

Master of Science conjoint HES-SO - UNIL en Sciences de la santé Orientation Sage-femme

ETUDE COMPARATIVE DE L'ANXIETE ENTRE LES PRIMIPERES ET LES MULTIPERES PENDANT L'HOSPITALISATION DE LA MERE ET L'ENFANT EN POST-PARTUM

Charlotte Daire

Sous la direction de
(Ph.D.), Marie-Julia Guittier
Sage-femme et professeure associée à la Haute Ecole de Santé Genève (HEdS)

Expert : Pierre Carquillat, sage-femme, Msc
Expert : Arnaud Mottet, sage-femme, maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier tout le corps enseignant et administratif du Master, pour leur implication durant toute la durée du cursus. Dans le cadre de ce travail, je souhaite remercier plus particulièrement les personnes suivantes :

Jessica, ma compère sage-femme, pour son soutien et tous les moments partagés depuis le début de la formation, sans qui le master n'aurait pas été pareil.

Marcos et Pascale, les responsables du service du post-partum de la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui m'ont chaleureusement accueillie à la maternité et m'ont permis de faire le recrutement des pères malgré les restrictions liées au Covid19.

Tous les pères rencontrés, et plus spécifiquement ceux qui ont pris du temps pour participer à mon étude et sans qui rien n'aurait été possible. Un grand merci à vous !

Et enfin, Marie-Julia, ma directrice, qui m'a toujours guidée dans le bon chemin et motivée quand il le fallait. Le résultat de ce travail est en grande partie grâce à son expertise en recherche, qu'elle a généreusement partagée avec moi. Merci beaucoup pour tout.

Table des matières

1. INTRODUCTION	8
1.1. La transition à la parentalité pour les pères.....	8
1.2. Définition de l'anxiété	10
1.3. La problématique	12
2. METHODOLOGIE.....	13
2.1. Type d'étude entreprise	13
2.2. Sélection des participants/Population	13
2.3. Outil et matériel de mesure	14
2.3.1. Le State - Trait Anxiety Inventory (STAI).....	14
2.3.2. Le questionnaire administré.....	15
2.3.3. Le matériel utilisé	15
2.4. Analyse de données.....	16
2.5. Considérations éthiques.....	16
3. RESULTATS.....	18
3.1. Participation à l'étude	18
3.2. Caractéristiques des participants	19
3.3. Scores du STAI pour l'échantillon entier	22
3.4. Anxiété-état (échelle YA) selon la parité	23
3.5. Anxiété-trait (échelle YB) selon la parité	24
3.6. Covid19.....	24
3.7. Régression linéaire multiple	26
4. DISCUSSION	27
4.1. La faible anxiété du postpartum précoce.....	27
4.1.1. La puissance de l'amour	28
4.1.2. La temporalité	29
4.1.3. Trait de personnalité de l'échantillon	29
4.1.4. Le test du STAI	30
4.1.5. Le sentiment d'être préparé	30
4.2. L'anxiété moyenne ou élevée du postpartum précoce.....	31
4.3. Forces et limites de l'étude	32
4.4. Recommandations pour la pratique et futures recherches	33
5. CONCLUSION	34
REFERENCES	35
ANNEXES	39

Liste des tableaux

Tableau 1 - NIVEAU D'ANXIETE SELON LE SCORE TOTAL	14
Tableau 2 - CARACTERISTIQUE DES PARTICIPANTS	19
Tableau 3 - SCORES TOTAUX ETAT/TRAIT DU STAI	22
Tableau 4 - ANXIETE ETAT PAR PARITE	23
Tableau 5 - ANXIETE TRAIT PAR PARITE	24
Tableau 6 - RESULTATS COVID19	25

Liste des figures

Figure 1- LES DIMENSIONS DE L'ANXIETE	11
Figure 2 - DIAGRAMME DE PARTICIPATION	18
Figure 3 - MODE D'ACCOUCHEMENT PAR GROUPE	21
Figure 4 - JOUR REPONDU AU QUESTIONNAIRE	21
Figure 5 - SCORES TOTAUX PAR ECHELLE	22
Figure 6 - ANXIETE ETAT PAR PARITE (EN POURCENTAGE)	23
Figure 7 - ANXIETE TRAIT PAR PARITE (EN POURCENTAGE)	24

