaire avec des intensités différentes et à des moments différents.

Pour commencer, l'annonce de la grossesse et la première échographie constituent des supports fiables de l'imaginaire paternel du début de grossesse. Cependant, la mère vit la grossesse physiquement ce qui lui permet de développer son imaginaire jusqu'à atteindre un paroxysme vers le 7<sup>ème</sup> mois. Pour elle, la transparence psychique est une véritable gestation de l'enfant imaginaire qui laisse place peu à peu à la réalité de l'accouchement et de l'enfant à venir. Ainsi, elle réalise donc plus rapidement le rôle qui lui incombe dès les premiers jours. Du côté paternel, le vécu de la grossesse est externe : les mouvements foetaux ne sont à sa porter qu'au deuxième trimestre et seule la transformation physique de sa compagne lui est facilement accessible. Son imaginaire est donc bien moins développé. A l'accouchement, les contacts visuels et tactiles ritualisent la première rencontre entre le père et le nouveau-né. C'est à ce moment-là que le père, lui, peut laisser de la place à son imaginaire mais celui-ci est alors confronté au bébé réel.

A partir de ce constat, on peut essayer de faire une reconstruction de l'imaginaire possible en cas de prématurité. La grossesse s'arrête alors que la femme garde encore à l'esprit son enfant imaginaire qui est en grand décalage avec le bébé réel. Du côté paternel, le manque d'imaginaire pourrait préserver à minima le père d'une effondrement psychique.

On comprend ainsi mieux pourquoi les hommes se remettent plus facilement d'un accouchement prématué que leur compagne dans la littérature.<sup>39</sup>

Dans le cas du déni de grossesse observé représenté sur le graphique 2, la grossesse a été constatée par échographie et l'annonce a été immédiate en sa présence. S'en est suivie une transformation physique avec perception des mouvements fœtaux, congruente au psychisme de la mère, enfin consciente de son état. En effet, la femme ne connaît aucun signe sympathique de la grossesse tant qu'elle n'a pas conscience qu'elle est enceinte. Puis, son corps se modifie pour adopter la configuration correspondante au terme.<sup>40, 41</sup> La connaissance de la grossesse a créé l'imaginaire du côté du père tandis que la métamorphose de sa compagne a développé cet imaginaire et a aidé le père à se constituer une réalité de l'enfant à venir. C'est par ce biais fragile que s'est poursuivie la grossesse psychique « en accéléré » jusqu'à l'accouchement.

### 3. La place du père en devenir dans le couple

Pour une majorité de couples, la grossesse et l'attente d'un enfant créent des changements relationnels tant psychiques que physiques : 47% ont ressenti un changement dans leur relation conjugale dont plus de la moitié se décrivent plus proches de leur compagne (25 sujets). Ils évoquent différentes raisons : un projet et un avenir communs, des inquiétudes vis-à-vis du bébé.

Durant la grossesse, la jeune femme se retire progressivement de son monde familier pour laisser place à une crise maturative, solitaire et non partageable avec le compagnon. Celui-ci va alors entreprendre des investissements extérieurs.<sup>38</sup> Les hommes « distants » parlaient plutôt de tentatives de rendre plus supportables l'attente de l'accouchement et leur sentiment d'impuissance face à leur extériorité physique à la grossesse. Cette mise à distance leur paraissait même nécessaire à un processus de paternalisation.

Cette période de gestation psychique pourrait être assimilée à la contemplation de la métamorphose parentale qui attend le couple après l'accouchement. D'ailleurs, les

---

<sup>39</sup> Goutaudier N., Mansour M., Chabrol H., Prématurément père : étude exploratoire du vécu dans les premières semaines suivant la naissance. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 26, Issue 3, Pages 151-156

<sup>40</sup> Wessel J., Endrikat J., Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Nov; 81(11): 2001 p1021-7.

<sup>41</sup> Chaulet S., Juan-Chocard A.-S., Vasseur S., Hameld J.-F., Duverger P., Descamps P., Fanello S. Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales Médico-Psychologiques, Revue psychiatrique*, 2013 p.1-5

primipères se disaient particulièrement vigilants aux ressentis de leur compagne qui serait un « récepteur émotionnel » représentant la santé et le bien-être du fœtus « si elle va bien c'est que le bébé va bien, alors, je faisais attention à tous les signes ».

En outre, les changements physiques et psychiques de certaines femmes entraînent des adaptations de leur compagnon au quotidien. Le statut de « femme enceinte » invite les hommes à adopter une position empathique tacite car culturelle. Enfin, quelques multipères étaient confrontés à une autre situation : retrouver la femme devenue mère après une précédente grossesse. Il est parfois possible que des femmes comblées par leur désir d'enfant aient des difficultés à investir quelque autre champ que celui de la maternité en dépit de leur partenaire conjugal.

En ce qui concerne la sexualité, une grande majorité de couples voient leur vie intime modifiée. Une diminution voire un arrêt des rapports sexuels sont constatés dans 72% des cas. Près d'un sur cinq observent une baisse de libido ou un refus de la part des jeunes femmes. Cette baisse se retrouve aussi dans l'étude de Conolly aux Etats-Unis.<sup>42</sup> La plupart des hommes expliquent qu'ils sont eux-mêmes à l'origine de ces changements. Ceux-ci sont également observés par Fabre-Clergue et Duverger-Charpentier dans leur étude interrogeant 200 jeunes papas. Les auteurs constatent que près de 90% des hommes ne sont pas attirés par les femmes enceintes, 67% sont impressionnés par leur partenaire et 80% sont gênés par la présence de leur bébé dans la chambre après l'accouchement.<sup>43</sup>

En effet, près de la moitié des pères évoquent des soucis d'intimité au cours de la grossesse qui survient généralement lors du dernier trimestre. Ceci serait lié à la transformation abdominale qui rappelle le développement avancé du futur enfant. Ce n'est pas sans rappeler des pensées incestuelles car l'enfant ainsi presque totalement formé est alors plus présent à l'esprit des futurs parents. Les hommes concernés peuvent le formuler de différentes manières, un peu gênés : « on est 3 sous la couette maintenant », « je peux pas faire l'amour avec mon enfant » ou encore « maintenant qu'il est grand, je suis déjà trop père dans ma tête pour faire ce genre de chose ». Un autre encore explique qu'il attend la détermination du sexe de l'enfant, à chaque grossesse, pour être sûr de ne pas avoir de rapport si c'est un garçon car il n'est pas homosexuel. D'autres évoquent des craintes concernant des conséquences éventuelles de la pénétration sur le développement ou le

---

<sup>42</sup> Conolly A, Thorp J, Pahel L. Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16(4):263—7

<sup>43</sup> Fabre-Clergue et Duverger-Charpentier, Sexualité du post-partum, *La Revue Sage-Femme* (2008) 7, 301—304

ressenti du futur bébé. Un petit nombre en parlent au gynécologue ou à la sage-femme lors des consultations pour s'assurer de ce qui peut être fait ou non concernant la sexualité ; certains n'osent pas aborder le sujet.

A noter également qu'un homme dit avoir été traumatisé par toutes les démarches d'AMP que son épouse et lui ont « subies ». Il décrit alors une sexualité très altérée avec une libido quasi inexisteante pour les deux partenaires. Ce genre de récit est fréquemment retrouvé chez ces couples.<sup>44,45</sup>

#### 4. Le père et son père

L'imago du père connaît de véritables bouleversements. Comme nous l'avions dit en introduction, le père peut craindre, de manière fantasmatique, que son fils puisse prendre sa place. Lorsque l'on interroge les pères en devenir, il est fort intéressant de constater deux choses : la première est qu'ils commentent peu la relation qu'ils ont avec leur mère ; la deuxième est la violence plus ou moins refoulée qu'ils peuvent avoir ou qu'ils ont eu à l'égard de leur père. Au total, 15 d'entre eux ont clairement et seulement souligné un aspect négatif de leur père tels que sa défaillance éducative passée, sa régression physique, la perte de son statut de « patriarche » voire le rejet total de celui-ci avec une rupture définitive du lien. Dans ce cas-là, les pères évoquent souvent un passé de violence et de maltraitance.

