

Année 2021/2022

N°

## Thèse

Pour le  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**

Diplôme d'État  
Par

**Clotilde SALAÛN-PENQUER-DARDAINE**

Née le 1<sup>er</sup> Mai 1994 à Vienne (38)

---

---

### ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ DES PÈRES DANS LE POST-PARTUM IMMÉDIAT

---

---

Présentée et soutenue publiquement le **Mardi 29 Mars 2022** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Wissam EL-HAGE, Psychiatrie Adulte, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie Adulte, Faculté de Médecine - Tours  
Docteur Clémence COUTURIER, Psychiatrie Enfant et Adolescent, PH, CHIC - Amboise

Directrice de thèse :

Docteur Laurence JOLY, Psychiatrie Adulte, PH, CHR - Orléans



# RÉSUMÉ

## ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ DES PÈRES DANS LE POST-PARTUM IMMÉDIAT

### **Introduction**

Les pathologies psychiatriques maternelles du post-partum sont connues. Chez les pères, ces pathologies sont plus obscures. 25% d'entre eux développent un épisode dépressif dans l'année qui suit une naissance. Dans la période périnatale, 10% sont touchés par un trouble anxieux. Il existe peu de données sur la réaction aiguë à un facteur de stress chez les pères dans le post-partum immédiat.

### **Matériel et méthode**

L'objectif principal de notre étude était l'évaluation de l'état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat à l'aide de l'échelle STAI-Y-A. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation d'une relation entre l'état anxieux et le trait anxieux des pères avec la STAI-Y-B, les données biographiques, les antécédents psychiatriques, les données sur la grossesse et l'accouchement et le vécu subjectif des pères. Pour cela, nous avons distribué un auto-questionnaire aux pères après l'accouchement. Les questionnaires étaient récupérés à la fin du séjour à la maternité.

### **Résultats**

Nous avons retrouvé 22,1% de pères ayant un état anxieux et 32% ayant un trait anxieux. Après analyse multivariée, les facteurs retenus comme liés à un état anxieux sont : le trait anxieux présent, les complications chez le nouveau-né, l'inquiétude face à la délivrance et au séjour à la maternité, l'inquiétude de trouver sa place de père, l'alimentation du nouveau-né et le changement de rythme. Avoir assisté à l'accouchement et le soutien matériel étaient protecteurs.

### **Discussion**

L'anxiété chez les pères dans le post-partum immédiat n'est pas à négliger. De plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer les liens de cause à effet et de proposer un accompagnement adapté.

### **Mots-clefs**

Père, état anxieux, stress, naissance, accouchement, post-partum immédiat.

# ABSTRACT

## ASSESSMENT OF FATHERS' ANXIETY IN THE IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD

### **Introduction**

Postpartum maternal psychiatric pathologies are well known. In fathers, these pathologies are more obscure. 25% of them develop a depressive episode in the year following a birth. In the perinatal period, 10% are affected by an anxiety disorder. There is little data on acute reaction to a stress factor in fathers in the immediate postpartum period.

### **Material and method**

The main objective of our study was the evaluation of the anxious state in fathers in the immediate postpartum period using the STAI-Y-A scale. The secondary objectives were the evaluation of a relationship between the anxious state and the anxious trait of the fathers with the STAI-Y-B, the biographical data, the psychiatric antecedents, the data on the pregnancy and the childbirth and the subjective experience of the fathers. With this aim in mind, we distributed a self-questionnaire to fathers after childbirth. The questionnaires were collected at the end of the hospital maternity stay.

### **Results**

We found 22.1% of fathers with an anxious state and 32% with an anxious trait. After multivariate analysis, the factors considered to be linked to an anxious state are : the anxious trait present, complications in the newborn, worry about delivery and the stay in the maternity ward, worry about identifying one's self as father, newborn feeding and change of rhythm. Attending the birth and material support were protective factors.

### **Discussion**

Anxiety in fathers in the immediate postpartum period is not to be overlooked. Further research is needed to determine the causes and effects and to offer appropriate support.

### **Keywords**

Father, anxious state, stress, birth, childbirth, immediate postpartum period.

# CENTRE D'ÉTUDE

**Maternité du Centre Hospitalier Régional d'Orléans**

Pôle Femme-Enfant  
14 avenue de l'Hôpital  
CS86709 - 45067 ORLEANS CEDEX 2



UNIVERSITÉ DE TOURS  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr Henri MARRET

**ASSESEURS**

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966

*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

**PROFESSEURS HONORAIRES**

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

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

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

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

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## PROFESSEURS ASSOCIÉS

---

MALLET Donatien..... Soins palliatifs  
POTIER Alain .....

Médecine Générale  
ROBERT Jean..... Médecine Générale

## PROFESSEUR CERTIFIÉ DU 2<sup>ND</sup> DEGRÉ

---

MC CARTHY Catherine .....

Anglais

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra .....	Médecine interne
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BINET Aurélien .....	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud .....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo .....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas .....	Cardiologie
DENIS Frédéric .....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine .....	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLOU-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine .....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl .....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

---

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

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

---

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle .....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

## CHARGÉS D'ENSEIGNEMENT

---

### *Pour l'École d'Orthophonie*

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

### *Pour l'École d'Orthoptie*

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

### *Pour l'Éthique Médicale*

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

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons,  
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira les secrets qui me seront confiés  
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs  
ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants l'instruction  
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couverte d'opprobre  
et méprisée de mes confrères  
si j'y manque.

# REMERCIEMENTS

## **À Monsieur le Professeur Wissam EL-HAGE**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

Merci pour votre engagement pédagogique, votre encadrement, votre accessibilité et votre disponibilité.

Merci également pour vos conseils qui ont permis à cette thèse de voir le jour.

## **À Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci pour votre encadrement, votre réactivité, votre implication auprès des internes et tout particulièrement pour votre écoute de nos difficultés et de nos besoins.

## **À Madame le Docteur Clémence COUTURIER**

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans ce jury.

Merci pour votre curiosité et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

## **À Madame le Docteur Laurence JOLY**

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse.

Merci pour votre encadrement, votre pédagogie, votre écoute, votre bienveillance, votre disponibilité, votre patience, votre simplicité, votre attention au bien-être des internes, votre soutien...

Merci de m'avoir permis de donner vie à ce projet de thèse et de m'aider à le voir aboutir.

# MERCI

Au Docteur Antoine VALERY, pour votre aide dans les statistiques, vos explications, votre temps et votre disponibilité.

Au Docteur Fabien HERMELIN, pour votre écoute, vos conseils et votre soutien.

Aux cadres, aux sage-femmes, aux auxiliaires de puériculture et aux aides-soignants de la maternité du CHR d'Orléans, pour votre engagement et votre aide qui ont permis à cette thèse d'exister.

Aux documentalistes du CHR d'Orléans, pour vos recherches et votre aide.

À tous les pères qui ont accepté de participer à mon étude.

Bravo à toutes les mères qui ont accouché sur cette période.

À tous les médecins que j'ai croisé sur ma route. Ils m'ont chacun montré à leur manière mes forces et mes faiblesses. Grâce à eux, j'ai une vision plus définie de ce que je souhaite devenir et de ce que je ne souhaite pas reproduire.

Aux équipes soignantes et aux secrétaires avec qui j'ai pu travailler. Vous m'avez accompagnée, soutenue, rassurée, fait confiance et, surtout, on s'est bien marré !

Aux internes que j'ai rencontré durant mon externat et mon internat. Merci notamment à Claire, Aline, Hélène, Alix, Marion, Sarah, Christopher, Juliette, Sara, Emmeline, Méliandre, Charlotte et Aude.

# MERCI

À mon fils, Louis. Grâce à toi j'ai découvert les joies de la maternité et parfois aussi les peines... ! Sans toi, l'idée de cette thèse n'aurait jamais germé. Je te remercie pour tous ces moments si précieux que tu nous as donnés de vivre et pour toutes les aventures que nous allons découvrir ensemble. Merci pour ta joie, ton amour, ta confiance sans limite, ton rire.

Je t'aime.

À mon mari, Paul. Tu m'accompagnes depuis maintenant presque 6 ans. Grâce à toi, je vis de vrais moments de bonheur. Ton énergie, ton temps, tes compétences m'ont permis de faire de bien belles choses pour cette thèse. Merci d'avoir été mon cobaye pour ce travail. Merci pour ta patience infinie, ta confiance, ta tendresse, tes lubies, tes attentions, tes mots.

Je t'aime.

À mes parents, Henry et Agnès. Merci pour votre amour, votre foi, votre sécurité, votre stabilité, votre éducation, vos valeurs, votre soutien, votre confiance dans mes choix.

À mes frères, Damien, Clément, Thibault, Éric, Thomas. Merci pour votre amour, votre soutien. Merci pour tout ce que vous êtes et pour toutes les choses que vous avez accomplies qui m'ont fait grandir. Damien, tu resteras toujours dans mes pensées et mes prières. Veille sur nous.

À mes belles-sœurs, Anaïs, Amandine, Amélie. Merci pour les échanges que nous avons, pour les connaissances partagées de la maternité.

À mes neveux et nièces, Raphaël, Théophile, Gabin, Capucine et ma filleule Ombeline. Continuez à bien grandir !

À ma belle-famille. Je suis heureuse de vous connaître et de partager de beaux moments à vos côtés.

À mes grands-parents, pour tout ce que vous nous avez donné. Veillez sur nous.

À ma cousine Marie. Merci pour ton soutien sans faille.

À mon cousin Emmanuel. Garde courage, t'as fait le plus dur gars !

À tous mes cousins et cousines, oncles et tantes. La distance géographique nous éloigne mais nous parvenons à garder la proximité des cœurs. Je vous remercie pour cela.

À mon filleul, Amaury. Tu peux tout accomplir.

# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	3
ABSTRACT .....	4
CENTRE D'ÉTUDE .....	5
LISTE DES ENSEIGNANTS .....	6
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	11
REMERCIEMENTS.....	12
TABLE DES MATIÈRES.....	15
ABRÉVIATIONS .....	17
INTRODUCTION .....	19
MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	24
Caractéristiques de l'étude.....	24
Caractéristiques du questionnaire.....	25
Modalités d'inclusion et d'exclusion.....	27
Schéma de l'étude .....	28
Déroulement de l'étude.....	29
Récupération des données.....	30
Synthèse des données.....	32
Analyse statistique.....	34
Liens d'intérêt .....	35
RÉSULTATS .....	36
Analyse descriptive.....	36
<i>Partie 1 : Biographie.....</i>	36
<i>Partie 2 : Santé psychique .....</i>	40
<i>Partie 3 : Accouchement et suite de naissance .....</i>	43
<i>Partie 4 : Échelle d'anxiété STAI-Y.....</i>	47
Données manquantes .....	49
Analyse statistique.....	50
<i>Analyse de l'âge.....</i>	50
<i>Analyse univariée.....</i>	51
<i>Analyses multivariées indépendantes .....</i>	54
<i>Analyse multivariée globale .....</i>	58
<i>Validation du modèle fusionné.....</i>	61

DISCUSSION .....	64
Interprétation des résultats .....	64
Limites et biais de l'étude .....	65
Forces de l'étude et perspectives.....	67
CONCLUSION .....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES .....	74
SIGNATURES DIRECTRICE DE THÈSE ET DOYEN .....	88
DÉPÔT DE SUJET DE THÈSE .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

# ABRÉVIATIONS

**AIC** = Akaike Information Criterion (Critère d'Information d'Akaike)

**AUC** = Area Under the Curve (Aire Sous la Courbe)

**BEP** = Brevet d'Études Professionnelles

**CAP** = Certificat d'Aptitude Professionnelle

**CHIC** = Centre Hospitalier Inter-Communal

**CHR** = Centre Hospitalier Régional

**CHRO** = Centre Hospitalier Régional d'Orléans

**CIM 10** = Classification Internationale des Maladies - Version 10

**CNIL** = Commission Nationale Informatique et Libertés

**CPP** = Comité de Protection des Personnes

**CSP** = Catégorie Socio-Professionnelle

**DEUG** = Diplôme d'Études Universitaires Générales

**DEUST** = Diplôme d'Études Universitaires Scientifiques et Techniques

**DUT** = Diplôme Universitaire de Technologie

**ESPT** = État de Stress Post-Traumatique

**GHQ-28** = General Health Questionnaire (Questionnaire de Santé Générale) - 28 items

**HADS** = Hospital Anxiety and Depression Scale (Échelle Hospitalière d'Anxiété et de Dépression)

**IC** = Intervalle de confiance

**K6** = Score de Kessler

**LFSS** = Loi de Financement de la Sécurité Sociale

**OMS** = Organisation Mondiale de la Santé

**OR** = Odds Ratio (Rapport des chances)

**PH** = Praticien Hospitalier

**ROC** = Receiver Operating Characteristic (Caractéristiques d'Efficacité du Récepteur)

**SA** = Semaines d'Aménorrhée

**STAI-X1** = State-Trait Anxiety Inventory (Inventaire d'Anxiété État-Trait) - Version X1

**STAI-Y** = State-Trait Anxiety Inventory (Inventaire d'Anxiété État-Trait) - Version Y

**VIF** = Variance Inflation Factor (Facteur d'Inflation de la Variance)

« Un des plus beaux jours de sa vie,  
et peut-être le plus beau de toute notre existence,  
est celui où la naissance d'un enfant ouvre notre âme  
à des émotions qu'elle ignorait encore hier. »

Joseph Droz

# INTRODUCTION

Pour beaucoup, la naissance d'un enfant est un évènement joyeux et positif dans une vie. Il s'agit de l'aboutissement d'une grossesse, désirée ou non, prévue ou imprévue. Il existe déjà des remaniements psychiques importants avant même l'enfantement du fait des projections qu'ont les parents sur cet enfant à venir, selon leurs histoires, leurs parcours ou encore leurs pathologies, notamment psychiatriques.

Ces remous internes ne peuvent que s'accroître lors de l'accouchement et des premiers jours de vie et de rencontre de leur enfant en raison, entre autres, du stress et de la fatigue que cela peut occasionner. Parfois, cela peut aller jusqu'à engendrer des décompensations de pathologies sous-jacentes ou à en créer de nouvelles.

Les maladies psychiatriques du post-partum chez la femme sont désormais bien connues.

Parmi ces pathologies, nous pouvons retrouver la dépression du post-partum dont la prévalence est de 2 à 6% pour les épisodes majeurs et de 6 à 10% pour les épisodes mineurs (1-3). Le pic d'incidence se situe à la 6<sup>ème</sup> semaine du post-partum (4).

Le blues du post-partum apparaît chez une femme sur deux, entre le 3<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> jour. La nature de cette manifestation « reste discutée entre trouble transitoire de l'adaptation, voire trouble de l'humeur, et réaction émotionnelle normale » (4).

Les femmes souffrant d'un trouble bipolaire ont un risque de 37% de faire une décompensation maniaque et 31% des femmes ayant déjà fait un épisode psychotique ou maniaque dans le post-partum risquent d'en présenter une récurrence (5).

La psychose puerpérale, urgence médico-légale devant le risque majeur de suicide (6) et d'infanticide (7), se manifeste dans l'année qui suit la naissance, tout particulièrement lors des 2 premières semaines, chez une à deux naissances sur 1000 (4).

Concernant les troubles anxieux, nous trouvons une prévalence de 10 à 16% de manière isolée et de 2 à 4% en association avec un état dépressif (8). Parmi ces troubles, nous pouvons retrouver notamment le trouble anxieux généralisé chez 6 à 8% des femmes parturientes. Une symptomatologie incomplète est perçue dans 20% des cas (9).

L'état de stress post-traumatique (ESPT) d'origine obstétricale est retenu dans 1 à 2% des cas. Il peut apparaître à la suite d'un état de stress aigu ou non (10,11). Un ESPT peut également se développer au cours de la grossesse, à la même fréquence que la population générale féminine : entre 4 et 7% (12).

Si nécessaire, ces femmes peuvent être hospitalisées en unité mère-bébé, ce qui rend possible une observation de leur état ainsi que la mise en place ou l'adaptation de traitements, si nécessaire, permettant leur rétablissement.

Nous voyons donc là que l'expérience psychiatrique des mères est bien connue et identifiée, ce qui permet des soins adaptés. Cependant, concernant les pères, ces données nous sont moins familières.

La place des pères au moment d'une naissance a pu évoluer au cours des siècles.

Tout d'abord, en Europe, jusqu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, la naissance traditionnelle avait lieu au domicile, la parturiente était entourée d'un environnement exclusivement féminin. La matrone, qui se transformera en sage-femme en 1760, constituait la référence de l'accouchement. Les hommes n'étaient impliqués qu'en cas d'accouchement difficile pour réaliser une éventuelle manœuvre de force (13).

Entre le XVII<sup>ème</sup> et le XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'homme commence à être plus facilement admis au chevet de la femme en travail, mais seulement sous les traits des accoucheurs, ancêtres des obstétriciens actuels.

Ainsi, avant le XX<sup>ème</sup> siècle, la présence du père auprès de la mère accouchant de son enfant n'était finalement que rarement acceptée (14).

La médicalisation de l'accouchement dans les années 1920-1930 déplace les naissances à l'hôpital et la place du père n'y est pas favorisée, voire elle lui est refusée, étant considéré comme une charge supplémentaire pour l'équipe soignante, pouvant s'évanouir ou entraver d'une manière ou d'une autre les soins de la femme (15).

Ce n'est que depuis les années 1970 que les pères ont été invités à prendre place auprès de la mère de leur enfant, ce qui a induit un changement de paradigme.

A l'heure actuelle, les pères, entourant ces femmes et ces naissances, sont donc plus investis dans cet événement. Ils ont un rôle de soutien, de support technique et émotionnel, d'accompagnement des mères au cours de l'accouchement. Ils participent également de plus en plus aux soins du nouveau-né (16). Il peut même être devenu acquis et faisant partie de la norme que les pères se doivent de jouer un rôle actif lors d'un accouchement, ce qui peut être ressenti comme une pression sociale, « alors que les pères peuvent vivre les choses autrement » (17).

En France, la présence du père est reconnue de plus en plus comme nécessaire auprès de la mère et de l'enfant. Cela se perçoit notamment par l'apparition en 2002 du congé paternité, de son allongement en Juin 2019, en cas de prématurité et d'hospitalisation de l'enfant à la naissance, passant de 11 à 41 jours (18) puis en Juillet 2021 de son allongement pour tous les pères, passant de 11 à 25 jours (19).

Le fait de s'investir de cette manière implique par définition d' « accorder beaucoup d'importance » à une activité, un objet, une personne (20). Cela ne peut se faire que par la mobilisation de l'appareil psychique, ce qui peut parfois être compliqué et être source de troubles.

Certaines pathologies psychiatriques du post-partum sont déjà connues chez les pères.

La dépression post-natale, par exemple, touche 10,1 à 28,6% des pères dans l'année qui suit la naissance (21). Plus précisément, les pères développeraient une dépression de manière plus fréquente que les mères mais apparaissant progressivement dans les mois qui suivent la naissance, à l'inverse de ces dernières pour lesquelles la dynamique est plutôt en faveur d'une décroissance au cours de l'année. Concrètement, nous retrouvons 7,7% de dépression du post-partum paternelle dans le premier trimestre suivant la naissance versus 25,6% au second trimestre (22). Par ailleurs, la moitié des pères ayant une dépression au cours de la grossesse peuvent être encore déprimés 8 semaines après l'accouchement (23).