La majorité formulent quelques mots coléreux tout de suite recouverts de commentaires raisonnés. Ils précisent que le fait d'être père leur a permis une prise de conscience quant au caractère désagréable et frustrant que pouvait avoir leur père sur eux. Il existe alors un processus d'identification, de rapprochement ou de compréhension de leur propre père propres aux multipères ( $p < 0,001$ ). Il semble qu'il faille quelques temps aux pères pour que ce phénomène puisse opérer. Agnès Moreau parle de deuils successifs dans le travail de paternité dont celui de trouver un support identificatoire suffisamment fiable pour avancer vers leur future paternité.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Reder F., Fernandez A., Ohl J., Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique de la Reproduction* (2009) 38, 377-388

<sup>45</sup> Gamet M.-L., A propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la Procréation (AMP) *Sexologies* (2008) 17, 102-112

<sup>46</sup> Moreau A., « De l'homme au père : un passage à risque », *Dialogue* 2/2001 (n° 152), p. 9-16

## 5. La couvade : voie corporelle accompagnant la paternité

D'après la crise parentale de la première naissance définie par Bydlowski, le père peut s'identifier à la mère et fantasmer la grossesse qui peut alors prendre véritablement corps sous la forme de « couvade ».<sup>34</sup> En 1965, Trethewan et Conlon estiment la prévalence de ces manifestations à 10%.<sup>33</sup> Dans l'enquête menée à Laval, les premiers chiffres sont bien plus élevés et atteignent 39%. Ce phénomène serait désigné comme caractéristique des « nouveaux » pères.<sup>34</sup> Peut-être peut-on y voir la poursuite d'une évolution sociétale et donc psychique des hommes ? Il faut également rappeler que les pères s'autorisent une féminisation psychique seulement lorsque l'environnement sociétal le leur permet.<sup>24, 38</sup>

L'évolution des pères ne se jouerait pas seulement dans la bisexualité psychique des hommes mais aussi dans la diminution de la stigmatisation de chaque fonction parentale, de chaque sexe et le fait que les pères soit autorisé à exprimer leurs ressentis.<sup>24, 38</sup> Pour ces nouveaux pères, s'autoriser à désirer, s'émouvoir et s'investir auprès de leurs nourrissons est un pas de géant en comparaison des modèles traditionnels datant de l'antiquité au moins.

D'après Coster Heller, la nécessité de passer par le rite de la couvade chez certains peuples est la preuve de l'existence de difficultés suffisamment importantes du père à faire face à ses pulsions vis-à-vis de la dyade mère/bébé. Pour lui, il s'agirait de pulsions violentes de mort.<sup>47</sup> Il est vrai que les premières semaines de vie sont marquées par les préoccupations maternelles primaires pendant lesquelles il existe une relation fusionnelle entre le nouveau-né et sa mère. Celle-ci devient hypersensible aux besoins de son bébé dès la fin de la grossesse avec un refoulement par la suite de cette condition psychique. Winnicott parle même d' « état organisé », d' « état de repli » voire de « dissociation ». <sup>48</sup>

Les pulsions de mort liées à l'apparition d'un enfant, objet de désir de sa compagne, ainsi que l'investissement maternel de la grossesse au détriment de la relation conjugale peuvent venir compliquer la place du père. L'acceptation d'une part féminine et donc d'une bisexualité psychique serait alors une possibilité pour le père en devenir de refouler ses pulsions de mort et de réaliser le passage de l'homme au père.

---

<sup>47</sup> Coster Heller M., *L'ombre parentale et le complexe d'Edipe*, Adire, N°13, juin 1997, p. 201-236

<sup>48</sup> Winnicott D. W., traduction française de Jeanine Kalmanovitch, Madeleine Michelin et Lynn Rosaz, (1956) *La mère suffisamment bonne*, Editions Payot, n°595, 2006, p. 39-50

## 6. La crise du père

Toute situation de crise nécessite un rituel social qui peut permettre aux individus de trouver une place plus facilement dans un système qu'il soit sociétal ou familial. La couvade serait à la crise du père ce que les conduites à risques sont à la crise de l'adolescence : un rite de passage.<sup>49</sup> Ce phénomène a pour fonction de faire d'un processus biologique (puberté, grossesse, accouchement, mort) une manifestation sociale.<sup>50</sup> Les rituels chez l'Homme reposent sur une mise en scène qui permet aux sujets de se différencier d'un groupe et d'évoluer.<sup>51</sup>

Van Gennep a défini le rituel de passage comme la séparation d'individus d'un certain statut pour les assembler en un autre. Un rituel est divisé en 3 étapes :

1. La séparation qui implique la fin d'une période de la vie par un isolement préliminaire du groupe,
2. La marge qui est une période de flottement plus ou moins longue entre les deux états et pendant laquelle s'effectuent des rites à l'écart du groupe et
3. L'agrégation qui est le moment où l'individu peut réintégrer un nouveau statut ou groupe social<sup>50, 51</sup>

Dans le cas de la crise parentale, c'est-à-dire du passage du statut d'enfant à celui de parent, l'annonce de la grossesse constitue la séparation, la grossesse représente la marge et l'accouchement ainsi que les premiers jours aux côtés de l'enfant délimite la ritualisation par l'agrégation.

Il existe plusieurs configurations possibles de comportement durant une ritualisation :

- le comportement technique-rationnel qui produit des résultats visibles comme la mise en scène de la section du cordon ombilical ou la puéricultrice qui donne le premier bain à l'enfant de manière didactique aux parents,
- le comportement de communication qui sert à transmettre des informations par l'intermédiaire d'un code de communication culturellement déterminé comme le fait de donner le nom de famille du père à l'enfant et
- le comportement magique qui est efficace en soi aux termes des conventions

---

<sup>49</sup> Courtois R., *Les conduites à risques à l'adolescence : Repérer, prévenir et prendre en charge*. Editions Dunod, Paris, 2011 p. 209-211

<sup>50</sup> Leneveu M.-C. *Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage*. Ethique et santé (2013) 10, 66-69

<sup>51</sup> Van Gennep A. *Les rites de passage*. Paris: Editions Picard; 1992, p. 24

culturelles de ceux qui le pratiquent, mais qui ne l'est pas du point de vue technique-rationnel comme mettre de l'eau bénie sur le front d'un nourrisson à son baptême.<sup>50</sup>

A partir de ce constat, et malgré les apparences, on peut imaginer que la société actuelle peut permettre des comportements techniques-rationnels congruents aux conventions culturelles imposées par les innovations scientifiques et technologiques.<sup>52</sup> Par exemple, la surmédicalisation de la grossesse engendre certains rituels (les échographies, les rendez-vous médicaux, les préparations à l'accouchement, les différents examens biologiques recommandés...) qui participent à la transition entre deux mondes : la marge.

Donc, si la marge est le moment au cours duquel les rituels permettent aux deux parents le travail nécessaire pour qu'ils se préparent à leur futur rôle, chez la mère, cette élaboration est facilitée par la transparence psychique et la place biologique de l'enfant inscrit dans son corps qui impliquent la médicalisation du processus. Chez le père, au contraire, l'investissement de son futur rôle est rendu difficile par la rareté du contact à l'environnement médical. Faut-il pour autant surmédicaliser les pères ? La réponse est bien sûr négative quand on sait que le contexte des soins n'est pas le seul rituel possible pour marquer la séparation, la marge et enfin l'agrégation.

Tous les bouleversements entraînés par la crise que traverse les sujets peuvent donc expliquer les différences émotionnelles observées entre primipères et multipères. Tout d'abord, le score des symptômes anxieux dans le diagramme HARD est significativement différent ( $p=0,002$ ). Les principales causes de cette différence sont des anxiétés mineures durant la grossesse et suite à l'accouchement. Cependant, ces réactions sont pour la plupart réactionnelles pendant l'entretien à la maternité et en aucun cas pathologiques. Elles sont le fruit de réflexions et de questionnements sur la crise parentale en cours. Les principales inquiétudes apparaissent dès l'annonce de la grossesse. Au contraire, les hommes ayant déjà vécu l'expérience se trouvent moins attentifs pendant les grossesses suivantes car ils ont l'impression de ne plus avoir besoin de s'inquiéter autant que pour la première. Ils décrivent alors un éloignement pendant « l'attente » jusqu'à l'accouchement où ils pourront enfin faire connaissance avec le nouveau-né.

Pendant le séjour à la maternité, ces deux populations sont aussi différentes : les nouveaux pères mettent souvent un point d'honneur à assister voire à participer aux soins

---

<sup>52</sup> Miermont J., *Liens et complexité dans la clinique de l'enfant et de sa famille. Le projet éco-étho-anthropologique. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 53 (2005) 354-368

du bébé afin d'être autonomes à la maison et ce, sans faire de différence entre mère et père. Cet engouement paraît pour le plus grand nombre authentique, sans se rapporter ni à un devoir ni à une pression sociale ou conjugale. De leur côté, les papas déjà habitués à se consacrer aux bébés organisent leur emploi du temps autour du ou des aîné(s).

Une des différences constatées entre les deux sous-groupes étudiés est la dimension de « danger » du diagramme. Ceci est dû au pessimisme de quelques primipères qui décrivent des flashes d'idées noires, avec des difficultés à se projeter dans leur rôle de père. Contrairement à ce qui était attendu, il n'existe pas de différence entre les deux sous-groupes en dehors de score HARD. Ainsi, il semblerait nécessaire aux pères de traverser une crise paternelle pour chaque nouvel enfant. Il est assez courant en pratique clinique de rencontrer des difficultés parentales face à un ou plusieurs enfant(s) en particulier. Le(s) parent(s) concerné(s) fait(font) parfois le lien avec un attachement précoce mis à mal par une séquence séparation-marge-agrégation qui ne s'est pas effectuée correctement pour des raisons diverses. L'arrivée de chaque enfant requiert donc des ritualisations.

Il faut noter aussi que les personnes qui montrent peu de signes ou de changements se présentent souvent sur la défensive avec un contact timide et un discours peu loquace. Est-ce le signe d'une inhibition anxieuse vis-à-vis de la naissance récente, une crainte concernant l'étude ou encore un mauvais insight ?

### **3. Les troubles et difficultés psychiques révélés par la psychopathologie**

Concernant les 6 sujets ayant un score HARD entre 9 et 18, 5 d'entre eux sont des faux négatifs et nécessitent une prise en charge. En effet, en tenant compte des signes spécifiques de dépression chez les hommes de Pollack, ces patients présentent potentiellement une dépression masculine. Un seul accepte de recontacter une psychologue avec qui il a déjà eu un suivi. Au total, 7 patients nécessitent des soins.

L'analyse de la psychopathologie nous conduit à considérer 12 cas supplémentaires qui auraient besoin d'une surveillance voire d'un soutien psychologique.

De plus, 3 pensent que c'est passager et qu'il s'agit en fait d'un baby blues. Toutefois, à partir du seul entretien prévu dans le protocole, il n'est pas possible de connaître l'évolution et donc de confirmer cette hypothèse.

En outre, 9 pères de plus expriment spontanément le souhait d'avoir des conseils sur les soins à l'enfant et quoi faire en cas de problèmes : pleurs, fièvre. Presque tous expriment des angoisses de performance. Ces derniers ne présentent pas de signe clinique inquiétant mais mettent en avant un besoin en maternité qui pourrait être satisfait par un

plus long contact avec les puéricultrices. L'un d'entre eux dit avoir eu une dépression post-natale en partie à cause de pleurs de sa fille ainée et pense qu'aborder le sujet en maternité aurait pu l'aider.

#### 4. Quelques réflexions sur l'accompagnement de la paternité

Puisque la ritualisation du passage de l'homme au père est importante, l'accompagnement peut consister à rétablir artificiellement des rituels. Dans certaines tribus, la palabre est utilisée pour marquer certains passages. Les séances d'accompagnement de la paternité pourraient faire l'objet d'une mise en parole des événements qui se produisent autour de lui. Par exemple, le simple fait de poser des questions pendant l'entretien nécessaire à notre étude a permis à certains pères de mieux réaliser leur place auprès de l'enfant au cours d'une période d'agrégation.

Miermont, thérapeute familial propose même de restituer ces rituels autour de conversations ordinaires, « dans les familles où toute forme d'échange spontané a disparu ». Ceci serait pertinent dans les rituels des conversations thérapeutiques où s'élaborent symboliquement des événements familiaux. Néanmoins, la fragilité narcissique des pères causée par l'arrivée de l'enfant et la distance qu'il peut exister avec sa femme rendent la séance familiale, ou au moins conjugale, délicates voire difficiles à mettre en place. Ceci pourrait cependant être envisagé dans un second temps. Il en est de même pour les groupes de paroles de pères proposés par Hollander<sup>53</sup>.

D'autre part, ce passage nécessite un travail de différenciation et d'individuation. Les entretiens individuels lors de la thérapie doivent être priorisés. D'ailleurs, Agnès Moreau a créé des consultations spécialisées à la maternité destinées aux hommes en difficultés face à leur paternité et parle d'« hommes vulnérabilisés ». Cet accompagnement psychologique a été bénéfique pour les liens précoce entre père, mère et bébé.<sup>45</sup> C'est l'élaboration qu'ils avaient pu faire en consultation de leurs diverses transformations psychiques qui constitue une prévention des dysfonctionnements de la parentalité.

En outre, le fait que le personnel de la maternité n'ait noté aucune anomalie concernant les deux pères dépressifs interpelle. Musser et al suggèrent une sensibilisation et une formation des puériculteurs concernant les dépressions périnatales.<sup>54</sup> De manière

---

<sup>53</sup> Hollander M., Dépression périnatale paternelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Vol 52, Issue 5, 2004, p 274-278

<sup>54</sup> Musser A., Ahmed A., Foli K., Coddington J., *Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know*. *Journal of Pediatric Health Care*, 2012, pii: S0891-5245(12)

très pragmatique, ils énumèrent des propositions permettant d'aborder les hommes en trois temps, depuis la grossesse jusqu'au post-partum. Tout d'abord un entretien prénatal permettrait l'évaluation de facteurs de risque autour d'une discussion et la remise de brochures présentant les complications psychiques périnatales. Puis il en serait de même pour les premiers jours suivants l'accouchement. Les auteurs insistent sur le fait d'encourager la présence des deux parents à la maternité afin de délivrer le plus possible d'informations de prévention au couple. Par exemple, aborder les manières de gérer les pleurs de bébé répondrait à l'attente de certains sujets de l'étude (voir supra).

Pour finir, les examens du nourrisson seraient également l'occasion d'une rencontre avec les parents et d'évaluer les interactions père/bébé. La Protection Maternelle Infantile serait un endroit approprié pour les premiers contacts.

## 5. Les points forts et les limites de l'étude

Plusieurs éléments peuvent être la source de biais de sélection. En effet, on peut imaginer qu'un père déprimé pourrait ne pas se rendre à la maternité du fait d'une aboulie ou d'un évitement de la dyade mère/enfant. Or, seuls les pères présents à l'hôpital sont abordés. Cette problématique est communément retrouvée dans ce genre d'enquête<sup>19, 20</sup>. En outre, deux des sujets ayant refusé l'entretien se présentaient fermés, tristes et mutiques. Il pouvait s'agir de papas déprimés mais non recrutés. De plus, l'ajout des situations faisant l'objet d'une information préoccupante parmi les critères d'exclusion représente également un obstacle à la rencontre d'hommes potentiellement en difficulté.

Il existe aussi des biais d'information. Premièrement, force est de constater une réticence à se confier chez les sujets. Par ailleurs, le diagramme HARD n'est pas une échelle comportant des items spécifiques aux symptômes de dépression masculine ce qui peut entraîner une majoration du nombre de faux négatifs.

En revanche, le fait qu'il n'y ait eu qu'un seul cotateur est un atout dans ce genre d'étude qui est alors exempt d'hétérogénéité intercotateurs. La maternité du Centre Hospitalier de Laval est la seule maternité lavalloise et seules deux autres maternités existent dans le département. Ainsi, la patientèle accueillie est représentative de la population locale. En effet, il n'est pas rare de constater une disparité sociale entre établissements publics et privés<sup>55</sup> avec donc des conséquences possibles sur le recrutement des patients et les résultats cliniques d'une étude.