L'un des facteurs de risque principaux de dépression du post-partum chez le père est la dépression maternelle, cela autant en prénatal qu'en post-natal. Nous retrouvons une incidence de 24 à 50% de dépression paternelle lorsque la mère est déprimée (22). Le risque est multiplié par 2,5 à 6 semaines de l'accouchement. Les scores de dépression et d'agressivité chez les pères seraient également plus élevés dans ce contexte (24).

D'autres éléments peuvent être associés à la dépression paternelle comme « le neuroticisme, l'abus de drogues et d'alcool et la dépendance » (25), le statut professionnel, le contexte de la grossesse si elle est inattendue, la perte d'un enfant lors d'une précédente grossesse et des difficultés propres à l'enfant ou dans l'interaction père-enfant (26-28).

Concernant les troubles anxieux, nous retrouvons un taux estimé à 10,69% d'anxiété durant la période prénatale et dans le post-partum, sans qu'il n'y ait de différence significative entre ces 2 temps (29). Cette prévalence est bien plus élevée que le taux habituel d'anxiété chez les hommes qui est de 2,2 à 3,8% d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(30). L'anxiété paternelle ne doit pas être négligée devant les pathologies psychiatriques qui lui sont associées dans la petite enfance (31,32). Les spécificités épidémiologiques de ce trouble sont cependant peu connues (29).

D'après une étude japonaise (33) utilisant le score de Kessler (K6) pour déterminer l'existence ou non d'une détresse psychologique, environ 11% des pères et des mères présentaient une détresse psychologique d'intensité modérée (15,9%) ou sévère (3,4%) dans la première année suivant une naissance. D'autres études ont pu montrer des prévalences différentes avec 16% de « trouble anxieux probable » en période prénatale (34) et 16,3% dans le premier semestre suivant une naissance, tout trouble anxieux confondu (35). Cependant ces chiffres varient d'une étude à l'autre. Nous pouvons ainsi retrouver des taux de troubles

anxieux de 4,1% en prénatal et 2,4% à 6 semaines dans le post-partum selon l'étude de Tohotoa (36).

Par ailleurs, si l'un des parents développait une détresse psychologique, qu'elle soit modérée ou sévère, le risque pour le partenaire de développer ce genre de trouble était multiplié par 4,84. Dans ce contexte, le risque de détresse sévère était 3,66 fois plus élevé comparé à la situation où l'autre parent était indemne d'angoisse (33). Nous percevons là l'intérêt d'identifier au mieux un état anxieux chez les pères pour prévenir une décompensation psychiatrique chez les mères.

Dans ce contexte et pour affiner nos connaissances sur les troubles anxieux chez les pères dans le péri-partum, nous pouvons nous interroger : comment les pères vivent-ils un accouchement ? L'accouchement peut-il induire une réaction aiguë chez les pères ?

La réaction aiguë à un facteur de stress (diagnostic F430 de la CIM 10) se définit comme un « trouble transitoire, survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental manifeste, à la suite d'un facteur de stress physique et psychique exceptionnel et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours. La survenue et la gravité d'une réaction aiguë à un facteur de stress sont influencées par des facteurs de vulnérabilité individuels et par la capacité du sujet à faire face à un traumatisme. La symptomatologie est typiquement mixte et variable et comporte initialement un état "d'hébétude" caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une impossibilité à intégrer des stimuli et une désorientation. Cet état peut être suivi d'un retrait croissant vis-à-vis de l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative), ou d'une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neuro-végétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes se manifestent habituellement dans les minutes suivant la survenue du stimulus ou de l'événement stressant et disparaissent en l'espace de deux à trois jours (souvent en quelques heures) » (37).

Il n'existe que peu de bibliographie concernant ce diagnostic chez les pères dans le post-partum immédiat.

En 2002, une étude norvégienne montrait, entre autres, un taux de 10% de détresse psychique et d'état anxieux chez 81 pères après la passation des échelles GHQ-28 et STAI-X1, dans les 4 jours suivant la naissance, puis à 6 semaines et enfin à 6 mois (38).

Une autre étude sur 66 pères a pu être réalisée en Belgique en 2021. Elle retrouvait notamment un taux d'anxiété de 36,4% suite à la passation de l'échelle HADS dans les 5 jours qui suivaient un accouchement (39). Ces études ont des résultats particulièrement discordants

avec des méthodes d'analyses distinctes. Elles ont été réalisées sur de faibles échantillons dans des conditions très différentes.

Mon expérience professionnelle dans le service de Psychiatrie de Liaison du Centre Hospitalier Régional d'Orléans, dans le secteur de la périnatalité, a pu me montrer l'expérience de pères rencontrant des difficultés d'ordre anxieux dans la période du post-partum.

Sur le plan plus personnel, mon expérience de la maternité et notamment de l'accouchement m'ont permis de constater la mobilisation psychique qui a pu en découler. Cela m'a questionnée sur le vécu de ce même évènement par le père de mon enfant.

C'est pour toutes ces raisons que j'ai été amenée à approfondir ce sujet au travers d'une étude d'évaluation de la prévalence de l'anxiété des pères dans le post-partum immédiat.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

## *Caractéristiques de l'étude*

---

---

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale, monocentrique, dans la maternité du Centre Hospitalier Régional d'Orléans qui est une maternité de niveau 3, c'est-à-dire qu'elle accueille les prématurés de moins de 33 semaines d'aménorrhée et qu'elle a un service de réanimation néo-natale. Cette maternité comptabilise environ 5000 accouchements par an.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence des états anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat en nous basant sur l'échelle d'évaluation de l'anxiété état ; la STAI (State-Trait Anxiety Inventory - Inventaire d'Anxiété État-Trait) de Spielberger, dans la forme Y-A, avec la version de 1983 (Annexe 1). Cette échelle est un auto-questionnaire qui s'intéresse au ressenti du moment présent. Elle est composée de 20 items auxquels les réponses sont « Non », « Plutôt non », « Plutôt oui » et « Oui ». Chaque item est évalué de 1 à 4 selon son intensité. La cotation peut être inversée selon la formulation des items. La note totale varie de 20 à 80. Un résultat inférieur à 35 correspond à un état anxieux très faible, entre 36 et 45, l'état anxieux est faible, entre 46 et 55, l'état anxieux est moyen, entre 56 et 65, l'état anxieux est élevé et au-delà de 65, l'état anxieux est très élevé.

Nous avons choisi cette échelle devant sa simplicité et sa rapidité de passation. De plus, la consistance interne de l'échelle STAI-Y État est excellente ( $\alpha = 0.95$ )(40) et la fidélité test-retest est acceptable (0,34 - 0,62)(41).

Les objectifs secondaires consistaient en l'évaluation d'une éventuelle relation entre l'état anxieux des pères et le trait anxieux, évalué par l'échelle d'évaluation de l'anxiété trait ; la STAI-Y-B, les données biographiques, les antécédents psychiatriques et les différents facteurs potentiellement anxiogènes en lien avec l'accouchement et les suites de la naissance.

La STAI-Y-B (Annexe 1) est, comme la STAI-Y-A, un auto-questionnaire composé de 20 items mais qui s'intéresse au ressenti en général. Les réponses sont « Presque jamais », « Parfois », « Souvent » et « Presque toujours ». Chaque item est évalué de 1 à 4 selon sa fréquence et la cotation peut également être inversée selon la formulation des items. La note totale et les niveaux d'anxiété sont identiques à la STAI-Y-A.

La consistance interne de l'échelle STAI-Y Trait est également excellente ( $\alpha = 0.93$ )(40) et la fidélité test-retest est satisfaisante (0,65 - 0,75) et meilleure que pour l'anxiété État (41).

Nous avons choisi de nous concentrer uniquement sur l'état anxieux et de ne pas évaluer l'état dépressif par une échelle mais simplement sur la déclaration des pères. Ce choix a été guidé par la volonté de ne pas complexifier les données et l'analyse statistique.

## *Caractéristiques du questionnaire*

---

---

Nous avons donc créé un auto-questionnaire (Annexe 2) de 10 pages, dont 2 pages de présentation, qui évalue différentes caractéristiques :

- Biographie
- Santé psychique
- Accouchement et suite de naissance
- Echelle d'anxiété STAI-Y.

Concernant la partie biographique, nous nous sommes intéressés à l'âge du père interrogé, son statut marital, sa profession, son niveau d'étude, son expérience avec différentes situations liées à une grossesse, le nombre d'accouchements auxquels il a pu assister et le nombre d'enfants qu'il avait.

Nous avons exploré la santé psychique au travers de 6 questions : l'existence d'un suivi psychologique et psychiatrique actuels ou antérieurs, l'existence d'un diagnostic d'une pathologie psychiatrique ou non, la prise ou non de traitements psychotropes, en ciblant les antidépresseurs, les anxiolytiques et les médicaments sédatifs, en demandant de les spécifier, la consommation quotidienne de toxiques, actuelle ou antérieure, et enfin l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique chez la mère de l'enfant, en la spécifiant si possible.

La section abordant l'accouchement et les suites de la naissance a été subdivisée en 2 sous-parties.

Dans un premier temps, nous avons traité les caractéristiques spécifiques de l'accouchement, à savoir : si le père avait pu y assister ou non, le sexe du bébé et la gémellité, le terme de la naissance, le type d'accouchement et l'existence ou non de complications chez la mère et/ou chez l'enfant.

Dans un second temps, nous interrogeons les pères sur leur vécu subjectif par 19 items avec une échelle visuelle smiley. Cette échelle se compose de 5 smileys, allant du rouge « Très inquiet » au vert foncé « Tout à fait détendu » en passant par des smileys orange, jaune et vert clair. La cotation a été établie de 1 à 5 points, du moins anxieux au plus anxieux (cf. Annexe 2). Les items concernaient entre autres et sans tous les citer, le vécu de l'accouchement pendant le travail, la naissance et la délivrance, la santé de la mère et de l'enfant, l'alimentation du nouveau-né, le soutien éventuel après le retour au domicile, le congé paternité etc...

Au vu de la situation sanitaire de l'époque (Covid-19), nous avons choisi d'inclure 2 items y faisant spécifiquement référence : le vécu de l'accouchement et du séjour à la maternité. Les pères avaient la liberté de développer ou non leur avis.

En effet, il existait des préconisations de l'hôpital concernant la possibilité ou non pour les pères d'assister au travail, les temps de visite des pères à la maternité, la possibilité ou non de visite des fratries, la vaccination anti-covid... Cependant, tout au long de la durée de l'étude, ces préconisations n'ont eu de cesse d'être modifiées soit pour un allègement, soit pour un durcissement des mesures.

Enfin, en dernière partie du questionnaire, nous demandions aux pères de compléter l'échelle d'évaluation de l'anxiété STAI-Y complète : la STAI-Y-A évaluant l'anxiété état et la STAI-Y-B évaluant l'anxiété trait. Nous avons respecté la présentation de la version validée de l'échelle.

Nous avons cherché à rendre les questions les plus accessibles possible en explicitant les termes médicaux complexes que nous avons conservés. Un effort a été fait pour conserver une neutralité dans la formulation des questions, notamment dans la partie smileys, traitant du vécu et du ressenti des pères.

Le questionnaire a pu être testé par une population restreinte d'hommes, en amont de la distribution afin de vérifier la compréhension des questions. Cela a permis par la suite une optimisation du questionnaire.

Les réponses étaient anonymes et nous avons fait en sorte qu'il soit impossible d'identifier les participants au travers du questionnaire, notamment en ne demandant pas la date du jour de remplissage ni la date de l'accouchement.

L'étude étant basée sur un auto-questionnaire anonyme, nous n'avons pas utilisé de données personnelles sensibles directement ou indirectement nominatives. De plus les participants ont pu se retirer de l'étude en ne restituant pas les questionnaires. Il n'a donc pas été nécessaire de faire appel à la validation de l'étude par un comité de protection des personnes (CPP), ni à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Il n'y avait également pas nécessité d'établir une lettre d'information pour les participants.

## *Modalités d'inclusion et d'exclusion*

---

---

Les enquêtes de type auto-questionnaire ont un taux de réponse variable, souvent faible, pouvant descendre jusqu'à 25 % (42). En prenant en compte ce pourcentage et souhaitant inclure au moins 100 patients, nous avons décidé de distribuer 400 questionnaires pour atteindre notre objectif.

Nous avons souhaité inclure uniquement des hommes, qu'ils soient le père de l'enfant ou le compagnon de la mère et qu'ils soient présents au moment de l'accouchement ou uniquement au cours du séjour à la maternité.

Les critères d'exclusion de l'étude étaient la naissance d'un enfant mort-né et les cas où le père ne parlait pas français ou était analphabète.

## *Schéma de l'étude*

---

---

Le mode opératoire de l'étude était le suivant :

- Chaque questionnaire, associé à une enveloppe identifiée pour l'étude, était remis au père par une sage-femme dans la salle d'accouchement, en même temps que la déclaration de naissance. La sage-femme était priée de l'informer brièvement du projet de l'étude.
- Si le père était absent lors de l'accouchement, le questionnaire était remis à la mère dans la salle d'accouchement ou au père à la maternité par une auxiliaire puéricultrice.
- Le père avait pour préconisation de remplir le questionnaire au cours du séjour à la maternité et de le mettre dans l'enveloppe associée.
- Le questionnaire était récupéré par une auxiliaire puéricultrice au moment de l'examen auditif du nouveau-né ou à la sortie par les membres du service de la maternité.
- Les questionnaires étaient centralisés dans une salle spécifique. Les secrétaires effectuaient une vérification systématique des dossiers médicaux afin de récupérer les éventuels questionnaires qui auraient pu y être rangés.
- Les questionnaires étaient alors récupérés par la thésarde.
- Chaque questionnaire était numéroté selon l'ordre de récupération.

## *Déroulement de l'étude*

---

---

L'étude a commencé le 1<sup>er</sup> Juillet 2021 et la distribution des questionnaires s'est achevée le 8 Août 2021. Les derniers questionnaires ont été récupérés le 11 Août 2021.

Au cours de cette période, la distribution et la récupération n'ont pas été immédiatement satisfaisantes. Il a donc été nécessaire de renforcer l'affichage de rappels au sein des services pour permettre une meilleure systématisation de la distribution et de la récupération des questionnaires.

Sur la période de distribution, l'hôpital a enregistré 531 accouchements à des termes entre 23 et 43 semaines d'aménorrhée.

Au total, 363 questionnaires ont été distribués sur les 400 prévus initialement. Trente-sept questionnaires n'ont pas pu être distribués en lien avec un facteur humain.

Sur les 363 questionnaires distribués, nous avons obtenus 236 réponses, ce qui nous fait un taux de réponse de 65 %.

## *Récupération des données*

---

---

En cas d'absence de réponse à certains items de la STAI-Y-A, les réponses manquantes ont été cotées au maximum (4 points) pour évaluer si, dans ces conditions, le niveau d'anxiété augmentait. Par exemple, si le score total avec 1 réponse manquante était de 33, le score avec la réponse manquante cotant au maximum aurait été de 37, ce qui induirait le passage d'une anxiété très légère à une anxiété légère. Dans ce cas de figure, le questionnaire était exclu. S'il n'y avait pas de modification du niveau d'anxiété après ce calcul, le questionnaire était conservé dans l'étude. Suite à l'application de cette règle, 5 questionnaires ont été exclus de l'étude.

Finalement, 231 questionnaires ont été analysés statistiquement.

La **Figure 1** représente le diagramme de flux de l'étude.

Lors de la récupération synthétique des données des questionnaires, plusieurs cas de figure se sont présentés.

Dans la partie smileys, certains pères pouvaient mettre une croix entre 2 smileys plutôt que de cocher un smiley. Nous avons choisi de compter la moyenne des 2 valeurs des smileys. Par exemple, lorsqu'une croix était mise entre le smiley vert clair et le smiley orange, donc entre 2 et 3 au niveau cotation, nous comptons 2,5.

Lorsqu'il n'y avait pas de réponse, nous cotions 0.

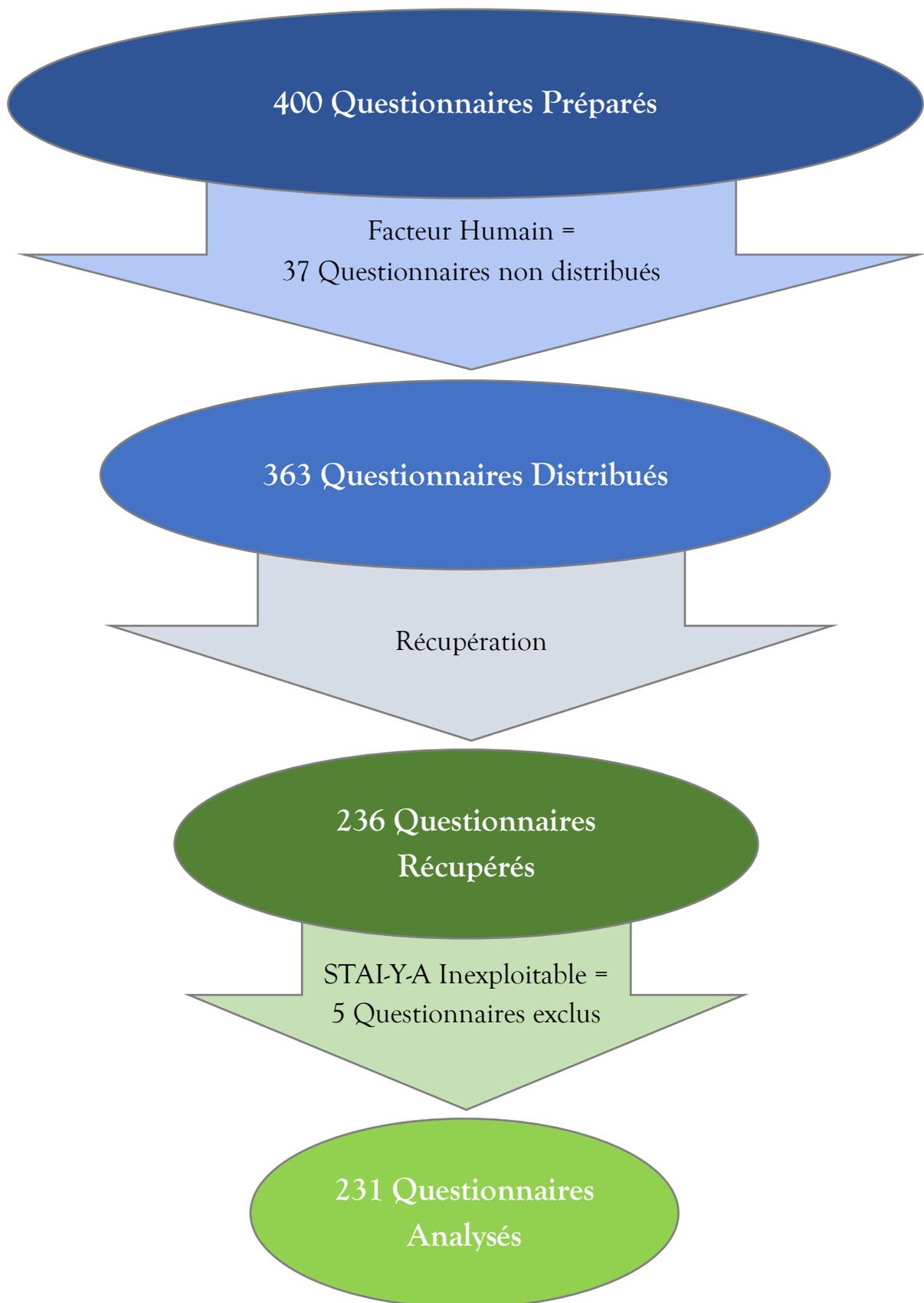
Dans la STAI-Y, certains participants avaient pu cocher 2 réponses sur un même item. Nous avons pris le parti de comptabiliser la réponse qui cotait le plus de points afin de ne pas « rater » un état ou un trait anxieux.