---

<sup>55</sup> Carde E., « *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins* », *Santé Publique* 2/2007 (Vol. 19), p. 99-109

La rencontre de tous ces sujets a permis de recueillir de nombreuses informations subjectives qui constituent une source d'informations riche. Ceci permet également une approche plus fine qu'une échelle seule. Néanmoins, l'exploitation chiffrée de ces données vient épurer l'analyse afin de n'en retenir que les éléments les plus objectivables.

## Conclusion

La grossesse est une véritable période de crise que traversent les futurs pères. Dans la société actuelle française, peu de rituels accompagnent les futurs papas dans les transformations psychiques que ce passage impose. La paternalisation engage donc à un travail essentiellement psychique. Le père doit trouver le moyen de ritualiser son passage, d'accepter une bisexualité psychique ; ce peut être la couvade. L'homme aboutit ainsi à la consolidation de son identité masculine auprès de sa compagne mais aussi à la transformation de l'imago paternel afin d'ouvrir la voie vers de nouveaux liens au sein du couple et avec son père. En s'acquittant de la dette de vie dont il était redevable auprès de son père, il peut créer une relation spécifique avec chacun de ses enfants.

Néanmoins, deux des sujets interrogés sont dépressifs, cinq nécessiteraient un accompagnement et douze un suivi voire une prise en charge. Ceci montre bien le besoin de rencontrer les pères et pouvoir les accompagner quand cela est utile. Le principal problème est alors la difficulté de les aborder car si les hommes rencontrés au cours de l'étude étaient motivés pour participer à une étude, l'acceptation d'un entretien médical pour des soins serait toute autre. Le médecin traitant pourrait alors jouer un rôle clef dans une première approche puis le travail de la demande de soins.

Notre travail auprès des hommes fragilisés par cette crise serait de les accompagner dans une élaboration personnelle à partir de leur histoire et de leurs chaînes signifiantes afin de reconstituer un rituel verbal. Un travail en réseau avec les différents professionnels de la périnatalité permettrait un abord des papas à différents lieux et moments. La diffusion

d'informations sur les difficultés psychiques masculines périnatales permettrait une sensibilisation des professionnels de santé mais aussi des couples concernés. Un entretien postnatal à la maternité permettrait une approche autre que gynécologique ou pédiatrique auprès de la triade parents/bébé.

Cette étude est, à notre connaissance, la première qui étudie la psychopathologie paternelle en périnatalité de manière chiffrée, fait le lien avec le score d'une échelle de dépression et compare les primipères et les multipères. Des études similaires avec un effectif plus important permettraient d'affiner les résultats de cette étude. Il serait aussi intéressant d'évaluer les complications psychiques du post-partum de manière interventionnelle sur plusieurs mois.

## Références

- <sup>1</sup> Hésiode, *La Théogénie*, v.154-210
- <sup>2</sup> Hésiode, *La Théogénie*, v.459-506
- <sup>3</sup> Eschyle, *Euménides*, (293)
- <sup>4</sup> Hérodote, *Histoires*, II, 146, 2
- <sup>5</sup> Euripide, *Bacchantes*, 89-98
- <sup>6</sup> Homère, *Odyssée, Chants I à VIII*
- <sup>7</sup> Knibiehler, sous la direction du Michel Dugnat. « Regard sur le passé » *Devenir père, devenir mère ; Naissance et parentalité. Regards sur le passé*. Edition érès ; 1999 p 19- 26
- <sup>8</sup> Brucia M, Daugherty G N. *To Be a Roman : Topics in Roman Culture*. Edition Bolchazy-Carducci publishers, Inc. 2007 p 9-13
- <sup>9</sup> Apollodore, *Bibliothèque*: III,5,7
- <sup>10</sup> Bible, AT - Gn 3, 16. 17
- <sup>11</sup> Bruel, sous la direction du Michel Dugnat. « Les rapports de la loi avec les processus de parentalisation » *Devenir père, devenir mère ; Naissance et parentalité. Regards sur le passé*. Edition érès ; 1999 p 19- 26
- <sup>12</sup> Atlan H., Gelis J., Matignon K. L., Frydman R., *La plus Belle Histoire de la Naissance*. Editions et Collection Robert Laffont, 2013
- <sup>13</sup> Doyon J. « Le « père dénaturé » au siècle des lumières », *Annales de démographie historique* 2/2009 (n° 118), p. 143-165.
- <sup>14</sup> J.-C. Perrot, « Les économistes, les philosophes et la population », in J. Dupâquier (éd.), *Histoire de la population française*, PUF, Paris, 1988, 4 vol., 2<sup>o</sup> vol., p. 525

- <sup>15</sup> Faron O., *Le Père face à ses enfants. Quelques jalons sur l'évolution de l'autorité paternelle (XIXe-XXe siècles)*. -in *Lorsque l'enfant grandit : entre dépendance et autonomie*. Editions Jean-Pierre Bardet, 2003, pp. 349-361
- <sup>16</sup> Cox, Murray, Chapman. *A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression*. *British Journal of Psychiatry*. 1993 Jul; 163 27-31
- <sup>17</sup> Bydlowski. *Les dépressions maternelles en question*. *Le Carnet PSY*; 2008 (129) p38-44
- <sup>18</sup> Fumeaux. *Psychothérapie mère-bébé: des fantasmes prénataux d'une femme déprimée à un lien précoce de qualité et un accordage harmonieux*. *Scheize Archiv Für Neurologie und Psychiatrie* 2010 ; 161 (7) : 266 – 73
- <sup>19</sup> Drife. *Why mothers die*. *Journal of Royal College Physicians Edinburgh* 2005; 35:332–336
- <sup>20</sup> Ramchandani, Stein, O'Connor, Heron, Murray, Evans. *Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 April ; 47(4): 390–398
- <sup>21</sup> Sejouné, Vaslot, Beaumé, Chabrol. *Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français*. *Psychologie Française*, Volume 57, Issue 3, Septembre 2012, p 215-222
- <sup>22</sup> Mao, Zhu and Su. *A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers*. *Journal of Clinical Nursing*, 2011 ; 20, 645–652
- <sup>23</sup> Luca D. et Bydlowski M., « Dépression paternelle et périnatalité », *Le Carnet PSY*, 2001/7 n°67, p28-33
- <sup>24</sup> Tremblay G., Morin M.-A., avec la collaboration de Desbiens V., Bouchard P., *Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes*. Collection Etude et analyses (36) 2007, p. 1-39
- <sup>25</sup> Pollack, W. (1995). *Mourning, melancholia, and masculinity: Recognizing and treating depression in men*. Dans Levant, R.F. & Pollack, W.S. (Dir.). *New psychotherapy for men* pp. 147-166
- <sup>26</sup> Yiong Wee, Skouteris, Pier, Richardson, Milgrom. *Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review*. *Journal of Affective Disorders* 130 (2011) 358–377
- <sup>27</sup> Paulson J. F., Bazemore S. D., *Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and its Association With Maternal Depression : a Meta-analysis*. *JAMA* 2010 ;303(19) :1961-1969
- <sup>28</sup> Sacco, Fivaz-Depeursinge, Corboz-Warnery. *Transitions dans le jeu père-mère-bébé :*

*Evolution au cours de la première année. Journal de pédiatrie et de puériculture n° 6 – 1995 p 363-366*

<sup>29</sup> Freud S. (1914) « Pour introduire le narcissisme », in *La Vie Sexuelle*, Paris, PUF, 1973

<sup>30</sup> Lacan J., *Ecrits, Editions du Seuil, Paris, 1966, p278 et 577-583*

<sup>31</sup> Woolgar and Murray. *The representation of fathers by children of depressed mothers: refining the meaning of parentification in high-risk samples. Journal of Child Psychology and Psychiatry 51:5 (2010), pp 621–62*

<sup>32</sup> Vendryes J., *La couvade chez les Scythes. In : Comptes-rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, 78<sup>e</sup> année, N. 4, 1934. Pp. 329-339*

<sup>33</sup> Trethewan W. H. et Conlon M. F.. *The Couvade Syndrome. The British Journal of Psychiatry (1965) 111: 57-66*