Lorsque la croix était à cheval entre 2 valeurs, nous avons comptabilisé la moyenne des 2 valeurs.

Face au style d'écriture ou devant certaines réponses ou annotations, nous avons pu avoir le doute que certains questionnaires puissent avoir été remplis par des femmes. Cela n'était cependant pas vérifiable.

Par ailleurs, il existe la possibilité que le questionnaire ait été rempli par la mère du nouveau-né mais de manière conjointe avec le père. Cela n'était également pas vérifiable.

Figure 1 - Diagramme de Flux



## *Synthèse des données*

---

---

Certaines données recueillies ont été recodées sous forme booléenne afin de regrouper des catégories de réponses et de donner un résultat binaire pour permettre l'analyse statistique.

Tout d'abord, concernant le critère de jugement principal, nous avons considéré qu'un état anxieux était présent lorsque la STAI-Y-A, anxiété état, avait un résultat supérieur ou égal à 36, ce qui correspond aux niveaux d'anxiété faible, moyen, élevé et très élevé. Le niveau d'anxiété très faible avec un résultat inférieur ou égal à 35 équivalait donc à l'absence d'état anxieux.

Nous avons effectué la même procédure pour la STAI-Y-B, anxiété trait.

Concernant la profession, nous avons tout d'abord déterminé la catégorie socio-professionnelle (CSP) (Annexe 3) à partir de la profession donnée par le participant puis nous les avons regroupées en 2 niveaux de qualifications :

- Qualifications hautes, regroupant les catégories 2 (artisans, commerçants et chefs d'entreprise), 3 (cadres et professions intellectuelles supérieures) et 4 (professions intermédiaires)
- Qualifications faibles, regroupant les catégories 5 (employés), 6 (ouvriers) et 8 (autres personnes sans activité professionnelle)

Il est à noter qu'il n'y a eu aucun participant retraité ou agriculteur, ce qui correspond respectivement aux catégories 7 et 1 des CSP.

Pour le niveau d'étude, nous avons regroupé les pères en 2 catégories ; ceux ayant un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat et ceux ayant un niveau d'étude strictement supérieur au baccalauréat.

Nous avons créé une catégorie regroupant les différents événements négatifs autour de la grossesse et de la naissance en indiquant de manière binaire si ces éléments existaient ou non chez chaque individu. Ces événements sont les fausses couches, les interruptions volontaires de grossesse, les interruptions de grossesse pour raison médicale, les enfants mort-nés et les enfants décédés dans les suites de la naissance.

Le nombre d'enfants a été conservé en l'état.

Les suivis psychologiques et psychiatriques antérieurs ont été regroupés en un seul item, présent ou absent.

Les différentes pathologies psychiatriques ont été regroupées entre elles pour ne former qu'un seul item, présent ou absent.

Concernant la consommation de toxiques, nous avons pu regrouper les données pour produire un item définissant l'existence ou non d'un contact avec un quelconque toxique de manière quotidienne, par le passé ou actuellement. Nous avons conservé les données spécifiques du tabac, de l'alcool et du cannabis de manière indépendante en identifiant s'il s'agissait d'une consommation antérieure ou actuelle.

Les caractéristiques de l'accouchement tel que le fait d'y avoir assisté, le sexe du bébé, la gemellité, le terme et le type d'accouchement ont été conservées en l'état.

Les complications de la mère suite à l'accouchement étant un item en question ouverte, elles ont été regroupées par gradation de la gravité : 0 étant l'absence de complication, 1 étant la nécessité de quelques points de suture suite à une déchirure ou une épisiotomie, 2 étant des complications de gravité intermédiaire et 3 étant les complications graves comme une prééclampsie, une hémorragie ou un cumul de plusieurs facteurs.

Les complications du nouveau-né ont été simplifiées en présentes ou absentes.

Pour la partie des smileys, les réponses ont également été recodées sous forme booléenne : les niveaux 1 et 2 (smileys vert foncé et vert clair) forment le groupe 1, plutôt détendu, et les niveaux 3, 4 et 5 (smileys jaunes, oranges et rouges) forment le groupe 2, plutôt stressé.

Certaines données étaient inexploitables pour plusieurs raisons :

Le nombre d'accompagnement de grossesse menées à terme n'a pas été pris en compte pour l'analyse statistique car la question du questionnaire semblait mal comprise par les répondants puisque certains avaient pu mettre 0 à cette question ce qui venait en contradiction avec le contexte de l'accouchement. Cette question était donc inexploitable.

La question sur une éventuelle inquiétude des pères à l'idée que le nouveau-né rencontre les autres enfants n'a pas pu être exploitée. En effet, si les pères n'avaient pas d'enfant, ils ne répondaient pas à cette question ou bien ils cochaient le smiley jaune qu'ils considéraient comme neutre. La fiabilité de la question sur le nombre d'enfant étant faible, nous ne pouvions pas interpréter la question aux smileys.

Les questions et/ou items pour lesquels moins de 10 pères avaient donné une réponse positive ont été retirés de l'analyse statistique puisque cela était non discriminant.

Les questions concernées sont les suivantes :

- Le suivi psychologique ou psychiatrique actuel
- La prise d'un traitement psychotrope
- La consommation d'autres toxiques différents de l'alcool, du tabac et du cannabis, de manière quotidienne, actuellement ou par le passé
- Les pathologies psychiatriques de la mère.

## *Analyse statistique*

---

---

Un premier tri parmi les données a pu être fait en analyse univariée par le test du Chi2 : les variables retenues étaient celles pour lesquelles nous retrouvions un lien significatif avec un état anxieux, de prime abord avec un risque  $p < 0,20$ . Nous avons toléré ce degré de significativité en analyse univariée, plutôt que  $p < 0,05$ , car ces variables étant possiblement des facteurs de confusion ou pouvant être influencées par d'autres, elles pouvaient se révéler significatives en analyse multivariée (43). Compte-tenu du nombre important de variables significatives à ce seuil, nous avons choisi de le réduire à 0,10.

Lorsque les effectifs théoriques d'une classe étaient inférieurs à 5, le Chi2 n'aurait pas été fiable. Nous avons alors réalisé un test de Fisher. Le cas s'est présenté pour le fait d'avoir assisté à l'accouchement ou non, le type d'accouchement, s'il s'agissait d'une césarienne en urgence ou non, le vécu du séjour à la maternité, le congé paternité, les pathologies psychiatriques antérieures du père et la consommation d'alcool par le passé.

Par la suite, 2 analyses multivariées ont été effectuées de manière indépendante à partir des variables qui avaient été retenues par l'analyse univariée initiale : une première sur les données objectives : la STAI-Y-B, les facteurs psychosociaux et les caractéristiques de l'accouchement, et une deuxième sur les données subjectives : la partie des smileys. Le seuil de significativité de l'analyse a été fixé à 5%.

Les données manquantes ont été imputées par régression logistique au préalable (package MICE, fonction MICE).

Le critère statistique retenu a été l'AIC. La sélection des variables explicatives a été conduite par la méthode pas à pas descendant. Les niveaux de risque que les facteurs retenus soient reliés à un état anxieux ont été exprimés en Odds Ratio avec leurs intervalles de confiance.

Par la suite nous avons fusionné les 2 modèles des facteurs objectifs et subjectifs, ce qui a permis de mettre en évidence les facteurs les plus à risque d'être en lien avec un état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat.

Nous avons finalement testé la validité du modèle fusionné en calculant le VIF (Facteur d'Inflation de la Variance) pour détecter d'éventuelles covariances entre les facteurs retenus. Puis nous avons testé la puissance explicative du modèle final avec une courbe ROC. Enfin, nous avons recherché l'existence ou non d'individus déviants ayant un effet levier ou non sur l'analyse en contrôlant les distances de Cook.

Les logiciels de statistique utilisés étaient R avec Rstudio et Excel 2013.

## *Liens d'intérêt*

---

---

Le Dr Laurence JOLY, directrice de thèse, le Dr Antoine VALERY, ayant mené les analyses statistiques et moi-même, Clotilde SALAÜN-PENQUER-DARDAINE, ne déclarons aucun lien ou conflit d'intérêt pouvant mettre en doute l'intégrité de cette étude.

# RÉSULTATS

## *Analyse descriptive*

---

---

Toutes les données exprimées en pourcentages ont également leur intervalle de confiance à 95%.  
Ce dernier est toujours exprimé en pourcentages.

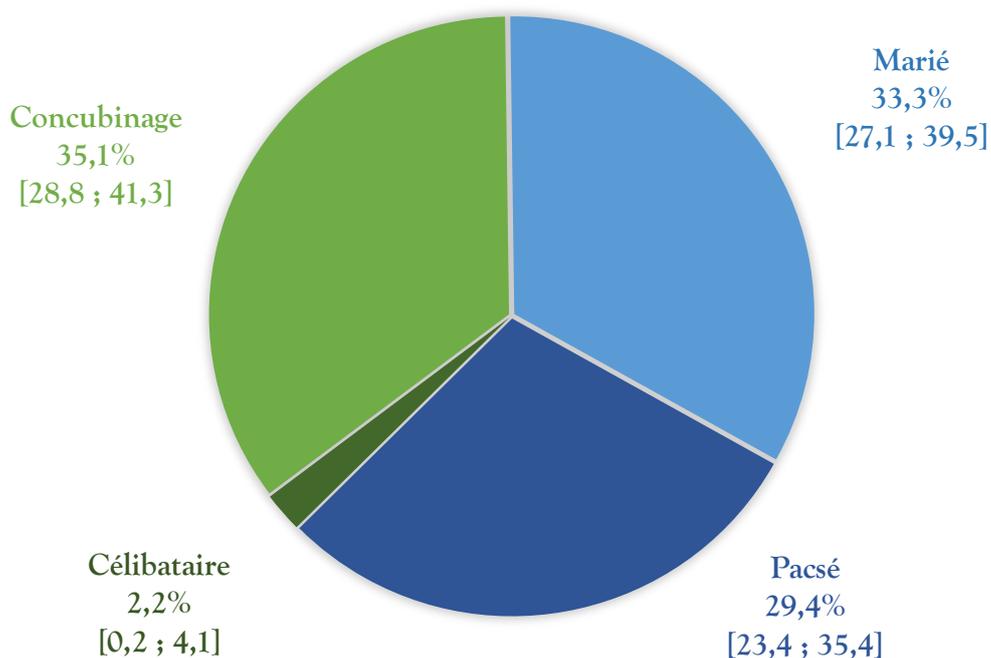
### PARTIE 1 : BIOGRAPHIE

L'âge moyen des participants était de 33,7 ans avec un écart-type de 5,6 ans. Le plus jeune père avait 23 ans au moment du remplissage du questionnaire. Le plus âgé avait 59 ans.

Nous retrouvons les proportions avec leurs intervalles de confiance des différentes situations maritales des participants sur la **Figure 2**.

Ils se répartissaient entre ces différentes catégories : 81 en concubinage, 77 mariés, 68 pacsés et 5 célibataires. Aucun des participants n'a coché la case « divorcé ».

**Figure 2 – Situation maritale**

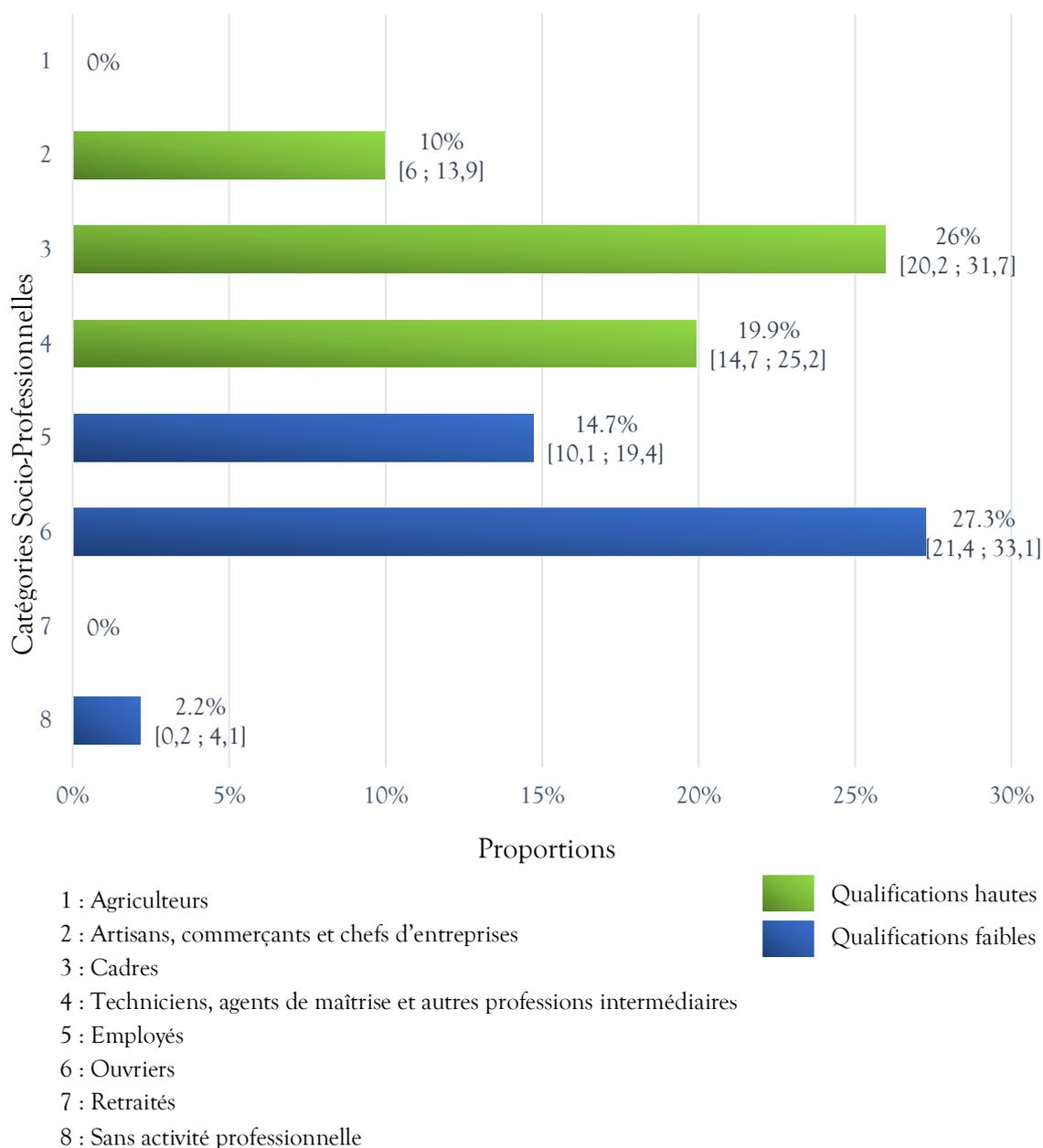


Pour les catégories socio-professionnelles, 23 étaient artisans, commerçants ou chefs d'entreprises, 60 avaient le niveau cadre, 46 travaillaient comme techniciens, agents de maîtrise ou dans d'autres professions intermédiaires, 34 étaient des employés, 63 étaient des ouvriers et 5 n'avaient pas d'emploi. Nous n'avons identifié aucun agriculteur ou retraité.

La **Figure 3** représente ces données en pourcentages avec leurs intervalles de confiance.

Les participants ayant un emploi de hautes qualifications constituent un groupe de 129 pères soit 55,8% avec un IC de [49,3 ; 62,4] et ceux ayant un emploi de faibles qualifications forment un autre groupe de 102 pères soit 44,2% avec un IC de [37,6 ; 50,7].

**Figure 3 – Catégories Socio-Professionnelles**



Concernant le niveau d'étude, 118 pères avaient un niveau inférieur ou égal au Baccalauréat soit 51,1% [44,5 ; 57,7] et 113 avaient un niveau d'étude strictement supérieur au Baccalauréat soit 48,9% [42,3 ; 55,5].

Ils se répartissaient entre :

- 10 pères soit 4,3% [1,7 ; 7] **sans diplôme**
- 8 pères soit 3,5% [1,1 ; 5,9] avec le niveau du **Brevet des Collèges**
- 48 pères soit 20,8% [15,4 ; 26,1] de niveau **CAP, BEP**
- 52 pères soit 22,5% [17 ; 28] ayant le **Baccalauréat** comme plus haut diplôme
  
- 49 pères soit 21,2% [15,8 ; 26,6] avaient un **DEUG**, un **BTS**, un **DUT** ou un **DEUST**
- 14 pères soit 6,1% [2,9 ; 9,2] détenaient une **licence** ou une **licence professionnelle**
- 8 pères soit 3,5% [1,1 ; 5,9] étaient allés jusqu'à la **maîtrise** ou au **master 1**
- 39 pères soit 16,9% [12 ; 21,8] avaient un **master** ou un **diplôme d'études approfondies, d'études supérieures** ou **d'ingénieur**
- 3 pères soit 1,3% [0 ; 2,8] étaient détenteurs d'un **doctorat** ou d'une **habilitation à diriger des recherches**.

La question sur le nombre d'accompagnements de grossesses menées à leur terme n'était pas exploitable du fait que la question semblait mal comprise. En effet, 24,2% [18,6 ; 29,9] des pères déclaraient n'avoir accompagné aucune grossesse à son terme ce qui semble peu réaliste. La moyenne est de 1,33, la médiane est de 1. L'écart-type est de 1,07. Le minimum est à 0 et le maximum à 4 et plus.

La valeur moyenne du nombre d'accouchements auxquels les pères ont assisté dans leur vie est de 1,57, la médiane est de 1. L'écart-type est de 1. La valeur minimale est de 0 et la maximale est de 4 et plus. Ces données sont à évaluer avec prudence car certains pères ont pu ne pas comptabiliser l'accouchement pour lequel ils ont été interrogés, ce qui donne une hétérogénéité du résultat et une fiabilité médiocre.

Pour le nombre d'enfants des pères, la moyenne est de 1,77 pour une médiane à 2. L'écart-type est de 0,9. La valeur minimale est de 0 et la maximale est de 4 et plus. La problématique de la fiabilité de ces données est la même que pour les accouchements auxquels ils ont assisté avec, en plus, l'incertitude que les pères comptent les enfants dont ils ont la charge ou uniquement les enfants dont ils sont le père biologique, ce qui peut donner des résultats très variés.