<sup>34</sup> Bydlowski M., « La crise parentale de la première naissance » *L'apport de la psychopathologie, Informations sociales 2006/4 n°132, p. 64-75*

<sup>35</sup> Rufin et Ferreri. *Le diagramme HARD. Un nouvel outil d'évaluation des états dépressifs en pratique courante. British Journal of Clinical Practice. 1984, 2, 31-7*

<sup>36</sup> Ferreri et Rufin. *Une nouvelle approche diagnostique pour le praticien ; le HARD, ses implications diagnostiques et thérapeutiques. Journal de psychiatrie biologique et thérapeutique. 1987. N° suppl., 20, 113-21*

<sup>37</sup> Stern D, *La Constellation maternelle, Edition Calmann Lévy, 1997 p223-47*

<sup>38</sup> Bydlowski M., « Parenté maternelle et parenté paternelle », *Adolescence, 2006/In°55, p. 33-42*

<sup>39</sup> Wessel J., Endrikat J., Buscher U. *Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. Acta Obstet Gynecol Scand. Nov; 81(11): 2001 p1021-7.*

<sup>40</sup> Chaulet S., Juan-Chocard A.-S., Vasseur S., Hameld J.-F., Duverger P., Descamps P., Fanello S. *Le déni de grossesse : étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. Annales Médico-Psychologiques, Revue psychiatrique, 2013 p.1-5*

<sup>41</sup> Goutaudier N., Mansour M., Chabrol H., *Prématurément père : étude exploratoire du vécu dans les premières semaines suivant la naissance. Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 26, Issue 3, Pages 151-156*

<sup>42</sup> Conolly A, Thorp J, Pahel L. *Effect of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2005;16(4):263—7*

<sup>43</sup> Fabre-Clergue et Duverger-Charpentier, *Sexualité du post-partum, La Revue Sage-*

*Femme* (2008) 7, 301—304

<sup>44</sup> Reder F., Fernandez A., Ohl J., Reste-t-il de la place pour la sexualité lors de la prise en charge en assistance médicale à la procréation ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique de la Reproduction* (2009) 38, 377-388

<sup>45</sup> Gamet M.-L., A propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la Procréation (AMP) *Sexologies* (2008) 17, 102-112

<sup>46</sup> Moreau A., « De l'homme au père : un passage à risque », *Dialogue* 2/2001 (n° 152), p. 9-16

<sup>47</sup> Coster Heller M., *L'ombre parentale et le complexe d'Edipe*, Adire, N°13, juin 1997, p. 201-236

<sup>48</sup> Winnicott D. W., traduction française de Jeanine Kalmanovitch, Madeleine Michelin et Lynn Rosaz, (1956) *La mère suffisamment bonne*, Editions Payot, n°595, 2006, p. 39-50

<sup>49</sup> Courtois R., *Les conduites à risques à l'adolescence : Repérer, prévenir et prendre en charge*. Editions Dunod, Paris, 2011 p. 209-211

<sup>50</sup> Deneuve M.-C. Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage. *Ethique et santé* (2013) 10, 66-69

<sup>51</sup> Van Gennep A. *Les rites de passage*. Paris: Editions Picard; 1992, p. 24

<sup>52</sup> Miermont J., Liens et complexité dans la clinique de l'enfant et de sa famille. Le projet éco-étho-anthropologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 53 (2005) 354-368

<sup>53</sup> Mazoyer A.-V. et Bourdet-Loubère S., Evolution du désir d'enfant après l'échec des aides médicales à la procréation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2013/1 (n° 60) p 97-108

<sup>54</sup> Pollock L. *Baby blues: not just for mothers*. *Midwives*, 2004, 7, p. 242

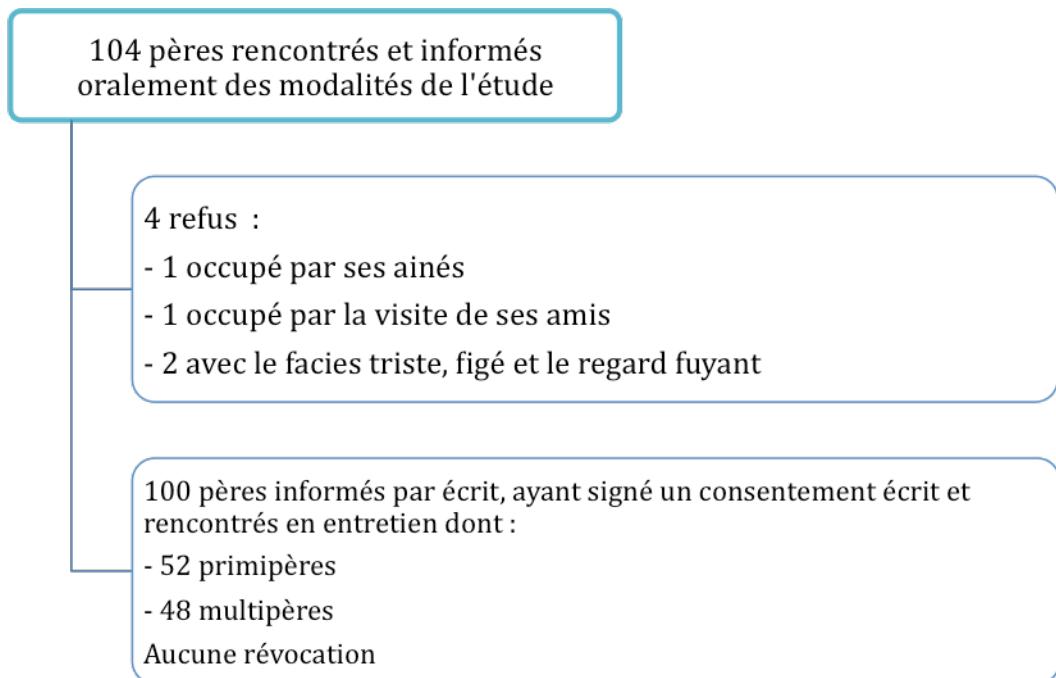
<sup>55</sup> Hollander M., Dépression périnatale paternelle. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. Vol 52, Issue 5, 2004, p 274-278

<sup>56</sup> Musser A., Ahmed A., Foli K., Coddington J., *Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know*. *Journal of Pediatric Health Care*, 2012, pii: S0891-5245(12)

<sup>57</sup> Carde E., « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins », *Santé Publique* 2/2007 (Vol. 19), p. 99-109

## **ANNEXES**

## Tableaux, schéma et diagrammes



*Schéma 1 : Déroulé du recrutement*

	Effectif	Variables quantitatives
Population	100	
• Primipères	52	
• Multipères	48	
• Immigrés	13	
Caractéristiques générales		
• Âge moyen du premier enfant	-	29,9 ans
• Âge moyen de tous les pères rencontrés	-	31,5 ans
• Toujours en couple avec la mère de l'enfant	100	-
Caractéristiques des grossesses et naissances		
• Grossesses multiples	4	
• Grossesses issues de l'Assistance Médicale à la Procréation	3	
• Accouchements par césarienne	37	
• Déni de grossesse	1	
Antécédents psychiatriques	17	
• Dépression du post-partum	4	
• Exogénose sevrée	2	
• Trouble anxieux généralisé	3	
• Suivi psychologique (indications : deuil d'un bébé mort-né, deuil de la mère, difficultés scolaires, conflit avec le père, tentative de suicide, inceste, divorce des parents, « crises d'angoisse »)	8	

*Tableau 1 : Effectifs et caractéristiques des sujets*

Score HARD	Effectif Total	Effectif primipères	Effectif multipères	Comparaison des scores (p)
Positif (> 18)	2	2	0	H : 0,27 A : 0,002 R : 0,29 D : 0,04 HARD : 0,02
9 < score < 18	6	4	2	

Tableau 2 : A gauche : les résultats des scores HARD dans la population totale, chez les primipères et chez les multipères. H = Humeur, A = Anxiété, R = Ralentissement, D = Danger, HARD = score total. A droite : l'analyse des sous-groupes.

Thèmes	Effectif total	Effectif primipères	Effectif multipères	p
Sociaux	73	37	36	0,88
Maternels	5	4	1	*
Sociaux et maternels	22	11	11	1

Tableau 3 : Représentations du rôle de père et motivations du désir d'enfant

Clinique	Effectif total	Effectif primipères	Effectif multipères	p
Manifestations physiques mimant la grossesse	39	22	17	0,37
Manifestations sans modification du mode de vie	17	6	11	0,20

Tableau 4 : Résultats concernant le syndrome de couvade avec analyse des sous-groupes

Signes de couvade (effectif)	Modifications du mode de vie associées
Prise de poids : de 1 à 25 kg (33)	Hyperphagie, arrêt du sport, arrêt du tabac, sédentarité
Perte de poids (4)	Stress anorexigène, reprise du sport et régime pour des questions de santé (dyslipidémie, diabète)
Reflux gastro-oesophagien/gastralgies (4)	
Nausées/vomissements/douleurs abdominales (3)	
Augmentation du périmètre abdominal (2)	Grignotage, arrêt du sport après chirurgie du genou
Eruption cutanée (1)	
Malaises vagaux quotidiens (1)	
Bouffée de chaleur (1)	

Tableau 5 : Descriptions des différentes manifestations physiques mimant une grossesse chez les pères et les modifications du mode de vie associées

Adjuvants à l'investissement de la grossesse	Effectif total	Effectif primipères	Effectif multipères	p
Modifications physiques de leur compagne	36	17	19	0,71
Echographies	29	17	12	0,31
Préparatifs (chambre, vêtements, matériel de maternité)	29	18	11	0,16
Mouvements fœtaux à travers la paroi abdominale	13	9	4	*
Rendez-vous chez le gynécologue ou la sage-femme	7	6	1	*
Préparations à l'accouchement	6	5	1	*
Modifications psychiques de leur compagne	4	2	2	*
Discussions avec l'entourage	4	1	3	*
Discussions avec leur(s) ainé(s)	4	0	4	*
Choix du prénom	2	1	1	*
Partir seul	1	1	0	*
Sans réponse	7	3	4	*

Tableau 6 : Eléments adjuvants à l'investissement de la grossesse par les pères

\*Test impossible (effectif trop faible)

Changements	Effectif total	Effectif primipères	Effectif multipères	p
Totaux	46	24	22	0,74
Plus proche	25	16	9	0,13
Plus distant ou conflit	8	3	5	*
Adaptation	9	5	4	*
Retrouve leur relation de couple antérieur aux enfants	2	0	2	*
Voit leur femme plus comme une mère	2	0	2	*

Tableau 7 : Changements constatés par les pères au sujet de leur relation avec leur compagne

\* Test impossible (effectif trop faible)

Changements	Effectif total	Effectif primipères	Effectif multipères	p
Totaux	77	44	33	0,11
Moins de rapports ou arrêt	72	41	31	0,14
• Crainte des conséquences sur l'enfant	23	14	9	0,27
• Problème d'intimité en présence du bébé à venir	20	12	8	0,35
• Evolution physique de la femme moins propice aux rapports	21	13	8	0,25
• Ne sait pas	2	0	2	*
• Traumatisme de l'AMP	1	0	1	*
• Projections importantes dans son rôle de père à venir	1	1	0	*
• Religion	1	1	0	*
• Raisons maternelles : moins de libido ou douleurs	19	9	10	0,81
Plus de rapports	5	3	2	*

Tableau 8 : Changements constatés par les pères au sujet de leur sexualité durant la grossesse

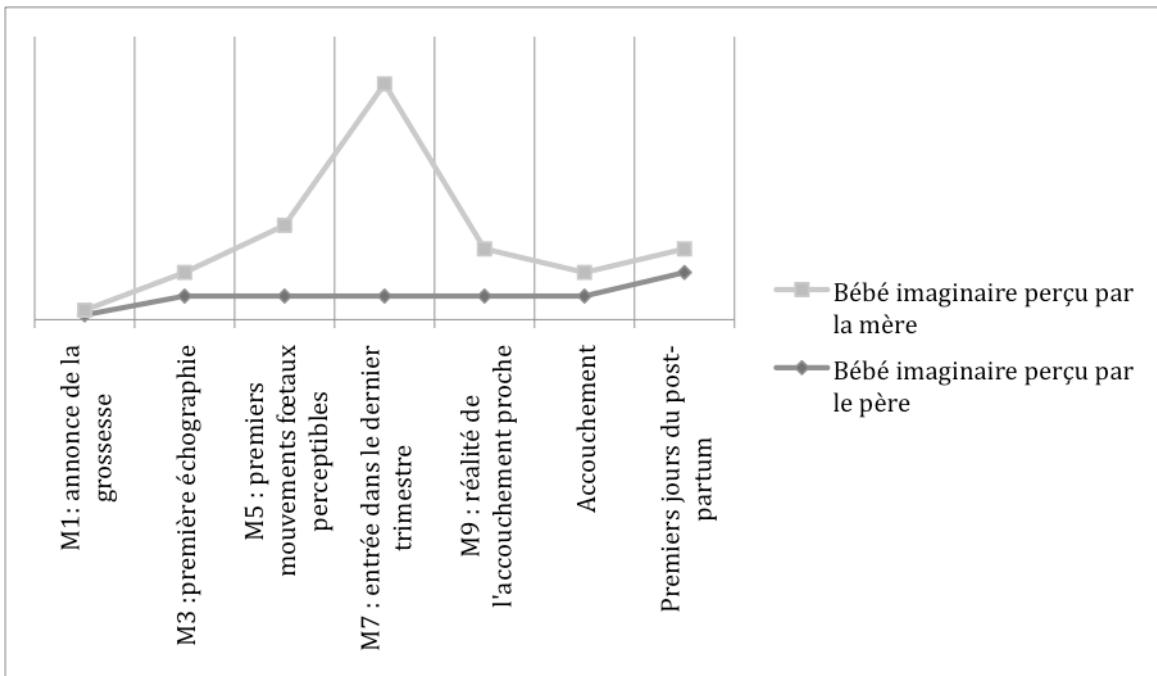
\* Test impossible (effectif trop faible)

Changements	Effectif total	Effectif primipères	Effectif multipères	p
Totaux	70	28	42	0,038
Identifications au père	15	8	7	0,79
Compréhension/respect	21	2	19	<0,001†
Changement de statut/ régression du père/prise de la place du père	8	4	4	*
Demande avis, conseils	4	2	2	*
Distance voire rejet du père	7	5	2	*
Réparation/éducation différente de celle du père	9	2	7	*
Demande pardon	2	2	0	*
Plus proche	3	3	0	*
A une dette envers ses parents	1	0	1	*

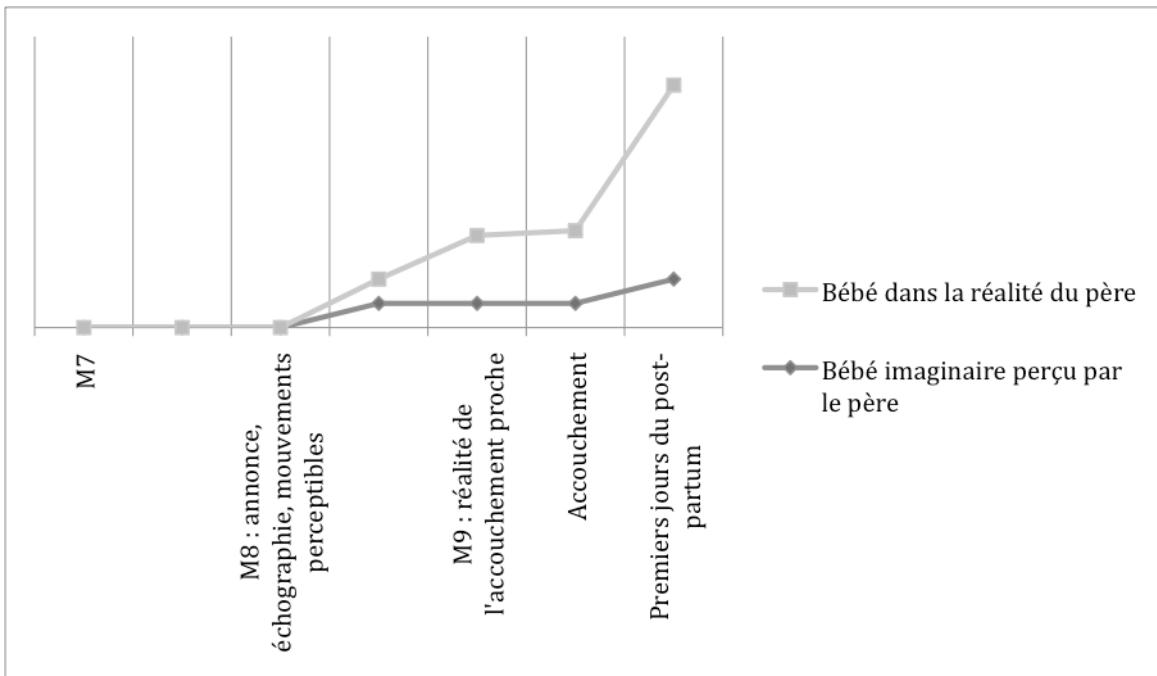
Tableau 9 : Changements constatés par les pères au sujet de leur relation avec leurs parents