L'exposition antérieure des pères à des événements négatifs autour de la grossesse ou de la naissance est synthétisée dans le **Tableau 1**.

**Tableau 1 – Événements négatifs autour de la grossesse ou de la naissance**

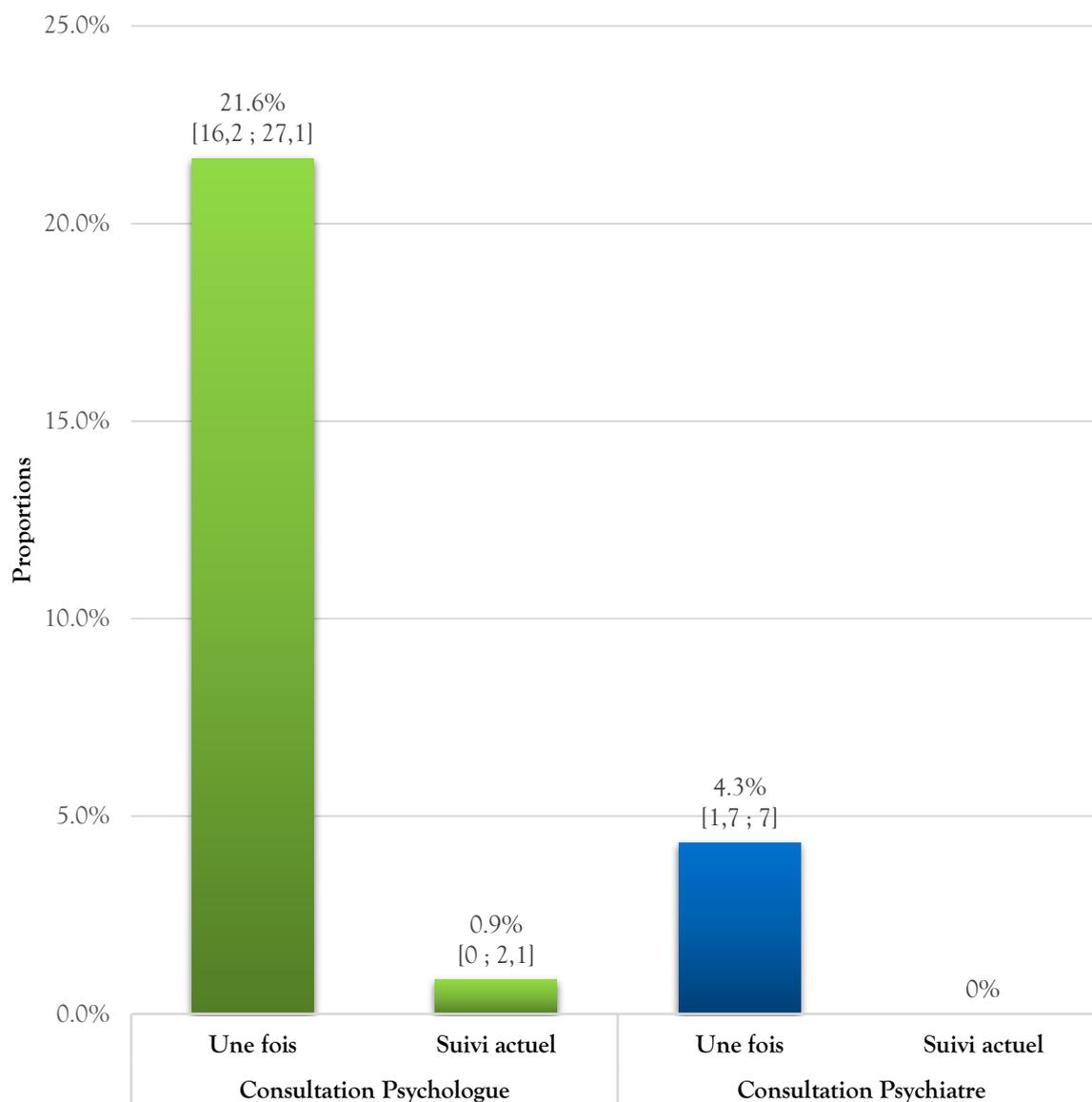
Types d'événement	Valeurs absolues	Proportions	Intervalle de confiance
Fausse couche spontanée	53	23,1 %	[17,6 ; 28,7]
Interruption Volontaire de Grossesse	23	10,1 %	[6,1 ; 14,1]
Interruption Médicale de Grossesse	9	3,9 %	[1,4 ; 6,5]
Enfant mort-né	9	3,9 %	[1,4 ; 6,5]
Décès dans les suites de la naissance	1	0,4 %	[0 ; 1,3]
Exposition à au moins l'un de ces événements	67	29,5 %	[23,5 ; 35,6]

## PARTIE 2 : SANTÉ PSYCHIQUE

Nous retrouvons l'existence de consultation ou non et d'un suivi actuel avec un psychologue ou un psychiatre dans la **Figure 5** avec leurs proportions et leurs intervalles de confiance. Il y avait 50 pères qui avaient déjà consulté un psychologue dont 2 étaient suivis au moment de la passation du questionnaire. Il y avait également 10 pères qui avaient déjà consulté un psychiatre. Aucun d'eux n'avaient de suivi en cours.

Au total, 54 pères, soit 23,4% [17,8 ; 28,9], avaient déjà consulté un psychologue et/ou un psychiatre dans leur vie.

**Figure 5 – Consultations avec un psychologue et un psychiatre**



Concernant les pathologies psychiatriques, 15 pères avaient rapporté avoir été diagnostiqués d'une ou plusieurs pathologies psychiatriques. Cela représente 6,5% des participants avec un intervalle de confiance de [3,3 ; 9,7].

Au total, 3 participants, soit 1,3% [0 ; 2,8], avaient un ou des troubles psychiatriques au moment de la passation du questionnaire et 12 participants, soit 5,2% [2,3 ; 8,1], avaient été diagnostiqués antérieurement d'une ou plusieurs pathologies psychiatriques.

Les pathologies en question sont :

- La dépression = 14 participants, soit 6,1% [2,9 ; 9,2]
  - *Actuelle* = 2 participants, soit 0,9% [0 ; 2,1]
  - *Par le passé* = 12 participants, soit 5,2% [2,3 ; 8,1]
  
- Le trouble anxieux généralisé = 3 participants, soit 1,3% [0 ; 2,8]
  - *Actuel* = 1 participant, soit 0,4% [0 ; 1,3]
  - *Par le passé* = 2 participants, soit 0,9% [0 ; 2,1]
  - *Il est à noter que ce trouble était systématiquement associé à une dépression sur la même temporalité.*
  
- Autre trouble = 1 participant, soit 0,4% [0 ; 1,3]. Ce trouble était actuel, il s'agissait d'un « trouble du sommeil ».

Aucun père n'a rapporté avoir été diagnostiqué des autres pathologies psychiatriques du questionnaires qui sont : le trouble bipolaire, le trouble panique, le trouble obsessionnel compulsif, les phobies, l'état de stress post-traumatique et le trouble psychotique.

Concernant les traitements psychotropes, seuls 3 pères ont rapporté prendre un traitement. Cela représente une proportion de 1,3% [0 ; 2,8]. Il s'agissait soit de l'ALPRAZOLAM (Xanax®), soit de l'OXAZEPAM (Seresta®), qui sont des anxiolytiques de demi-vie courte.

Pour les toxiques consommés de manière quotidienne, au moment de la passation du questionnaire ou par le passé, le **Tableau 2** synthétise les données que nous avons recueillies.

Lorsque nous nous sommes intéressés aux pathologies psychiatriques chez la mère de l'enfant, seuls 2 pères ont pu en rapporter, soit 0,9% [0 ; 2,1]. Il s'agissait de « dépression occasionnelle » et de « dépression ».

**Tableau 2 – Consommations quotidiennes de toxiques, actuelles et par le passé**

Types de toxiques	Période de consommation	Valeurs absolues	Proportions	Intervalle de confiance
Tabac	Actuelle	55	24,1 %	[18,5 ; 29,8]
	Par le passé	58	25,4 %	[19,7 ; 31,2]
Alcool	Actuelle	49	21,4 %	[16 ; 26,8]
	Par le passé	18	7,9 %	[4,3 ; 11,4]
Cannabis	Actuelle	2	0,9 %	[0 ; 2,1]
	Par le passé	40	17,3 %	[12,3 ; 22,3]
Autres	Actuelle	1	0,4 %	[0 ; 1,3]
	Par le passé	4	1,7 %	[0 ; 3,4]
Exposition vie entière à au moins 1 toxique		131	57,7 %	[51,2 ; 64,3]

## PARTIE 3 : ACCOUCHEMENT ET SUITE DE NAISSANCE

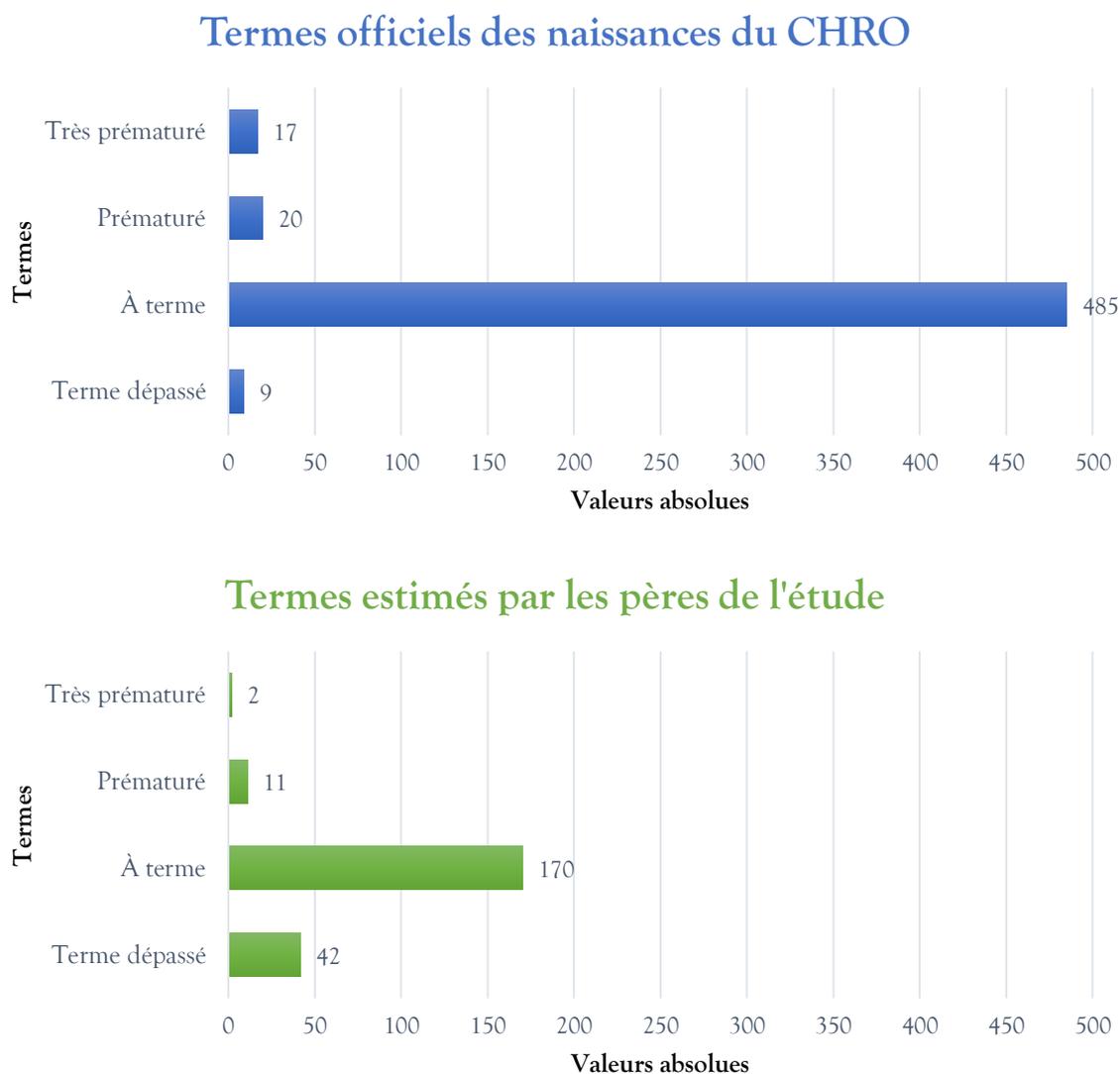
Concernant les caractéristiques de l'accouchement pour lequel chaque père était questionné, nous les retrouvons dans le **Tableau 3**.

**Tableau 3 – Caractéristiques de l'accouchement et des suites de la naissance**

	Items		Valeurs absolues	Proportions	Intervalle de confiance
Assister à l'accouchement	Oui		211	92,1 %	[88,6 ; 95,7]
	Non		18	7,9 %	[4,3 ; 11,4]
Sexe nouveau-né	Garçon		123	53,7 %	[47,1 ; 60,3]
	Fille		104	45,4 %	[38,8 ; 52]
Gémellité	Jumeaux		2	0,9 %	[0 ; 2,1]
	Autre		0	0 %	-
Terme	Très prématuré	22-34 SA	2	0,9 %	[0 ; 2,1]
	Prématuré	35-36 SA	11	4,9 %	[2 ; 7,8]
	A terme	37-41 SA	170	75,6 %	[69,8 ; 81,3]
	Dépassé	>41 SA	42	18,7 %	[13,5 ; 23,9]
Type d'accouchement	Voie basse		187	81,3 %	[76,2 ; 86,4]
	Voie basse instrumentée		15	6,5 %	[3,3 ; 9,8]
	Césarienne programmée		11	4,8 %	[2 ; 7,6]
	Césarienne en urgence		17	7,4 %	[3,9 ; 10,8]
Complications mère	Aucune		95	41,1 %	[34,7 ; 47,6]
	Gravité 1 (déchirure, épisiotomie, sutures)		106	45,9 %	[39,3 ; 52,4]
	Gravité 2 (intermédiaire)		10	4,3 %	[1,7 ; 7]
	Gravité 3 (grave ou cumul)		20	8,7 %	[5 ; 12,4]
Complications nouveau-né	Oui		19	8,2 %	[4,6 ; 11,8]
	Non		212	91,8 %	[88,2 ; 95,4]

Concernant le terme de l'accouchement, il est intéressant de noter des différences entre les données recueillies par les questionnaires et celles enregistrées par la maternité du Centre Hospitalier d'Orléans (CHRO) sur la période de distribution des questionnaires. La **Figure 6** représente ces différences.

**Figure 6 – Différences de recensement des termes d'accouchement**



Nous avons donc pu récolter par nos questionnaires 42,4% des naissances de l'hôpital dans la limite des termes retenus. Les données sur les termes ne sont pas exploitables car elles ne correspondent pas aux effectifs réels du CHRO sur la période de l'étude. Il s'agit là des termes perçus et estimés par les pères.

Pour la partie Smileys, le **Tableau 4** reprend l'ensemble des données pour chacune des questions.

Le niveau 1 regroupe les smileys vert foncé et vert clair, soit les points 1 et 2, correspondant à un vécu plutôt détendu, et le niveau 2 regroupe les smileys jaunes, oranges et rouges, soit les points 3, 4 et 5, correspondant à un vécu plutôt inquiet.

Pour les questions ayant une réponse Oui/Non, le niveau 1 correspond à Oui et le niveau 2 correspond à Non.

**Tableau 4 – Partie Smileys**

Smileys	Niveau 1		Niveau 2			
	Valeurs absolues	Proportions et IC	Valeurs absolues	Proportions et IC		
Vécu travail	150	67,6% [61,3 ; 73,9]	72	32,4% [26,1 ; 38,7]		
Vécu naissance	175	77,1% [71,5 ; 82,7]	52	22,9% [17,3 ; 28,5]		
Vécu délivrance	165	77,1% [71,4 ; 82,8]	49	22,9% [17,2 ; 28,6]		
Séjour maternité	212	92,6% [89,1 ; 96]	17	7,4% [4 ; 10,9]		
Santé physique mère	166	72,2% [66,3 ; 78,1]	64	27,8% [21,9 ; 33,7]		
Santé psychique mère	191	83% [78,1 ; 88]	39	17% [12 ; 21,9]		
Santé nouveau-né	185	80,1% [74,8 ; 85,3]	46	19,9% [14,7 ; 25,2]		
Rôle de père	196	84,8% [80,1 ; 89,6]	35	15,2% [10,4 ; 19,9]		
Place de père	217	93,9% [90,8 ; 97,1]	14	6,1% [2,9 ; 9,2]		
Soins du bébé Niveau	176	76,9% [71,3 ; 82,4]	53	23,1% [17,6 ; 28,7]		
Soins du bébé	Oui/Non	170	77,3% [71,6 ; 82,9]	50	22,7% [17,1 ; 28,4]	
Type d'alimentation	<b>Allaitement</b> 126 soit 55,5% [48,9 ; 62,1]		<b>Mixte</b> 34 soit 15% [10,2 ; 19,7]		<b>Artificiel</b> 67 soit 29,5% [23,5 ; 35,6]	
Angoisse alimentation	199	86,1% [81,6 ; 90,7]	32	13,9% [9,3 ; 18,4]		

**Tableau 4 – Suite**

Smileys		Niveau 1		Niveau 2	
		Valeurs absolues	Proportions et IC	Valeurs absolues	Proportions et IC
Nuits		151	65,9% [59,7 ; 72,2]	78	34,1% [27,8 ; 40,3]
Retour à la maison		200	86,6% [82,1 ; 91,1]	31	13,4% [8,9 ; 17,9]
Soutien matériel	Oui/Non	183	80,3% [75 ; 85,5]	45	19,7% [14,5 ; 25]
Soutien matériel Niveau		220	95,2% [92,4 ; 98]	11	4,8% [2 ; 7,6]
Soutien psychologique	Oui/Non	197	86% [81,4 ; 90,6]	29	12,7% [8,3 ; 17,1]
Soutien psychologique Niveau		216	94,3% [91,3 ; 97,4]	13	5,7% [2,6 ; 8,7]
Nouveau rythme		190	83% [78 ; 87,9]	39	17% [12,1 ; 22]
Autres enfants		144	62,6% [56,2 ; 69]	21	9,1% [5,3 ; 12,9]
Congé paternité	Oui/Non	200	87,7% [83,4 ; 92,1]	27	11,8% [7,6 ; 16,1]
Congé paternité Niveau		207	92% [88,4 ; 95,6]	18	8% [4,4 ; 11,6]
Articulation avec le travail		181	78,7% [73,3 ; 84,1]	49	21,3% [15,9 ; 26,7]
Angoisse Covid pour l'accouchement		160	70,8% [64,7 ; 76,8]	66	29,2% [23,2 ; 35,3]
Angoisse Covid pour le séjour à la maternité		187	84,6% [79,8 ; 89,5]	34	15,4% [10,5 ; 20,2]

## PARTIE 4 : ÉCHELLE D'ANXIÉTÉ STAI-Y

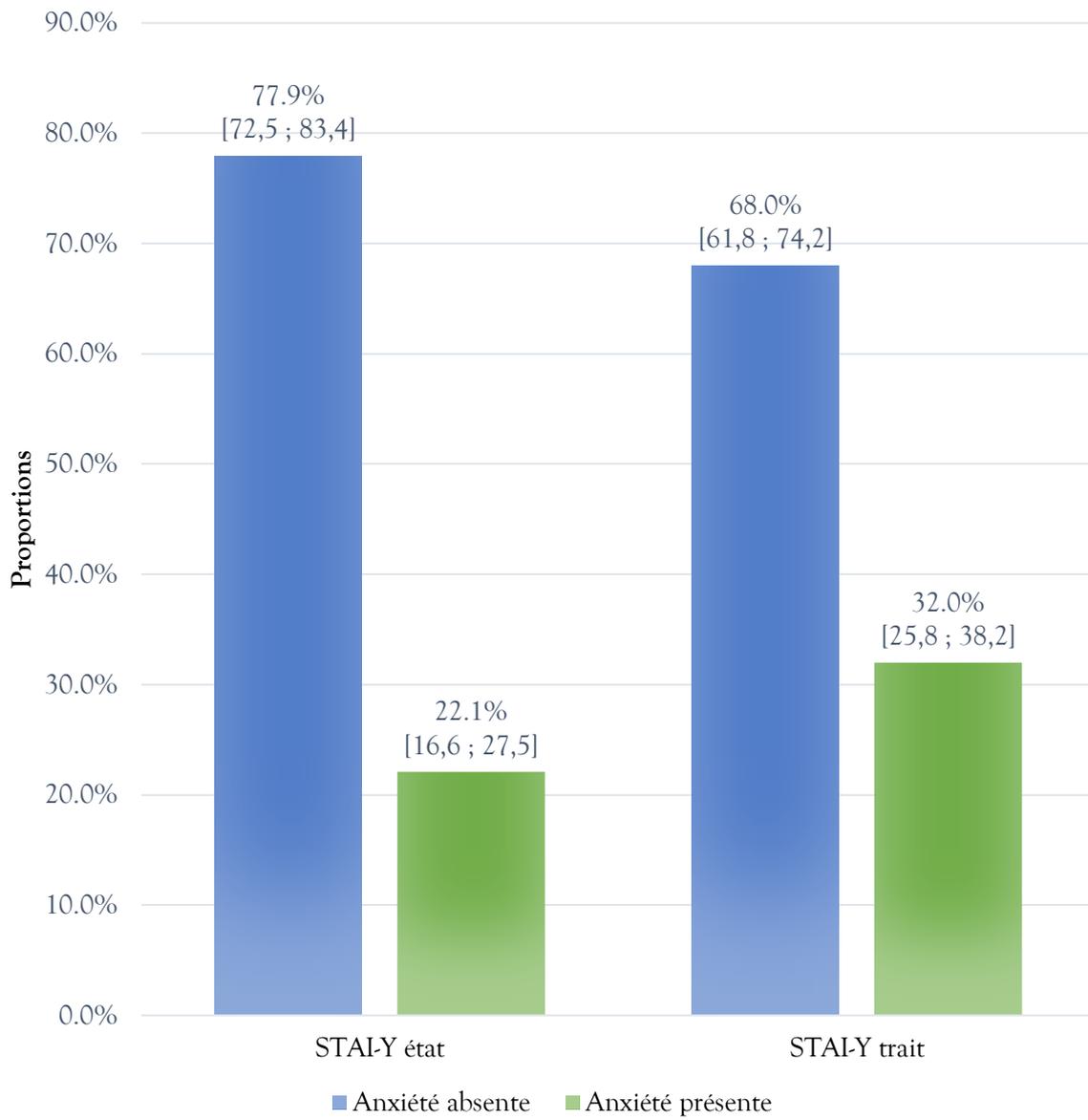
Pour les échelles STAI-Y État et Trait, nous retrouvons les données sur le **Tableau 5** selon les niveaux d'anxiété des participants.

**Tableau 5 – STAI-Y État et Trait, résultats détaillés**

Échelle	Niveau d'anxiété	Valeurs absolues	Proportions	Intervalle de confiance
STAI-Y État	Très faible	180	77,9%	[72,5 ; 83,4]
	Faible	35	15,2%	[10,4 ; 19,9]
	Moyenne	14	6,1%	[2,9 ; 9,2]
	Élevée	2	0,9%	[0 ; 2,1]
	Très élevée	0	0%	-
STAI-Y Trait	Très faible	153	68%	[61,8 ; 74,2]
	Faible	54	24%	[18,3 ; 29,7]
	Moyenne	16	7,1%	[3,7 ; 10,5]
	Élevée	2	0,9%	[0 ; 2,1]
	Très élevée	0	0%	-

Nous avons donc considéré que les niveaux d'anxiété faible, moyen, élevé et très élevé représentaient la présence d'un état ou d'un trait anxieux. Le niveau d'anxiété très faible correspondait à l'absence d'état ou de trait anxieux. La **Figure 7** représente cette répartition pour la STAI-Y État et la STAI-Y Trait.

**Figure 7 – STAI-Y État et Trait, anxiété absente ou présente**



## *Données manquantes*

Le **Tableau 6** regroupe l'ensemble des données manquantes sur les 231 questionnaires inclus dans l'étude.

**Tableau 6 – Données manquantes**

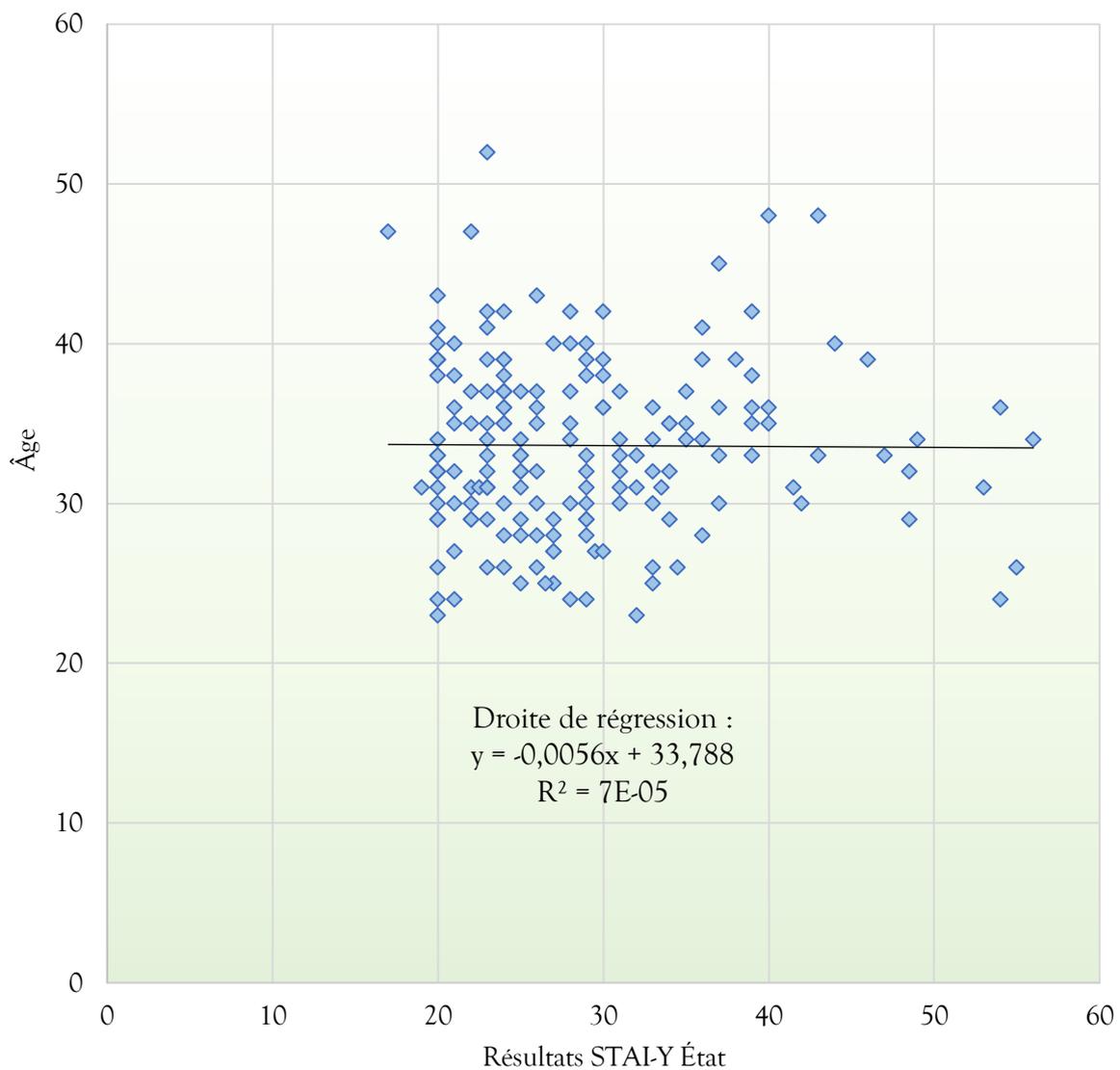
Variables Objectives	Données manquantes	Variables Subjectives	Données manquantes
STAI-Y Trait	6	Vécu travail	9
Âge	1	Vécu naissance	4
Situation maritale	-	Vécu délivrance	17
Profession	-	Séjour maternité	2
Niveau d'étude	-	Santé physique mère	1
Grossesses à terme	3	Santé psychique mère	1
Nombre d'accouchements	2	Santé nouveau-né	-
Nombre d'enfants	3	Rôle de père	-
Événements négatifs grossesse et naissance	4	Place de père	-
Suivi Psychologique ou Psychiatrique	-	Soins du bébé Niveau	2
Pathologies Psychiatriques	-	Soins du bébé Oui/Non	11
Traitements Psychotropes	-	Type d'alimentation	4
Consommations de toxiques	5 (3 Tabac et 2 Alcool)	Angoisse alimentation	-
Pathologies Psychiatriques de la mère	-	Nuits	2
Assister à l'accouchement	2	Retour à la maison	-
Sexe/Gémellité	2	Soutien matériel Oui/Non	3
Terme	6	Soutien matériel Niveau	-
Type d'accouchement	1	Soutien psychologique Oui/Non	2
Complications mère	-	Soutien psychologique Niveau	2
Complications nouveau-né	-	Nouveau rythme	2
		Autres enfants	1
		Congé paternité Oui/Non	3
		Congé paternité Niveau	6
		Articulation avec le travail	1
		Angoisse Covid pour l'accouchement	5
		Angoisse Covid pour le séjour à la maternité	10

ANALYSE DE L'ÂGE

La **Figure 8** représente la répartition des âges des participants selon leur résultat à la STAI-Y État.

Nous voyons qu'il n'existe pas de lien entre ces 2 variables puisque la droite de régression est horizontale, la pente ( $R^2$ ) étant proche de 0.

**Figure 8 – Nuage de points entre les âges et les résultats de la STAI-Y État**



## ANALYSE UNIVARIÉE

Le **Tableau 7** synthétise cette analyse pour les variables objectives lorsque les facteurs sont présents ou absents en présence d'un état anxieux. Pour la situation maritale, les IC en cas d'absence ne sont pas exprimés puisque l'absence d'un type de situation correspond à la présence d'une autre des situations.

Le **Tableau 8** fait de même pour les variables subjectives lorsque les facteurs sont d'un niveau d'anxiété faible (niveau 1) ou élevé (niveau 2) en présence d'un état anxieux. Lorsque les facteurs ont des réponses de type Oui/Non, le niveau 1 correspond à Oui et le Niveau 2 correspond à Non.

Les pourcentages sont indiqués avec l'intervalle de confiance en pourcentage à 95% et avec la valeur de  $p$  du test du Chi2 pour la relation entre la variable présente ou absente dans le cas d'un état anxieux.

Au total, les 9 variables objectives ressortant comme significativement liées à un état anxieux en analyse univariée sont :

- Le trait anxieux d'intensité légère, moyenne, élevée et très élevée
- L'existence de complications chez le nouveau-né
- Avoir assisté à l'accouchement (protecteur)
- Avoir assisté à au moins 2 accouchements dans sa vie (protecteur)
- Le niveau d'étude supérieur au Baccalauréat
- La césarienne en urgence
- Le suivi psychologique ou psychiatrique antérieur
- Avoir au moins 2 enfants (protecteur)
- Avoir consommé de l'alcool par le passé.

Les 18 variables subjectives ressortant comme significativement liées à un état anxieux en analyse univariée sont l'anxiété concernant :

- Le nouveau rythme
- Le rôle de père
- La place de père
- L'articulation avec le travail
- Les nuits
- Le vécu du travail
- Le vécu de la naissance
- Le retour au domicile
- L'alimentation du nouveau-né
- Le soutien psychologique
- Les soins du bébé
- Le vécu de la délivrance
- Le séjour à la maternité
- La santé physique de la mère
- L'accouchement dans le contexte de Covid
- La perspective d'un soutien matériel (protecteur)
- La santé du nouveau-né
- La santé psychique de la mère.

**Tableau 7 – Analyse univariée des variables Objectives**

Facteurs <u>Objectifs</u>		Facteur Présent	Facteur Absent	<i>p</i>
STAY Trait	Léger, Moyen, Elevé, Très élevé	47% [36 ; 59]	9% [5 ; 14]	<u>7,88 E-11***</u>
Situation maritale	Concubinage	22% [13 ; 31]	78%	0,58
	Marié	18% [10 ; 27]	82%	
	Pacsé	25% [15 ; 35]	75%	
	Célibataire	40% [0 ; 83]	60%	
Profession	Qualifications hautes	25% [17 ; 32]	19% [11 ; 26]	0,26
Niveau d'étude	Supérieur au Bac	28% [20 ; 37]	16% [9 ; 23]	<u>0,025*</u>
Nombre d'accouchements	2 ou plus	16% [9 ; 23]	28% [20 ; 36]	<u>0,025*</u>
Nombre d'enfants	2 ou plus	17% [10 ; 25]	28% [19 ; 36]	<u>0,06•</u>
Evénements négatifs grossesse et naissance	Oui	19% [10 ; 29]	24% [17 ; 30]	0,47
Suivi Psychologique ou Psychiatrique	Antérieur	31% [19 ; 44]	19% [13 ; 25]	<u>0,06•</u>
Pathologies Psychiatriques	Antérieures	33% [7 ; 60]	23% [17 ; 29]	0,42
Exposition à au moins 1 toxique	Vie entière	22% [15 ; 29]	22% [14 ; 30]	0,98
Tabac	Actuel	27% [16 ; 39]	20% [14 ; 26]	0,27
Alcool	Par le passé	39% [16 ; 61]	20% [15 ; 26]	<u>0,07•</u>
Cannabis	Actuel ou Par le passé	24% [11 ; 37]	22% [19 ; 28]	0,76
Assister à l'accouchement	Oui	20% [15 ; 25]	44% [21 ; 67]	<u>0,016*</u>
Sexe	Fille	21% [13 ; 29]	21% [14 ; 28]	1,0
Terme	À terme	21% [15 ; 27]	27% [16 ; 39]	0,30
Type d'accouchement	Césarienne en urgence	41% [18 ; 65]	21% [15 ; 26]	<u>0,05•</u>
Complications mère	Gravités 2 et 3	27% [11 ; 42]	21% [16 ; 27]	0,52
Complications nouveau-né	Oui	47% [25 ; 70]	20% [14 ; 25]	<u>0,0055**</u>

**Tableau 8 – Analyse univariée des variables Subjectives**

Facteurs Subjectifs		Niveau 1	Niveau 2	p
Vécu travail		13% [8 ; 19]	36% [25 ; 47]	<u>8,9 E-05 ***</u>
Vécu naissance		15% [10 ; 21]	40% [27 ; 54]	<u>0,0001***</u>
Vécu délivrance		15% [10 ; 21]	37% [23 ; 50]	<u>0,0009***</u>
Séjour maternité		20% [14 ; 25]	53% [29 ; 77]	<u>0,0016**</u>
Santé physique mère		17% [12 ; 23]	34% [23 ; 46]	<u>0,006**</u>
Santé psychique mère		20% [14 ; 26]	33% [19 ; 48]	<u>0,066</u>
Santé nouveau-né		19% [13 ; 25]	35% [21 ; 49]	<u>0,020*</u>
Rôle de père		16% [11 ; 22]	54% [38 ; 71]	<u>6,1E-07***</u>
Place de père		19% [14 ; 24]	71% [48 ; 95]	<u>4,4E-06***</u>
Soins du bébé Niveau		17% [11 ; 23]	40% [26 ; 53]	<u>0,0005***</u>
Soins du bébé	Oui/Non	19% [13 ; 25]	28% [21 ; 35]	0,19
Type d'alimentation	Allaitement	23% [16 ; 30]	21% [13 ; 29]	0,69
Angoisse alimentation		18% [13 ; 23]	47% [30 ; 64]	<u>0,0003***</u>
Nuits		14% [8 ; 19]	38% [28 ; 49]	<u>2,3 E-05 ***</u>
Retour à la maison		18% [13 ; 23]	48% [31 ; 66]	<u>0,0001***</u>
Soutien matériel	Oui/Non	19% [13 ; 24]	36% [29 ; 42]	<u>0,014*</u>
Soutien matériel Niveau		21% [16 ; 27]	36% [8 ; 65]	0,24
Soutien psychologique	Oui/Non	20% [14 ; 25]	31% [25 ; 37]	0,17
Soutien psychologique Niveau		20% [15 ; 25]	62% [35 ; 88]	<u>0,0005***</u>
Nouveau rythme		15% [10 ; 20]	56% [41 ; 72]	<u>1,8 E-08***</u>
Congé paternité	Oui/Non	23% [17 ; 29]	11% [7 ; 15]	0,16
Congé paternité Niveau		20% [15 ; 26]	28% [7 ; 48]	0,45
Articulation avec le travail		16% [11 ; 21]	45% [31 ; 59]	<u>1,6 E-05 ***</u>
Angoisse Covid pour l'accouchement		18% [12 ; 24]	33% [22 ; 45]	<u>0,013*</u>
Angoisse Covid pour le séjour à la maternité		21% [15 ; 27]	26% [12 ; 41]	0,47

## ANALYSES MULTIVARIÉES INDÉPENDANTES

L'analyse multivariée des variables objectives donne ces résultats :

- AIC initial = 245,89
- AIC modèle complet = 199,58
- AIC modèle stepwise = 193,37

Le modèle optimal stepwise sur les variables objectives apporte un gain d'information modeste par rapport au modèle complet, incluant toutes les variables significatives de ce groupe.

Après sélection descendante, on obtient un modèle à 4 facteurs :

- Facteurs favorisant l'état anxieux =
  - Le trait anxieux d'intensité légère, moyenne, élevée et très élevée
  - Le niveau d'étude supérieur au Baccalauréat
  - L'existence de complications chez le nouveau-né.
- Facteur protecteur d'un état anxieux =
  - Avoir assisté à l'accouchement.

Le **Tableau 9** regroupe les niveaux de risque exprimés par l'Odds Ratio (OR) pour chaque variable objective retenue par le modèle optimal.