\* Test impossible (effectif trop faible)

† Avec correction de Yates



*Graphique 1 : Représentations parentales moyennes pendant une grossesse classique*



*Graphique 2 : Représentations paternelles lors du déni partiel de grossesse découvert à 34 semaines d'aménorrhée*

# Table des matières

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>9</b>
<b>1. DU PERE MYTHOLOGIQUE AU PERE D'AUJOURD'HUI EN EUROPE</b>	<b>9</b>
1. DE LA MYTHOLOGIE GRECQUE A L'EMPIRE ROMAIN	9
2. L'INFLUENCE DE L'EGLISE	10
3. D'UNE SOCIETE MODERNE A UNE SOCIETE ULTRA-MODERNE	11
<b>2. ETAT DES LIEUX DE LA DEPRESSION POSTNATALE</b>	<b>12</b>
1. LA DEPRESSION POSTNATALE MATERNELLE	12
2. CORRELATION ENTRE DYSTHYMIE MATERNELLE ET PATERNELLE	14
<b>3. ETAT DES LIEUX DE LA DEPRESSION CHEZ L'HOMME</b>	<b>14</b>
1. LES SPECIFICITES DE LA DEPRESSION CHEZ L'HOMME	14
2. LE ROLE DU PERE DANS LA PSYCHANALYSE	15
3. VERS LE CONCEPT DE DEPRESSION POSTNATALE PATERNELLE	16
<b>4. DES SPECIFITES PATERNELLES EN PERINATALITE AU NOUMENE DE « CRISE PATERNELLE »</b>	<b>16</b>
<b>5. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>17</b>
<b><u>MATERIELS ET METHODE</u></b>	<b>18</b>
<b>1. POPULATION</b>	<b>18</b>
<b>2. LE DIAGRAMME DE DEPRESSION HARD</b>	<b>18</b>
<b>3. LE CHOIX DU LIEU DE L'INTERVENTION</b>	<b>19</b>
<b>4. INTERVENTION</b>	<b>19</b>
<b>5. CRITERES DE JUGEMENT</b>	<b>19</b>
<b><u>RESULTATS</u></b>	<b>20</b>
<b>1. LA REACTION DES SUJETS ET DE L'EQUIPE DE LA MATERNITE</b>	<b>20</b>
<b>2. LES CARACTERISTIQUES SOCIALES ET MEDICALES</b>	<b>20</b>
<b>3. LE DIAGRAMME HARD</b>	<b>21</b>
<b>4. ETUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE</b>	<b>21</b>
1. LES REPRESENTATIONS PATERNELLES ET LE DESIR D'ENFANT	21
2. LE SYNDROME DE COUVADE	22
3. L'INVESTISSEMENT DE LA GROSSESSE	22
4. LE PERE EN DEVENIR DANS LE COUPLE ET SEXUALITE	23
5. LE PERE ET SES PARENTS	24
	50

<b>5. L'ANALYSE EN SOUS-GROUPE</b>	<b>24</b>
1. LE DIAGRAMME HARD	24
2. PSYCHOPATHOLOGIE	24
<b><u>DISCUSSION</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b>1. LES TROUBLES ET DIFFICULTES PSYCHIQUES REVELES PAR LE DIAGRAMME HARD</b>	<b>25</b>
<b>2. PSYCHOPATHOLOGIE</b>	<b>26</b>
1. LE DESIR PATERNEL D'ENFANT	26
2. L'INVESTISSEMENT DE LA GROSSESSE	28
3. LA PLACE DU PERE EN DEVENIR DANS LE COUPLE	30
4. LE PERE ET SON PERE	32
5. LA COUVADE : VOIE CORPORELLE ACCOMPAGNANT LA PATERNITE	33
6. LA CRISE DU PERE	34
<b>3. LES TROUBLES ET DIFFICULTES PSYCHIQUES REVELES PAR LA PSYCHOPATHOLOGIE</b>	<b>36</b>
<b>4. QUELQUES REFLEXIONS SUR L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PATERNITE</b>	<b>37</b>
<b>5. LES POINTS FORTS ET LES LIMITES DE L'ETUDE</b>	<b>38</b>
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b><u>39</u></b>
<b><u>REFERENCES</u></b>	<b><u>40</u></b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b><u>44</u></b>
<b><u>TABLEAUX, SCHEMA ET DIAGRAMMES</u></b>	<b><u>45</u></b>

**COMITE D'ETHIQUE**

\* \* \* \* \*

*Le Président  
Professeur Jacques Dubin*

Madame Elodie Del Valle  
105 rue Haute de Reculée  
49100 Angers

Angers, le 14 septembre 2012

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du **11 juillet 2012** votre projet enregistré au comité sous le numéro **2012/38** et intitulé : «**Dépistage et psychopathologie de la dépression postnatale paternelle.**»

De nombreuses études se sont intéressées à la dépression post-natale maternelle.

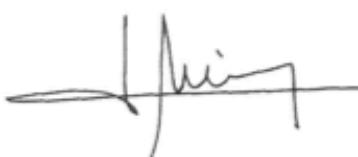
Depuis plusieurs années un certain nombre d'études se sont intéressées à la souffrance des pères en post-partum. L'hypothèse de ce travail repose sur un dépistage de la dépression post-natale paternelle à la maternité afin d'approcher au mieux la souffrance paternelle.

Le projet serait réalisé à la maternité du CH de Laval. Les pères déclarés rempliraient un questionnaire susceptible de mettre en évidence des signes évocateurs d'une dépression et un entretien spécialisé serait réalisé pour confirmer éventuellement ce diagnostic. A distance les pères seraient contactés pour refaire de nouveaux tests.

Le comité d'éthique émet un certain nombre de réserves sur la réalisation de ce travail tel qu'il est présenté. Il est vraisemblable qu'il y ait un refus très important des pères de répondre aux questionnaires. De plus il est très vraisemblable que si les pères refusent de remplir le questionnaire, ils ne seront pas très enclins à donner des éléments d'explications. Il est suggéré de revoir ce projet avec dans un premier temps une étude préliminaire.

**PS : Les modifications suggérées par le comité ont été prises en compte (étude préliminaire). Le comité émet un avis favorable.**

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Jacques Dubin

Maison de la Recherche Clinique  
CHU Angers – 49933 Angers Cedex 9  
Tél : 02 41 35 52 15 ou 02 41 35 79 22 Fax : 02 41 35 54 00  
Email : [jadubin@chu-angers.fr](mailto:jadubin@chu-angers.fr)

## **CONSENTEMENT**

### Entretien postnatal des pères

#### ***Pourquoi vous proposer cet entretien ?***

Pour beaucoup, la naissance est perçue comme un « heureux événement ». Chez certaines personnes, cette période peut être un moment si particulier de la vie qu'il peut bouleverser les parents. Dans la plupart des cas, ces bouleversements sont complètement normaux. Cependant, pour un certain nombre de personnes, cela peut nécessiter une aide qu'il est important de pouvoir mobiliser le plus tôt possible.

Ces phénomènes sont plutôt bien connus chez les mères. Malgré leur abord rendu difficile par la culpabilité de ne pas être dans le bonheur maternel attendu, l'organisation des soins autour de la grossesse puis du nouveau-né leur permet de rencontrer des professionnels et de parler en cas de besoin.

Chez les pères, les changements émotionnels que peuvent provoquer la naissance sont encore trop mal connus. En effet, il est souvent plus difficile d'impliquer les pères, probablement du fait qu'ils n'osent pas parler et que leur place soit peu voire pas définie en maternité. Pourtant, un entretien à la maternité durant cette période pourrait nous permettre de mieux connaître leurs besoins s'ils en ont et ainsi tenter de trouver une manière de soutenir ceux qui le souhaitent.

#### ***Quels sont les objectifs ?***

Cette étude a pour objectif de mieux connaître les particularités psychiques des jours suivants une naissance chez les pères afin de définir les besoins et donc des pistes d'amélioration de la place du père en périnatalité.

#### ***Qu'est-ce que cela implique pour vous ?***

Ceci implique que vous ayez un entretien médical à la maternité pendant le séjour de la mère et de l'enfant.

La signature de ce document signifie que vous consentez à participer à l'étude comme décrit ci-dessus. Vous autorisez également l'utilisation anonyme et gratuite des données pour une étude. Ce consentement est libre et révocable à tout moment.

A Laval, le \_\_\_\_\_,  
Signature

## **ENTRETIEN POSTNATAL**

Consentement signé □

Coordonnées du père en cas de révocation :

3 premières lettres du NOM

## Prénom

Age

*Nombre d'enfant(s) à charge du père précédent l'accouchement :*

### *Antécédents chez le père*

*Grossesse : Problèmes obstétricaux : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?*

*Evénements de vie durant la grossesse : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?*

Déroulement de l'accouchement – césarienne : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?

*Score HARD total :*                    *H :*    *A :*    *R :*    *D :*

### ***Eléments adjuvants à l'investissement de la grossesse :***

**Signes de couvade : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?**

### ***Modifications du mode de vie : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?***

## *Sémiologie en post-natal immédiat*

## ***Conception du rôle de père motivant le désir d'enfant***

### *Toujours en couple avec la mère ? OUI/NON*

#### ***Changements constatés dans le couple parental : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?***

### ***Changements constatés dans la sexualité : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?***

*Changements constatés dans la relation avec les parents du père : OUI/NON : si oui, le(s)quel(s) ?*

*Mère* *Père*

## Diagramme de dépression H.A.R.D

### **HUMEUR**

#### **Tristesse**

- 0- Absente
- 2- Parait découragé, demande à être soutenu
- 4- Pessimisme exprimé spontanément ou l'interrogatoire. Tristesse apparente (par la mimique, l'attitude, la voix, la tendance à pleurer)
- 6- Sentiment prégnant de désespoir exprimé verbalement et/ou par l'attitude

#### **Désintérêt**

- 0- Intérêt habituel pour le monde et autrui
- 2- Moindre goût pour ses plaisirs habituels
- 4- Perte de sollicitude pour les proches, absence d'intérêt pour le monde environnant
- 6- Repli sur sa préoccupation pessimiste. Inertie douloureuse des émotions. "Plus rien ne me touche"

#### **Appétit**

- 0- Normal
- 2- Légèrement réduit
- 4- Trouve la nourriture sans goût, se force pour manger
- 6- Ne mange que si on l'y invite

### **ANXIETE**

#### **Anxiété psychique**

- 0- Calme
- 2- Inquiétude. Tension passagère inhabituelle
- 4- Sentiment permanent de tension intérieure, attente douloureuse.
- 6- Crises d'anxiété intermittentes Anxiété majeure, durable. Désarroi

#### **Anxiété somatique**

- 0- Absente
- 2- Discrète : préoccupations corporelles fréquentes, dyspepsie, algies diverses
- 4- Moyenne : troubles vasomoteurs, extrémités glacées, bouffées de chaleur, impression de serrement, suffocation, céphalées, nausées, troubles du transit, palpitations, impulsions bouslimiques
- 6- Angoisse importante : ces troubles deviennent permanents et incapacitants

#### **Insomnie**

- 0- Sommeil normal
- 2- Insomnie d'endormissement
- 4- Réveils fréquents. Sommeil réduit (interrompu au moins 2 heures), agité, troublé de cauchemars, non réparateur
- 6- Moins de 3 heures de sommeil par 24 heures. Insomnie régulière du petit matin (sans pouvoir se rendormir)

## **RALENTISSEMENT**

### **Lassitude**

- 0- Absente
- 2- Difficulté à entreprendre les activités (professionnelles, scolaires, domestiques). Prédominance matinale de l'asthénie
- 4- Sentiment pénible d'effort pour mener à bien les activités quotidiennes. Impression intermittente d'être "vidé"
- 6- Lassitude extrême. Epuisement permanent, incapacité à agir sans aide

### **Concentration**

- 0- Pas de difficulté
- 2- Concentration et mémoire requièrent un effort inhabituel
- 4- Signale une baisse de ses capacités intellectuelles (attention, mémoire) éprouvée à la lecture, la conversation, le calcul, la télévision
- 6- Troubles gênants l'entretien. Difficultés de compréhension et de mémorisation des informations banales

### **Attitude**

- 0- Pas de ralentissement apparent
- 2- Mimique, langage ou marche légèrement ralenti
- 4- Mimique, langage ou marche manifestement ralenti
- 6- Ralentissement qui gêne l'entretien

## **DANGER**

### **Dévalorisation**

- 0- Aucune
- 2- Sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi si on l'interroge
- 4- Propos inquiétants de dévalorisation : "Je ne vaux rien, je suis inférieur"
- 6- Idée délirante d'auto-dépréciation : "Je suis un détritus"

### **Idées suicidaires**

- 0- Aucune
- 2- S'interroge sur la nécessité de vivre
- 4- "Idées noires". Le suicide est évoqué comme une solution si le traitement n'apportait pas d'amélioration
- 6- Intentions suicidaires manifestes. Tentative de suicide récente

### **Idées délirantes**

- 0- Aucune
- 2- Déformation de la réalité : "voit tout en noir"
- 4- Vision altérée du monde dominée par le soupçon, le drame, l'absence de recours
- 6- Auto-accusation franche. Idées délirantes d'indignité, d'incurabilité, d'hypochondrie, de ruine, de persécution. Hallucinations menaçantes

*Humeur Anxiété Ralentissement Danger RUFIN et FERRERI, 1984*

## **Approche psychopathologique des pères pendant la grossesse et en post-partum immédiat A propos de 100 père rencontrés en maternité**

### **RESUME**

La littérature scientifique retrouve une importante prévalence de troubles anxieux ou thymique chez le père en périnatalité. Les objectifs de cette étude sont de connaître les spécificités psychopathologiques durant la grossesse et des jours suivants un accouchement chez les pères afin de définir les besoins et donc des pistes d'amélioration de la place du père en périnatalité. Cette étude est descriptive, prospective, non interventionnelle et monocentrique à la maternité du CH Laval. Les critères d'exclusion étaient l'âge du père inférieur à 18 ans, le décès de l'enfant, la prématurité et les situations sociales signalées. A la maternité, les pères ont été recrutés après signature d'un consentement écrit, libre, éclairé et révocable. La procédure a consisté à un entretien au cours duquel il est établie une passation du diagramme HARD (Humeur, Anxiété, Ralentissement, Danger) et la collecte de données médico-sociales et psychopathologique concernant la période de la grossesse et du post-partum immédiat. Le protocole a été validé par le comité d'éthique du CHU d'Angers. On retrouve une prévalence minimale de 2 cas atteints d'une dépression, 5 ont un score négatif mais une clinique préoccupante et 12 présentent une fragilité psychique. L'étude de la psychopathologie met en avant une fragilisation du père durant cette période en raison du passage entre le statut d'homme à celui de père. Cette transition est une véritable crise qui bouleverse la relation conjugale, la relation au père et la conception du rôle de père. L'abord du père en périnatalité et la sensibilisation des professionnels permettraient un accompagnement des plus fragiles.

### **MOTS-CLES**

Psychopathologie	Périnatalité
Dépression	Post-partum
Paternelle	Couvade
Crise	Grossesse