L'OR est très élevé pour les variables suivantes :

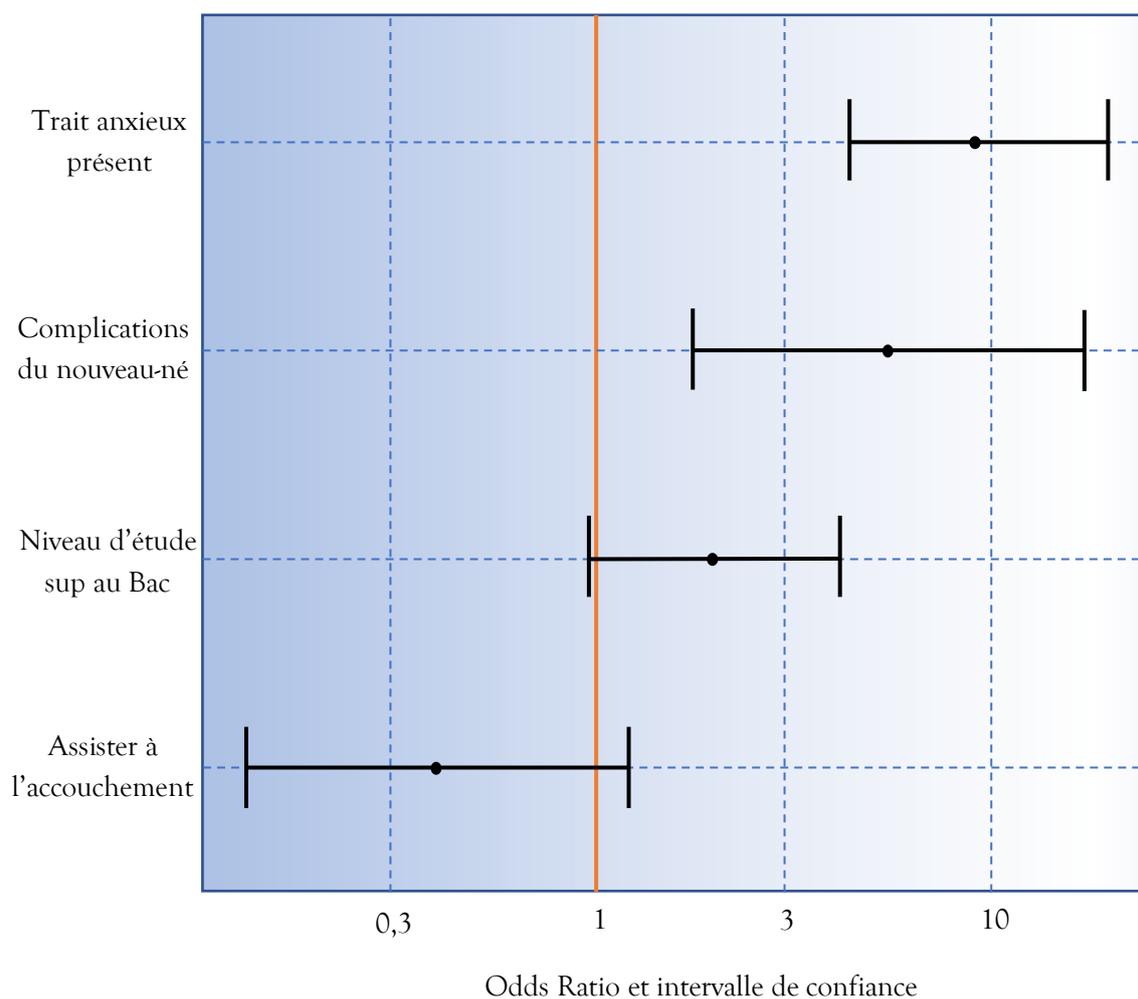
- Le trait anxieux d'intensité légère, moyenne, élevée et très élevée
- L'existence de complications chez le nouveau-né.

La **Figure 9** représente les OR des variables objectives retenues par le modèle optimal.

**Tableau 9 – Odds Ratio des variables Objectives sélectionnées par le modèle**

Variables Objectives	Odds Ratio	2,5 %	97,5 %
Trait anxieux présent	10.41	4.96	23,40
Complications chez le nouveau-né	5.84	1.84	18.86
Niveau d'étude supérieur au Bac	2.00	0.96	4.25
Assister à l'accouchement	0.33	0.10	1.04
(Intercept)	(0,15)	(0.04)	(0.49)

**Figure 9 – Représentation des OR des variables Objectives retenues**



L'analyse multivariée des variables subjectives donne ces résultats :

- AIC initial = 245,89
- AIC modèle complet = 199,58
- **AIC modèle stepwise = 190,19**

Le modèle optimal stepwise sur les variables subjectives apporte également un gain d'information modeste par rapport au modèle complet, incluant toutes les variables significatives de ce groupe.

Après sélection descendante, on obtient un modèle à 8 facteurs :

- Facteurs favorisant l'état anxieux =  
Anxiété concernant :
  - Le séjour à la maternité
  - Le nouveau rythme
  - La place de père
  - Le rôle de père
  - L'alimentation du nouveau-né
  - Le vécu de la délivrance
  - Le vécu du travail.
- Facteur protecteur d'un état anxieux =
  - La perspective d'un soutien matériel.

Le **Tableau 10** regroupe les niveaux de risque exprimés par l'Odds Ratio (OR) pour chaque variable subjective retenue par le modèle optimal.

L'OR est élevé et significatif pour les variables suivantes :

- Le séjour à la maternité
- Le nouveau rythme
- Le rôle de père.

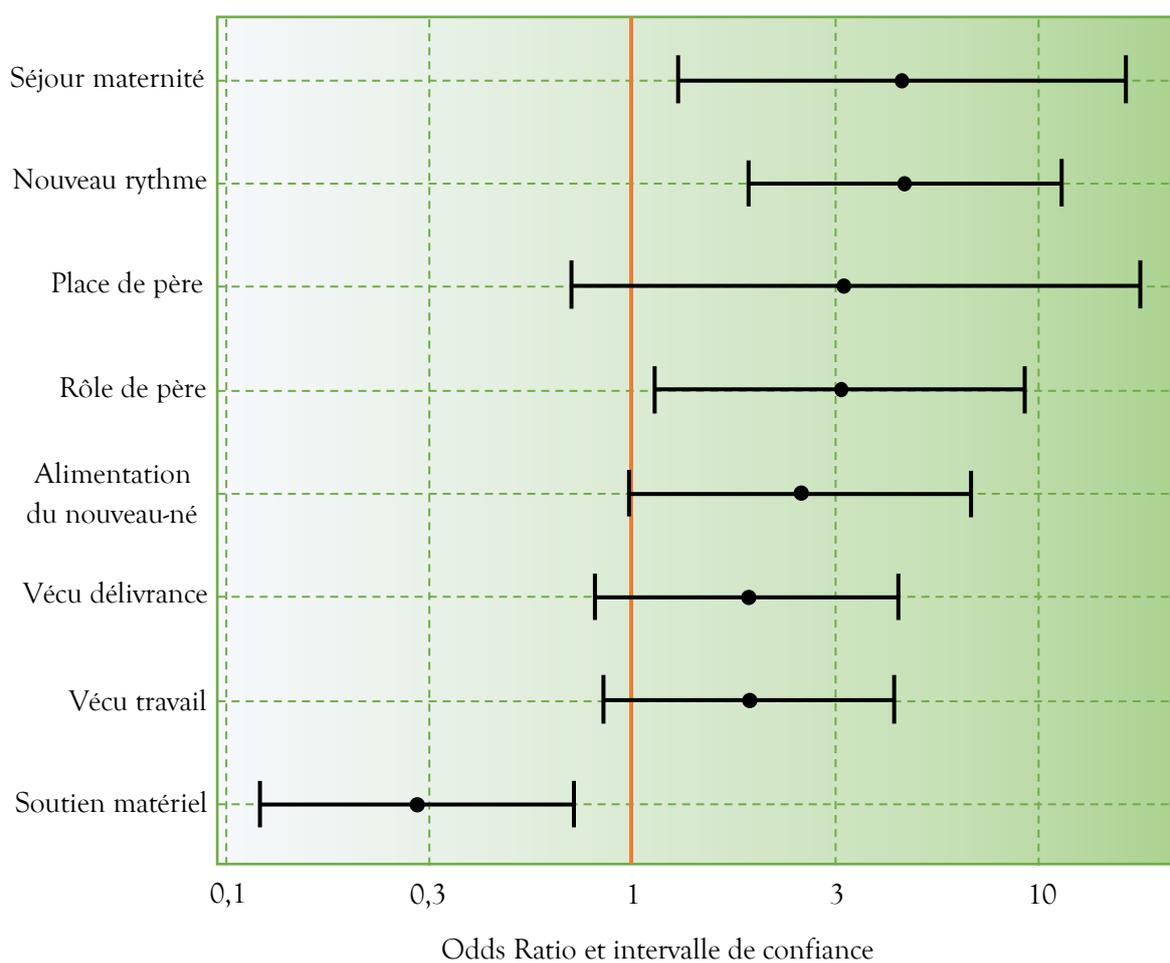
Pour la perspective d'un soutien matériel, l'OR est très inférieur à 1 et significatif.

La **Figure 10** représente les OR des variables subjectives retenues par le modèle optimal.

**Tableau 10 – Odds Ratio des variables Subjectives sélectionnées par le modèle**

Variables Subjectives	Odds Ratio	2,5 %	97,5 %
Séjour à la maternité	4,83	1,36	17,16
Nouveau rythme	4,25	1,75	10,35
Place de père	3,57	0,77	19,17
Rôle de père	3,24	1,13	9,14
Alimentation du nouveau-né	2,40	0,90	6,28
Vécu de la délivrance	2,17	0,92	5,07
Vécu du travail	1,94	0,85	4,39
Soutien matériel	0,29	0,12	0,70
(Intercept)	(0,16)	(0.07)	(0.35)

**Figure 10 – Représentation des OR des variables Subjectives retenues**



## ANALYSE MULTIVARIÉE GLOBALE

L'analyse multivariée de la fusion des 2 modèles précédents donne les résultats suivants :

- AIC initial 245.89
- AIC modèle complet 199,58
- AIC modèle stepwise 165,62

Ce modèle fusionné optimisé stepwise apporte un gain d'information notable par rapport aux deux précédents.

Il conserve 9 variables explicatives :

- Facteurs favorisant l'état anxieux =
  - Le trait anxieux d'intensité légère, moyenne, élevée et très élevée
  - La place de père
  - L'existence de complications chez le nouveau-né
  - Le vécu de la délivrance
  - Le séjour à la maternité
  - L'alimentation du nouveau-né
  - Le nouveau rythme.
- Facteurs protecteurs d'un état anxieux =
  - Avoir assisté à l'accouchement
  - La perspective d'un soutien matériel.

Les facteurs éliminés par le modèle sont le niveau d'étude supérieur au Baccalauréat, l'anxiété concernant le rôle de père et le vécu du travail.

Le **Tableau 11** regroupe les Odds Ratio de chaque variable retenue par le modèle fusionné optimal.

Les facteurs favorisant le plus l'apparition d'un état anxieux sont :

- Le trait anxieux d'intensité légère, moyenne, élevée et très élevée
- L'anxiété concernant la place de père.

Les facteurs favorisant de manière modérée l'apparition d'un état anxieux sont :

- L'existence de complications chez le nouveau-né
- Le vécu de la délivrance.

L'anxiété concernant le séjour à la maternité, l'alimentation du nouveau-né et le nouveau rythme sont associées à un risque d'apparition d'un état anxieux. Cependant, cette association est faiblement significative, leurs IC recouvrant la valeur 1.

Un facteur protecteur de l'apparition d'un état anxieux est la perspective d'un soutien matériel lors du retour à la maison. Il est indépendant des autres facteurs.

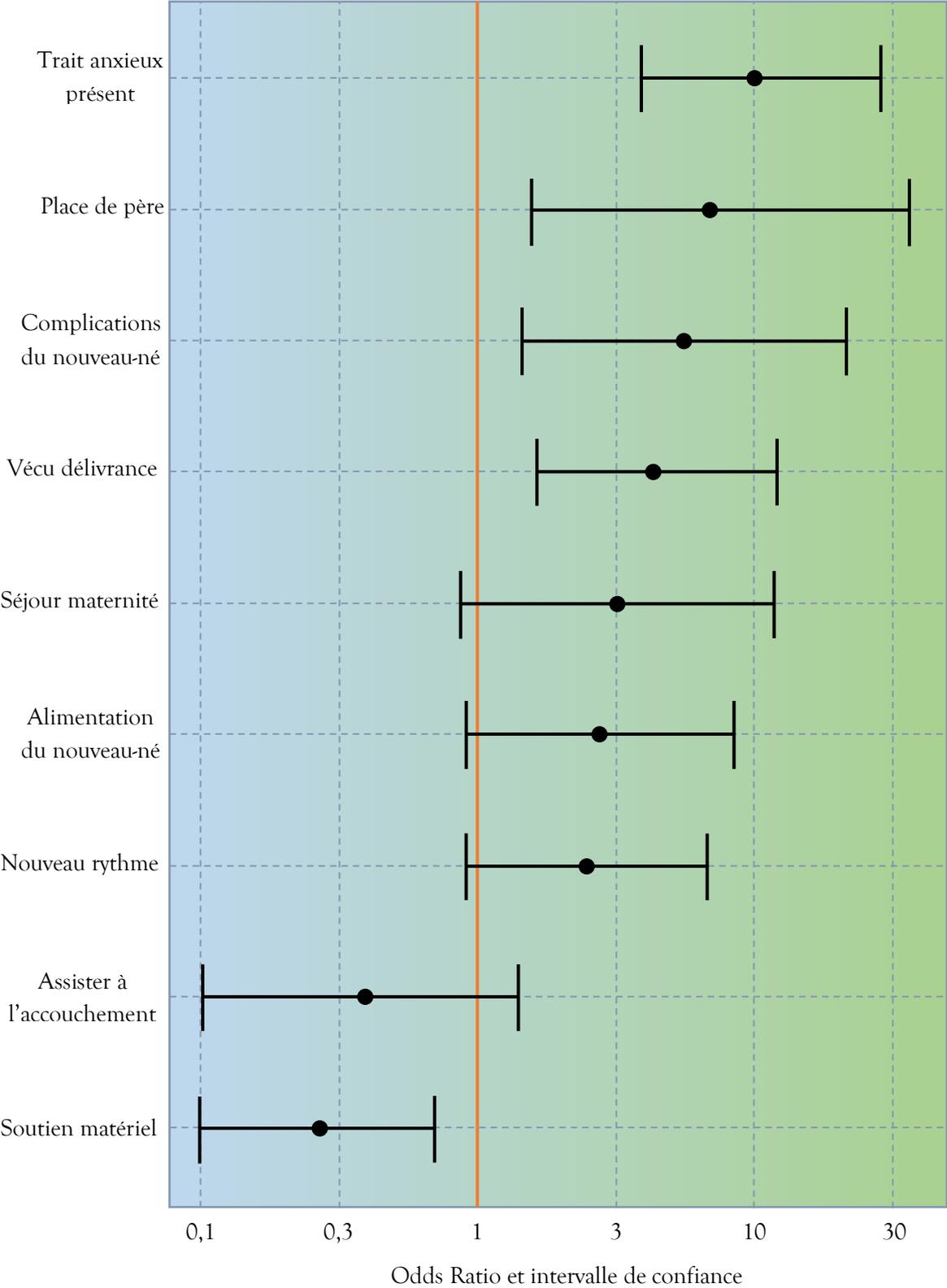
La fonction protectrice d'assister à l'accouchement n'est que peu significative du fait de la dispersion de l'OR, l'IC recouvrant 1.

La **Figure 11** représente les OR des variables retenues par le modèle fusionné optimal avec leurs intervalles de confiance.

**Tableau 11 – Odds Ratio des variables sélectionnées par le modèle fusionné**

Variables fusionnées	Odds Ratio	2,5 %	97,5 %
Trait anxieux présent	10,24	3,97	29,26
Place de père	7,09	1,60	37,30
Complications nouveau-né	5,64	1,47	21,94
Vécu de la délivrance	4,33	1,63	12,11
Séjour à la maternité	3,27	0,88	12,15
Alimentation nouveau-né	2,83	0,93	8,65
Nouveau rythme	2,55	0,93	6,96
Assister à l'accouchement	0,40	0,11	1,43
Soutien matériel	0,27	0,10	0,71
(Intercept)	(0,15)	(0,03)	(0,67)

**Figure 11 – Représentation des OR des variables du modèle fusionné**



## VALIDATION DU MODÈLE FUSIONNÉ

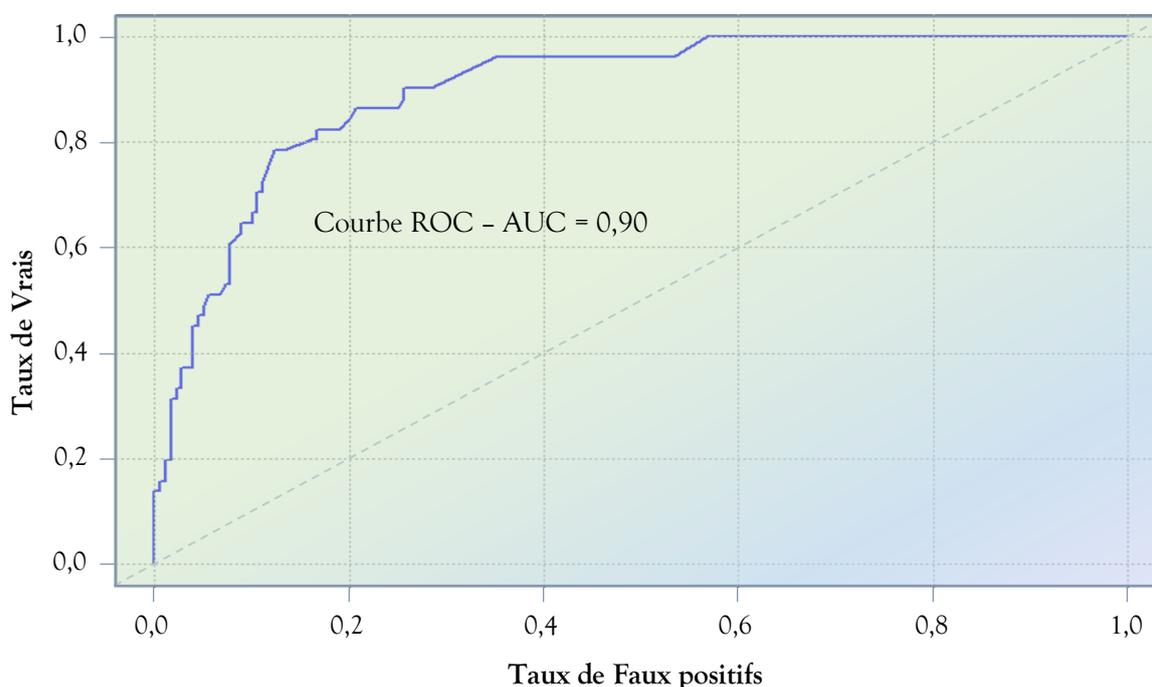
Après calcul, les Facteurs d'Inflation de la Variance (VIF) étant inférieurs à 2, nous constatons que les variables ne subissent pas de covariance entre elles. Le **Tableau 12** les regroupe.

**Tableau 12 – VIF des variables**

Variables	VIF
Trait anxieux présent	1.406
Place de père	1.062
Complications du nouveau-né	1.194
Vécu de la délivrance	1.279
Séjour à la maternité	1.139
Alimentation du nouveau-né	1.055
Nouveau rythme	1.217
Assister à l'accouchement	1.095
Soutien matériel	1,120

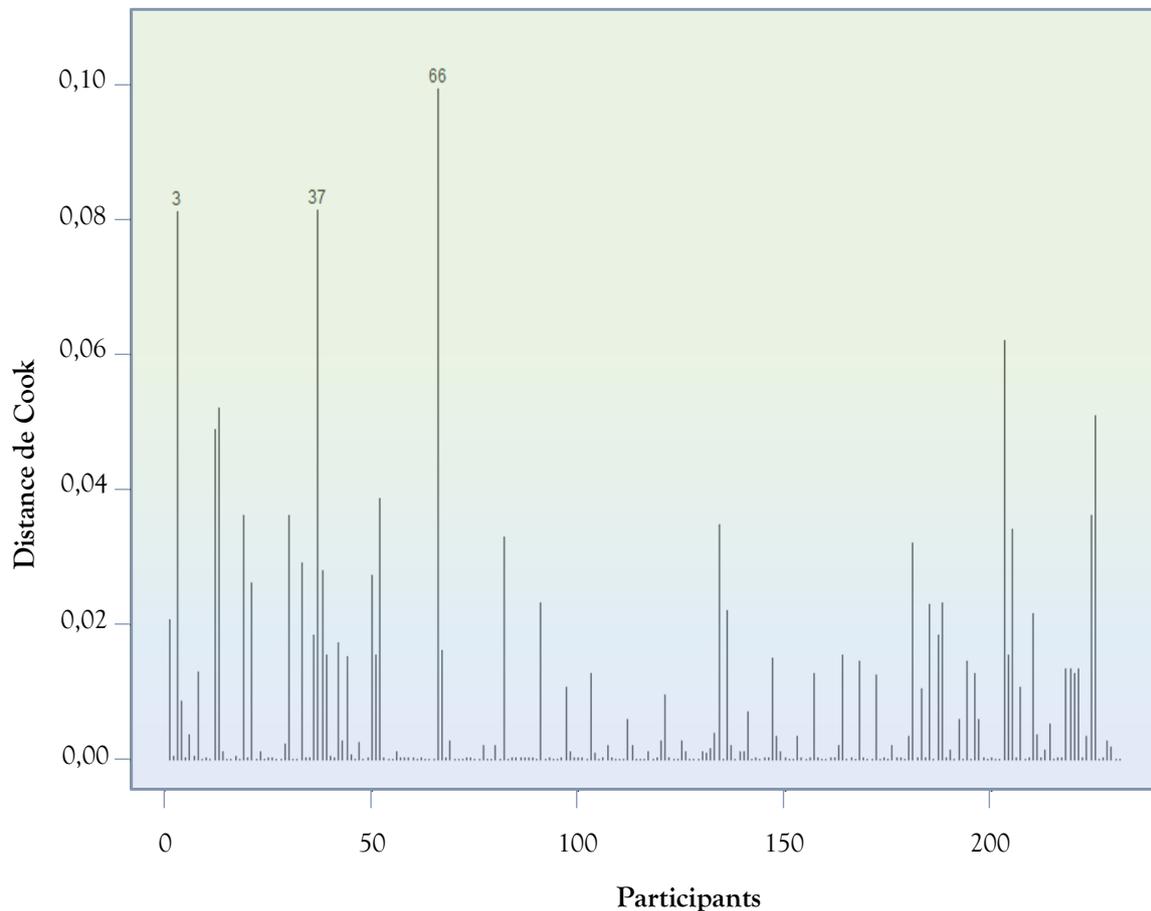
La puissance explicative du modèle final est bonne avec une aire sous la courbe ROC à 0.90. Nous retrouvons la courbe ROC sur la **Figure 12**.

**Figure 12 – Courbe ROC**



Après avoir calculé la distance de Cook pour chaque participant, nous avons retrouvé seulement 3 individus atypiques mais non déviants : leurs distances de Cook sont bien inférieures au seuil de significativité (0.132). La **Figure 13** les représente.

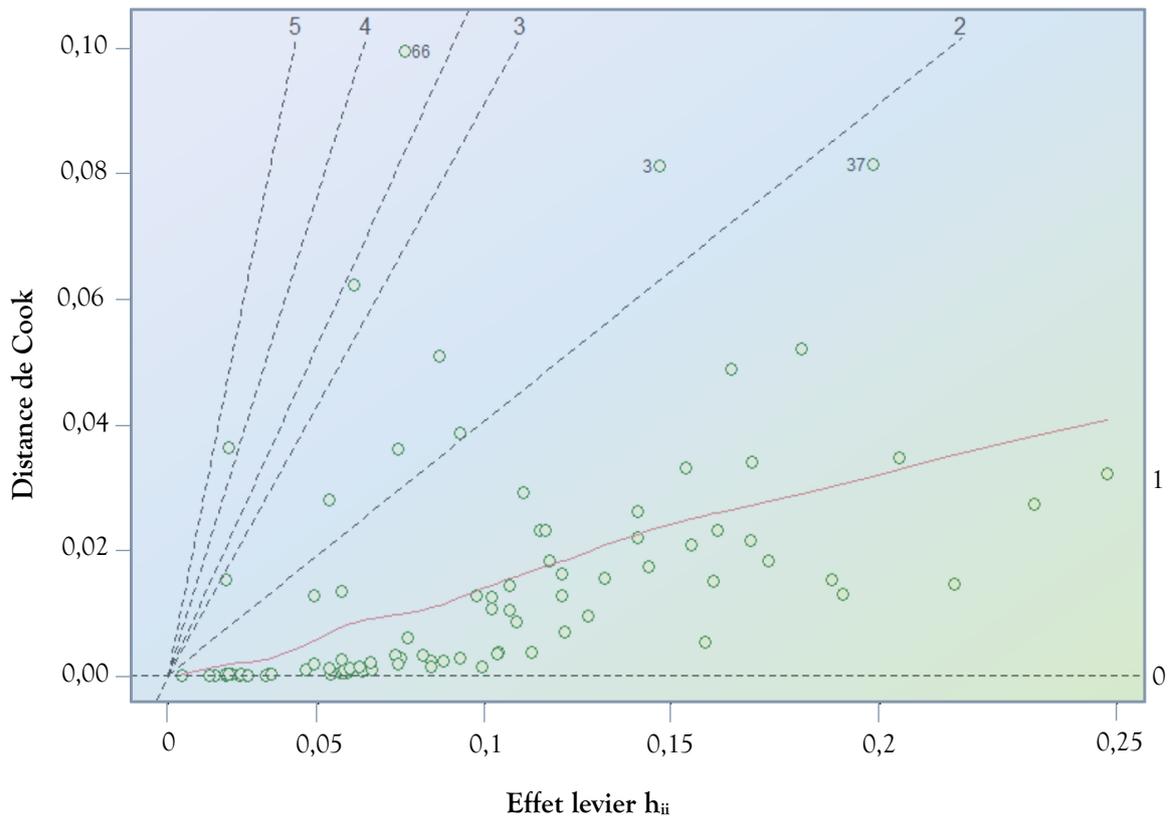
**Figure 13 –Distances de Cook de tous les participants**



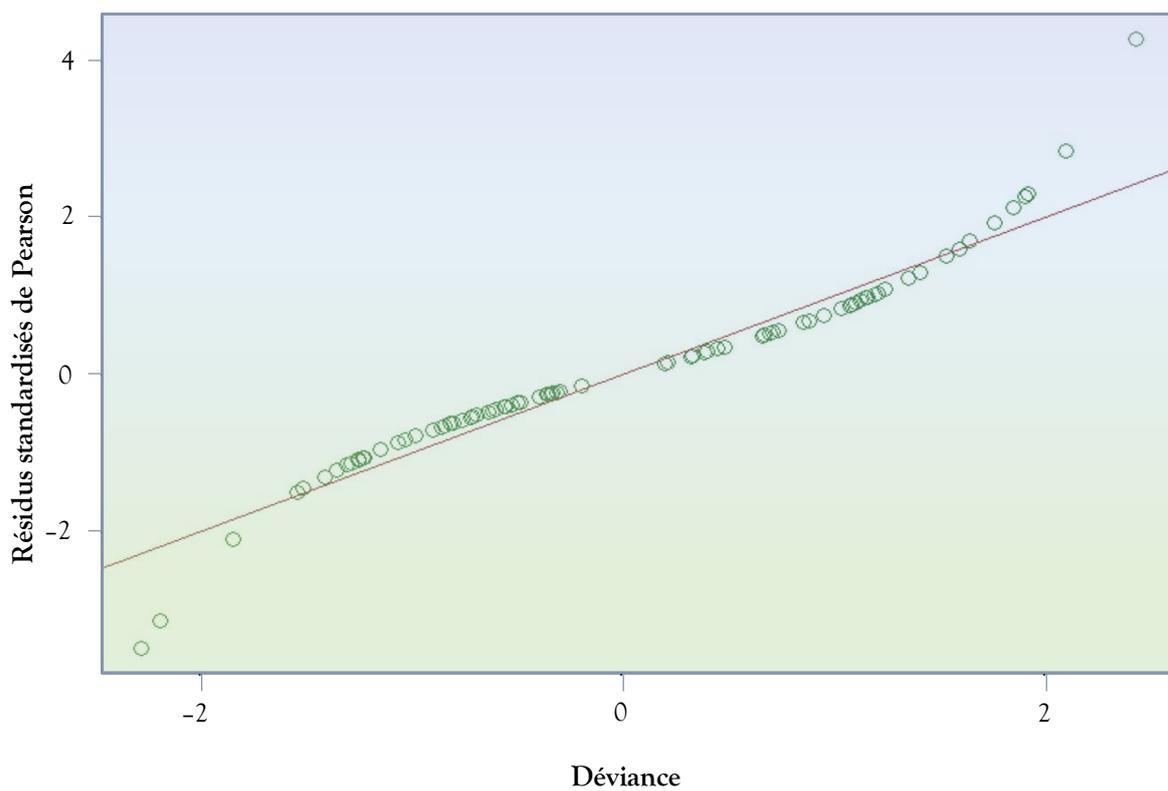
Comme le montre la **Figure 14**, ces individus atypiques n'exercent pas d'effet levier ( $h_{ii}$ ) susceptible de remettre en question la valeur explicative du modèle.

Le calcul des valeurs  $df_{beta}$ , évaluant l'influence des participants, ne localise aucun autre point influent. La **Figure 15** montre le peu de déviance des variables du modèle.

**Figure 14 – Effet levier selon les distances de Cook ( $h_{ii}/(1-h_{ii})$ )**



**Figure 15 – Déviance du modèle selon les résidus standardisés de Pearson**



# DISCUSSION

## *Interprétation des résultats*

---

---

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat. Nous avons obtenu le résultat de 22,1%.

Ce chiffre est bien plus élevé que le taux habituel d'anxiété chez les hommes d'après les chiffres de l'OMS (2,2 à 3,8%)(30). Il est également plus élevé que les chiffres des études traitant de l'anxiété des pères dans la période périnatale. Seule l'étude belge de 2021 trouvait un taux supérieur, à 36,4% (39). L'échelle utilisée était cependant différente (HADS) et l'échantillon était faible (66 pères).

Les objectifs secondaires de notre étude étaient d'évaluer d'éventuels liens entre l'état anxieux des pères et le trait anxieux, les données biographiques, les antécédents psychiatriques et les différents facteurs potentiellement anxiogènes en lien avec l'accouchement et les suites de la naissance.

Grâce à la combinaison des différents facteurs dans notre modèle de régression, nous avons pu démontrer qu'avec leurs présences conjointes, plusieurs facteurs de risque ou de protection se dégageaient.

En effet, l'existence d'un trait anxieux multipliait par plus de 10 le risque de présenter un état anxieux au moment de l'accouchement et du séjour à la maternité. L'anxiété concernant la place de père impliquait 7 fois plus de risque d'état anxieux. Lorsque le nouveau-né présentait des complications, les pères risquaient 5,6 fois plus de présenter un état anxieux. L'inquiétude concernant la délivrance majorait d'un facteur 4 le risque d'état anxieux. La perspective d'un soutien matériel après le retour à la maison divisait par 3 le risque d'état anxieux. Il s'agit-là de risques indépendants des autres facteurs.

Les facteurs de confusion ou d'interaction que nous avons identifiés sont le vécu anxieux du séjour à la maternité, l'inquiétude concernant l'alimentation du nouveau-né et le stress à propos du changement de rythme. Ces facteurs pouvaient augmenter le risque d'état anxieux mais ils n'étaient que peu significatifs. Le fait d'avoir assisté à l'accouchement constituait aussi un facteur de confusion mais dans une dynamique de réduction du risque d'état anxieux, également avec une faible significativité.

## *Limites et biais de l'étude*

---

---

En raison d'un facteur humain, 37 questionnaires n'ont pas pu être distribués. Cela a fait que l'échantillon final était plus faible que celui que nous aurions pu obtenir.

Nous avons choisi d'utiliser l'échelle d'évaluation de l'anxiété STAI-Y. Cette échelle a ses limites intrinsèques, notamment, elle n'aborde pas les éventuelles comorbidités somatiques qui pourraient être intriquées (41). C'est un outil de dépistage ou d'évaluation qui ne pose en aucun cas un diagnostic psychiatrique. Pour cela, l'évaluation d'un médecin reste nécessaire, ce que nous n'avons pas fait pour cette étude.

Nous avons choisi de définir la présence d'un état ou d'un trait anxieux à partir du moment où l'évaluation de l'anxiété donnait un résultat supérieur à un état ou un trait anxieux très léger. Ce choix avait été fait dans le but d'augmenter la sensibilité de l'outil au maximum et de ne rater aucun père anxieux.

Par ailleurs, cette échelle n'évalue pas la présence ou non d'une dépression et cette comorbidité était uniquement spécifiée sur le plan déclaratif ce qui a pu en sous-évaluer la prévalence dans notre échantillon. Cette limite concerne en réalité toutes les pathologies psychiatriques puisqu'elles étaient rapportées uniquement sur un mode déclaratif.

L'utilisation d'un auto-questionnaire impliquait nécessairement l'absence de contrôle sur la compréhension des questions et des consignes. Cela a induit que certaines données aient pu être inexploitable (le nombre de grossesses accompagnées, le vécu de la rencontre du nouveau-né avec les autres enfants, le terme de la grossesse...) ou qu'elles aient nécessité une correction ou une approximation des résultats (par exemple lorsque 2 cases étaient cochées pour un seul item dans la STAI-Y). Cela aurait pu être évité s'il s'agissait d'un hétéro-questionnaire. Nous voyons-là que l'accessibilité ou la précision de certaines questions étaient à revoir, malgré les retours de la population test à qui nous avons distribué les questionnaires avant le début de l'étude.

Ce type de questionnaire a également induit l'existence d'une quantité de données manquantes variable selon les questions. Cela aurait été plus limité par un hétéro-questionnaire.

Nous n'avions également pas de contrôle sur le mode de remplissage : avec ou sans la mère de l'enfant. Nous pouvons imaginer que certains pères aient pu se censurer dans leurs réponses pour certains items s'ils le remplissaient en présence de la mère (la consommation de toxiques par exemple).

Nous avons choisi d'exclure les pères analphabètes ou non francophones. Cela a pu induire un biais de sélection. L'évaluation de l'anxiété dans la population non francophone aurait pu être intéressante puisque la non-maîtrise de la langue peut être un facteur anxiogène dans un contexte d'accouchement difficile.

Il a pu exister également un biais de volontariat, les pères les plus anxieux pouvant être plus sensibles à ce sujet et se porter d'avantage volontaires pour cette étude.

Nous n'avons pas exploré l'existence d'une péridurale ou non lors de l'accouchement ce qui aurait pu être un facteur intéressant à exploiter.

Pour le moment, la relation de cause à effet entre les facteurs de risque ou protecteurs et l'état anxieux n'est pas démontrable puisque cela nécessite de plus amples recherches.

## *Forces de l'étude et perspectives*

---

---

Cette étude a permis d'évaluer un échantillon de 231 individus, ce qui a dépassé le minimum attendu, à savoir 100 pères. Le taux de réponse était de 65%, ce qui est un bon taux pour une étude de type enquête basée sur un auto-questionnaire (42).

Le lieu de l'étude, la maternité du Centre Hospitalier Régional d'Orléans, est une maternité de niveau 3. Pendant l'année 2020, elle comptabilisait 4827 accouchements. Dans le département du Loiret, durant la même année, 7468 accouchements ont été enregistrés (44). Les autres accouchements se répartissaient entre la maternité de Gien, de Montargis et de la Clinique Oréliance à Orléans/Saran. La maternité du CHR d'Orléans accueille donc une grande majorité des accouchements de la région (65%). Elle pratique tous les types d'accouchements, du plus simple au plus compliqué sur le plan maternel et fœtal. De ce fait, il ne semble pas exister de biais de recrutement en lien avec ce centre hospitalier : la population étudiée serait représentative de la population générale.

Grâce à cette étude, nous avons pu mettre en évidence des facteurs de risque et des facteurs protecteurs qui n'avaient pas pu être retrouvés par d'autres études jusque-là en ce qui concerne la réaction aiguë à un facteur de stress dans le contexte de l'accouchement.

Avec ces résultats, il serait possible d'effectuer la prédiction des états anxieux lors de la présence des facteurs identifiés comme y étant liés. Cela n'était pas le sujet de notre étude, nous ne l'avons donc pas abordé mais d'autres recherches pourraient approfondir cet aspect-là.

Maintenant que nous connaissons la prévalence de l'état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat, il serait également intéressant d'en évaluer l'impact fonctionnel et d'en mesurer les conséquences.

Par ailleurs, l'exploration des facteurs en lien avec l'absence d'un état anxieux pourrait être un travail complémentaire du nôtre. Le but à terme serait d'élaborer une prévention primaire et secondaire de l'état anxieux chez les pères dans la période péri-natale.

Il est à relever que nous avons étudié les pères et non les 2<sup>èmes</sup> parents. Nous n'avons donc pas inclus les couples homosexuels de femmes qui peuvent toutefois être amenés à vivre un accouchement. Ce choix a été fait afin de conserver une population homogène et d'éviter un effet lié au sexe des individus puisque la prévalence des troubles anxieux est plus élevée chez la femme que chez l'homme : 4,6% chez la femme et 3,6% chez l'homme (30). Il serait tout de

même intéressant d'étudier le stress chez le deuxième parent du même sexe qui n'a pas porté l'enfant.

L'état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat est une réalité qu'il est désormais nécessaire de prendre en compte.

L'article 86 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2022 prévoit la création d'un entretien post-natal précoce. Il s'agit d'un entretien obligatoire dans le post-partum, entre la 4<sup>ème</sup> et la 8<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement. Il sera effectué par un médecin ou une sage-femme « afin de repérer les premiers signes d'une dépression du post-partum et évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en terme d'accompagnement » (45). Si nécessaire, il y aura la possibilité d'un deuxième entretien entre la 10<sup>ème</sup> et la 14<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement. Cette loi devrait être appliquée à partir de Juillet 2022. Elle ne spécifie cependant pas si cet entretien nécessitera obligatoirement la présence du père de l'enfant ou non.

Cette démarche montre l'intérêt sociétal porté aux troubles psychiatriques dans la période périnatale et l'objectif de les dépister au plus tôt.

Il pourrait être judicieux d'envisager ce type d'entretien auprès des pères dans le post-partum, mais également en amont de l'accouchement, afin d'identifier les éventuels facteurs qui, comme l'a montré notre étude, sont associés à l'état anxieux dans le post-partum immédiat. Cela permettrait d'anticiper au mieux cette anxiété.

Cet entretien pourrait être fait par différents praticiens qui suivent la grossesse (obstétricien, médecin généraliste, sage-femme) mais pas seulement. Nous pouvons aisément imaginer que la question puisse être posée par le médecin traitant du père, son psychologue ou son psychiatre.

# CONCLUSION

L'état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat existe, plus d'un père sur cinq est concerné.

De manière certaine, une personnalité anxieuse en augmente le risque, de même que l'angoisse à trouver sa place de père, les complications chez le nouveau-né et le vécu stressé de la délivrance. La perspective d'un soutien matériel après le retour à la maison permet de diviser par 3 le risque d'état anxieux.

De manière plus nuancée, le vécu anxieux du séjour à la maternité, l'inquiétude concernant l'alimentation du nouveau-né et le stress à propos du changement de rythme augmentent ce risque. Le fait d'avoir assisté à l'accouchement le diminue.

Notre étude prépare le terrain pour de nombreuses recherches complémentaires afin d'explorer plus en profondeur l'état psychique des pères dans la période périnatale.

Notre étude ouvre le champ des possibles pour élaborer davantage de prévention et de dépistage dans cette population.

# BIBLIOGRAPHIE

1. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 Part 1):1071-83.
2. Cox J, Holden J. *Perinatal Mental Health: A Guide to The Edinburgh Postnatal Depression Scale.(EPDS)* Gaskell. Lond UK. 2003;
3. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry.* 1984;144(1):35-47.
4. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1 oct 2007;36(6):549-61.
5. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry.* 1 févr 2016;173(2):117-27.
6. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. *Br J Psychiatry.* 2005;186(6):453-4.
7. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of post partum illness, 1946-1978. *Acta Psychiatr Scand.* 1985;71(5):451-7.
8. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord.* 2003;74(2):139-47.
9. Ross LE, McLean LM, Psych C. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Depression.* 2006;6(9):1-14.
10. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002;23(1):31-9.
11. Pierrehumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch Dis Child-Fetal Neonatal Ed.* 2003;88(5):F400-4.
12. Cook CAL, Flick LH, Homan SM, Campbell C, McSweeney M, Gallagher ME. Posttraumatic stress disorder in pregnancy: prevalence, risk factors, and treatment. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):710-7.
13. Leroy F. *Histoire de naître: De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.* De Boeck Supérieur; 2001. 462 p.
14. Dallay D, Reveyaz F. La place du père en salle de naissance [Internet]. Érès; 2017 [cité 23 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite~9782749254715-page-69.htm>

15. Chateau A. Place du père autour de la naissance: point de vue des professionnels de santé dans une maternité de type III (Région Auvergne Rhône-Alpes). 2019;77.
16. Linden RV, Roegiers L. Place du père dans le champ périnatal. *Rev Med Perinatale*. 2017;9(4):241-6.
17. Rivard A. L'histoire des pères à l'accouchement&nbsp;; une présence souhaitée ou encombrante [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/c-est-fou/segments/entrevue/22265/pere-accouchement-role-hopital-rivard>
18. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de la commission des 1000 premiers jours [Internet]. 2020 sept. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
19. Géraldine cornet-Lavau FD. Le congé paternité en France, la lente évolution des mentalités | INA [Internet]. ina.fr. 2021 [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/le-conge-paternite-en-france-la-lente-evolution-des-mentalites>
20. Larousse É. Définitions : investir, s'investir - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/investir/44109>
21. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):26-35.
22. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*. 2010;303(19):1961-9.
23. Ramchandani PG, O'Connor TG, Evans J, Heron J, Murray L, Stein A. The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(10):1069-78.
24. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, ALSPAC Study Team. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*. 2005;365(9478):2201-5.
25. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum: revue de la littérature. *Presse Médicale*. 2015;44(4):418-24.
26. Kim P, Swain JE. Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry Edgmont*. 2007;4(2):35.
27. Demontigny F, Girard M-E, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disord*. 2013;150(1):44-9.
28. Dayan J, Yoshida K. Psychological and pharmacological treatments of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007;36(6):530-48.

29. Leiferman JA, Farewell CV, Jewell J, Lacy R, Walls J, Harnke B, et al. Anxiety among fathers during the prenatal and postpartum period: a meta-analysis. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2021;42(2):152-61.
30. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017.
31. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics.* 2006;118(2):659-68.
32. Kvalevaag AL, Ramchandani PG, Hove O, Assmus J, Eberhard-Gran M, Biringer E. Paternal mental health and socioemotional and behavioral development in their children. *Pediatrics.* 2013;131(2):e463-9.
33. Takehara K, Suto M, Kato T. Parental psychological distress in the postnatal period in Japan: A population-based analysis of a national cross-sectional survey. *Sci Rep.* 2020;10(1):1-9.
34. Keeton CP, Perry-Jenkins M, Sayer AG. Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *J Fam Psychol.* 2008;22(2):212.
35. Wynter K, Rowe H, Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria, Australia. *J Affect Disord.* 2013;151(3):980-5.
36. Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Dhaliwal S, Howat P, Burns S, et al. Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):1-8.
37. CIM-10 Version:2008 [Internet]. 2008 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F43.0>
38. Skari H, Skreden M, Malt UF, Dalholt M, Ostensen AB, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 1 oct 2002;109(10):1154-63.
39. Culot S, Gaugue J. Devenir père: quel vécu en post-partum immédiat? A propos de 66 pères rencontrés au CHU Ambroise Paré. 2021;
40. Grös DF, Antony MM, McCabe RE, Simms LJ. Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): Comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). [Internet]. 2007 [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1040-3590.19.4.369>
41. Guelfi J-D. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie [Internet]. Ed. médicales Pierre Fabre. 1997 [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.leslibraires.fr/livre/10916567-l-evaluation-clinique-standardisee-en-psychiatrie-julien-daniel-guelfi-ed-medicales-pierre-fabre>

42. de Peretti G, Razafindranovona T. Les enquêtes multimode: attention aux effets de mode. *Stat Société*. 2014;2(2):57-63.
43. Preux PM, Odermatt P, Perna A, Marin B, Vergnenègre A. Qu'est-ce qu'une régression logistique? *Rev Mal Respir*. 1 févr 2005;22(1, Part 1):159-62.
44. Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation. Indicateurs de santé périnatale | Stats ATIH [Internet]. 2020 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/submit?snatnav=&annee=2020&mater=n1&type\\_ind=accn&ind=ind1&type\\_zone=ts&zone=24S0000006&mbout=dummy&excel=non](https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale/submit?snatnav=&annee=2020&mater=n1&type_ind=accn&ind=ind1&type_zone=ts&zone=24S0000006&mbout=dummy&excel=non)
45. Clausener M. Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 - Bulletin de l'Ordre National des Médecins. févr 2022;18-22.

# ANNEXES

Annexe 1 : STAI-Y.....page 75

Annexe 2 : Auto-questionnaire.....page 77

Annexe 3 : Catégories Socio-Professionnelles.....page 87





Bonjour, si ce document vous a été remis,  
c'est que vous êtes nouvellement père.  
Toutes nos félicitations !

Dans le cadre de la naissance de votre/vos enfant(s),  
nous nous intéressons au bien-être des pères pour  
évaluer le niveau d'anxiété que vous pouvez ressentir  
suite à une naissance et à en préciser les potentiels  
facteurs favorisants.

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ DES PÈRES



Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse,  
répondez simplement ce que vous ressentez.  
Comptez environ 20 minutes pour le remplir.  
Nous vous invitons à le rendre à la sage-femme  
ou à l'auxiliaire de puériculture  
**AVANT VOTRE SORTIE DE L'HÔPITAL.**  
C'est anonyme et gratuit.  
Merci pour votre participation.

*Thèse de Médecine  
Clotilde DARDAINE  
Interne CHR d'Orléans*





## PARTIE 2 : SANTE PSYCHIQUE

9) Avez-vous déjà consulté un psychologue ?     Oui             Non

Si oui, êtes -vous suivi actuellement ?     Oui             Non

10) Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?     Oui             Non

Si oui, êtes -vous suivi actuellement ?     Oui             Non

11) Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une des pathologies ci-dessous ?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dépression.....                           | <input type="checkbox"/> <i>Actuelle</i>  | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire                         |   |  |
| <input type="checkbox"/> Trouble anxieux généralisé.....           | <input type="checkbox"/> <i>Actuel</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble panique.....                      | <input type="checkbox"/> <i>Actuel</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif (TOC)..... | <input type="checkbox"/> <i>Actuel</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Phobies.....                              | <input type="checkbox"/> <i>Actuelles</i> | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Etat de stress post-traumatique.....      | <input type="checkbox"/> <i>Actuel</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble psychotique.....                  | <input type="checkbox"/> <i>Actuel</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....                             | <input type="checkbox"/> <i>Actuel</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Aucune                                    |   |  |

12) Prenez-vous des médicaments antidépresseurs, anxiolytiques (qui apaisent l'angoisse) ou sédatifs ?

Si oui, lequel/lesquels ?

.....  
.....  
.....

13) De manière quotidienne, avez-vous déjà consommé ou consommez-vous ces produits ?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tabac.....    | <input type="checkbox"/> <i>Actuellement</i> | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Alcool.....   | <input type="checkbox"/> <i>Actuellement</i> | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Cannabis..... | <input type="checkbox"/> <i>Actuellement</i> | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |
| <input type="checkbox"/> Autres.....   | <input type="checkbox"/> <i>Actuellement</i> | <input type="checkbox"/> <i>Par le passé</i> |

14) La mère de votre/vos nouveau-né(s) souffre-t-elle de pathologie psychiatrique ? Si oui, laquelle/lesquelles ?

.....  
.....  
.....

### PARTIE 3 : ACCOUCHEMENT ET SUITE DE NAISSANCE

15) Avez-vous assisté à cet accouchement ?  Oui  Non

16) Venez-vous d'avoir :  un garçon  une fille  
 des jumeaux/-elles  autres : .....

17) A combien de semaines d'aménorrhée (depuis la date des dernières règles) a eu lieu la naissance ?

- Entre 22 et 26 = *Très grande prématurité*
- Entre 27 et 31 = *Grande prématurité*
- Entre 32 et 34 = *Prématurité modérée*
- Entre 35 et 36 = *Prématurité tardive*
- Entre 37 et 41 = *A terme*
- Plus de 41 = *Terme dépassé*

18) Quel a été le type d'accouchement ?

- Voie basse
- Voie basse avec instruments (ventouse ou spatules)
- Césarienne programmée
- Césarienne en urgence

19) La mère de votre/vos nouveau-né(s) a-t-elle eu des complications lors et/ou suite à l'accouchement

(ex : points de suture, hémorragie...) ? Si oui, lesquelles ?

.....  
.....  
.....  
.....

20) Votre/vos nouveau-né(s) a/ont-t-il(s) eu des complications à la naissance et/ou dans les suites ? Si oui, lesquelles ?

.....  
.....  
.....  
.....

**Pour les questions qui suivent,  
Veuillez METTRE UNE CROIX sur le smiley représentant au mieux  
votre état d'esprit ACTUEL.**

21) Comment avez-vous vécu cet accouchement pendant :

- Le travail ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

- La naissance ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

- La délivrance (expulsion du placenta) ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

22) Comment vous sentez-vous durant ce séjour à la maternité ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

23) Êtes-vous inquiet de l'état de santé **PHYSIQUE** de la mère de votre/vos nouveau-né(s) ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

24) Êtes-vous inquiet de l'état de santé **PSYCHIQUE** de la mère de votre/vos nouveau-né(s) ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

25) Êtes-vous inquiet de l'état de santé de votre/vos nouveau-né(s) ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

26) Est-ce-que votre rôle auprès de votre/vos nouveau-né(s) vous angoisse ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

27) Avez-vous des inquiétudes à l'idée de trouver votre place de père ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

28) Les soins du/des bébé(s) (couches, bain, médicaments...) sont-ils stressants pour vous ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

En avez-vous déjà réalisé ?  Oui  Non

29) Quel type d'alimentation a été retenu pour votre/vos nouveau-né(s) ?

- Allaitement maternel exclusif
- Allaitement mixte (maternel + artificiel)
- Allaitement artificiel exclusif

30) L'alimentation de votre/vos bébé(s) peut-elle être source d'angoisse pour vous ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

31) Le déroulement des nuits à venir vous inquiète-t-il ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

32) Comment anticipez-vous le retour à la maison ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

33) Serez-vous soutenus par vos proches (famille, amis...) sur le plan **MATERIEL** à la maison ?

- Oui  Non

Comment le ressentez-vous ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

34) Serez-vous soutenus par vos proches (famille, amis...) sur le plan **PSYCHOLOGIQUE** à la maison ?

- Oui  Non

Comment le ressentez-vous ?

*Très inquiet*      *Tout à fait détendu*

35) Comment envisagez-vous l'adaptation à un nouveau rythme à la maison ?

Très inquiet  Tout à fait détendu

36) Si vous avez d'autres enfants, êtes-vous inquiet pour leur rencontre avec votre/vos nouveau-né(s) ?

Très inquiet  Tout à fait détendu

37) Avez-vous la possibilité de prendre votre congé paternité ?  Oui  Non

Comment l'anticipez-vous ?

Très inquiet  Tout à fait détendu

38) L'articulation de cette naissance avec le travail vous inquiète-t-elle ?

Très inquiet  Tout à fait détendu

39) La situation sanitaire actuelle (Covid-19) a-t-elle joué un rôle au moment :

- De l'accouchement ?

Très inquiet  Tout à fait détendu

Pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Du séjour à la maternité ?

Très inquiet  Tout à fait détendu

Pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## PARTIE 4 : ECHELLE D'ANXIETE STAI-Y

Pour terminer, voici une échelle qui permet d'évaluer votre anxiété en 2 phases.

### **PHASE 1 : FORME Y-A**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond au mieux à ce que vous ressentez **A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **ACTUELS**.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1) Je me sens calme.....				
2) Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.....				
3) Je me sens tendu, crispé.....				
4) Je me sens surmené.....				
5) Je me sens tranquille, bien dans ma peau.....				
6) Je me sens ému, bouleversé, contrarié.....				
7) L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.....				
8) Je me sens content.....				
9) Je me sens effrayé.....				
10) Je me sens à mon aise (je me sens bien).....				
11) Je sens que j'ai confiance en moi.....				
12) Je me sens nerveux, irritable.....				
13) J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).....				
14) Je me sens indécis.....				
15) Je suis décontracté, détendu.....				
16) Je suis satisfait.....				
17) Je suis inquiet, soucieux.....				
18) Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté.....				
19) Je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi.....				
20) Je me sens de bonne humeur, aimable.....				

**PHASE 2 : FORME Y-B**

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments **HABITUELS**.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21) Je me sens de bonne humeur, aimable.....				
22) Je me sens nerveux et agité.....				
23) Je me sens content de moi.....				
24) Je voudrais être aussi heureux que les autres.....				
25) J'ai un sentiment d'échec.....				
26) Je me sens reposé.....				
27) J'ai tout mon sang-froid.....				
28) J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter.....				
29) Je m'inquiète à propos de choses sans importance.....				
30) Je me sens heureux.....				
31) J'ai des pensées qui me perturbent.....				
32) Je manque de confiance en moi.....				
33) Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.....				
34) Je prends facilement des décisions.....				
35) Je me sens incompetent, pas à la hauteur.....				
36) Je suis satisfait.....				
37) Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent.....				
38) Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.				
39) Je suis une personne posée, solide, stable.....				
40) Je deviens tendu et agité quand je réfléchis à mes soucis.....				

**Voilà, c'est terminé ! Merci pour votre participation !**

**Nous vous invitons à remettre ce questionnaire dans l'enveloppe ci-jointe à la sage-femme ou à l'auxiliaire puéricultrice du service.**

## Annexe 3 : Catégories Socio-Professionnelles

### Liste des professions et des catégories socio-professionnelles

Code (*)	Libellé
<b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>	
10	Agriculteurs exploitants
<b>ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</b>	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
<b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES</b>	
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
<b>PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES</b>	
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
<b>EMPLOYÉS</b>	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprises
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
<b>OUVRIERS</b>	
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
<b>RETRAITÉS</b>	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
<b>AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>	
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(\*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

Vu, la Directrice de Thèse



**Docteur JOLY Laurence**  
Praticien Hospitalier  
N° RPPS 10002085503  
Centre Hospitalier Régional d'Orléans  
45067 ORLEANS CEDEX 2  
N° FINESS 45 000 26 13

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le



## SALAÜN-PENQUER-DARDAINE Clotilde

90 pages – 12 tableaux – 15 figures – 3 annexes

### Résumé :

**Introduction :** Les pathologies psychiatriques maternelles du post-partum sont connues. Chez les pères, ces pathologies sont plus obscures. 25% d'entre eux développent un épisode dépressif dans l'année qui suit une naissance. Dans la période périnatale, 10% sont touchés par un trouble anxieux. Il existe peu de données sur la réaction aiguë à un facteur de stress chez les pères dans le post-partum immédiat.

**Matériel et méthode :** L'objectif principal de notre étude était l'évaluation de l'état anxieux chez les pères dans le post-partum immédiat à l'aide de l'échelle STAI-Y-A. Les objectifs secondaires étaient l'évaluation d'une relation entre l'état anxieux et le trait anxieux des pères avec la STAI-Y-B, les données biographiques, les antécédents psychiatriques, les données sur la grossesse et l'accouchement et le vécu subjectif des pères. Pour cela, nous avons distribué un auto-questionnaire aux pères après l'accouchement. Les questionnaires étaient récupérés à la fin du séjour à la maternité.

**Résultats :** Nous avons retrouvé 22,1% de pères ayant un état anxieux et 32% ayant un trait anxieux. Après analyse multivariée, les facteurs retenus comme liés à un état anxieux sont : le trait anxieux présent, les complications chez le nouveau-né, l'inquiétude face à la délivrance et au séjour à la maternité, l'inquiétude de trouver sa place de père, l'alimentation du nouveau-né et le changement de rythme. Avoir assisté à l'accouchement et le soutien matériel étaient protecteurs.

**Discussion :** L'anxiété chez les pères dans le post-partum immédiat n'est pas à négliger. De plus amples recherches sont nécessaires afin de déterminer les liens de cause à effet et de proposer un accompagnement adapté.

### Mots clés :

Père, état anxieux, stress, naissance, accouchement, post-partum immédiat.

### Jury :

Président du Jury : Professeur Wissam EL-HAGE

Directrice de thèse : Docteur Laurence JOLY

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Docteur Clémence COUTURIER

Date de soutenance : Mardi 29 Mars 2022