Liste des abréviations

ATP	Australian Temperament Project
DSM	Diagnostique et statistique des troubles mentaux
ECLS	Early Childhood Longitudinal Study
FTFQ	First-Time Father Questionnaire
HUG	Hopitaux Universitaire de Genève
NCDS	National Child Development Study
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAN	Préparation à la Naissance
STAI	State-Trait Anxiety Inventory

Résumé

Objectif Bien qu'elle soit associée à de nombreux effets négatifs, l'anxiété paternelle périnatale est généralement sous-diagnostiquée et peu documentée dans la littérature. Le but de cette étude est alors de mesurer l'anxiété-trait et l'anxiété-état des pères pendant le post-partum précoce, et comparer ces résultats entre les pères qui accueillent leur premier enfant, les primi-pères, et ceux qui ont déjà un ou plusieurs enfants, les multi-pères.

Méthode Le recrutement s'est fait pendant l'hospitalisation des mères et des nouveau-nés à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève, soit pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement. Sur les 235 pères répondant aux critères d'inclusion et à qui il a été proposé de participer, 182 ont répondu au questionnaire administré (99 primi-pères et 83 multi-pères), soit un taux de réponse de 77%. Ce questionnaire était composé des deux échelles du State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, ainsi que des questions socio-démographiques et informatives sur la préparation prénatale et le déroulement de l'accouchement.

Résultats 91% des pères interrogés ont montré un trait de personnalité anxieux faible à très faible, et l'anxiété-état s'est révélée faible et très faible pour 97% d'entre eux. Cependant, il est apparu que les primipères étaient plus anxieux que les multipères pendant la période du post-partum précoce. La régression linéaire multiple a montré l'influence prépondérante du sentiment d'être préparé à la naissance comme diminuant l'anxiété.

Conclusion Les résultats mettant en évidence des niveaux très faibles d'anxiété, tant chez les primi-pères que chez les multi-pères nous ont surpris. Le sentiment d'être préparé apparaît être un facteur diminuant l'anxiété dans notre étude. Nous avons alors envisagé plusieurs hypothèses pour tenter d'expliquer les résultats obtenus : l'amour agissant comme un puissant inhibiteur d'émotions négatives ; le niveau d'anxiété fluctuant suivant la période périnatale ; le trait de personnalité de l'échantillon faible indiquant des mécanismes de défense de bonne qualité face à des situations nouvelles ou stressantes ; et le test du STAI questionné pour sa spécificité à mesurer l'anxiété périnatale. Cependant, ces hypothèses mériteraient d'être confirmées par d'autres études, peut-être avec une approche qualitative. Enfin, mesurer l'anxiété des pères à différents temps du processus de la naissance permettraient d'identifier les périodes où les pères ont le plus besoin d'être soutenus.

Abstract

Objective Although associated with many negative effects, perinatal paternal anxiety is generally under-diagnosed and little documented in the literature. The purpose of this study is then to measure trait anxiety and state anxiety of fathers during the early postpartum, and to compare these results between first-time fathers and experienced ones.

Method Recruitment took place during the hospitalisation of mothers and newborns at the maternity ward of the University Hospitals of Geneva, during the first days after delivery. Of the 235 fathers who met the inclusion criteria, 182 responded to the questionnaire administered (99 first-time fathers and 83 experienced fathers), representing a response rate of 77%. This questionnaire consisted of the two scales of the Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI), as well as socio-demographic and informative questions on prenatal preparation and delivery.

Results 91% of fathers surveyed showed a low to very low trait anxiety, and state anxiety was found to be low and very low for 97% of them. However, it appeared that new fathers were more anxious than experienced fathers during the early postpartum period. Multiple linear regression showed the predominant influence of feeling prepared at birth as decreasing anxiety.

Conclusion Results showed very low levels of anxiety in both groups of fathers, which surprised us. The feeling of being prepared appears to be a factor decreasing anxiety in our study. We then considered several hypotheses to try to explain the results obtained: the feeling of love, acting as a powerful inhibitor of negative emotions; the level of anxiety fluctuating between the perinatal period; the low trait-anxiety of the sample indicating good quality defense mechanisms in face of new or stressful situations; and the STAI test questioned for its specificity in measuring perinatal anxiety. However, these assumptions deserve to be confirmed by other studies, using a qualitative approach for example. Finally, measuring fathers' anxiety at different times in the birth process would able us to identify the periods when fathers most need to be supported.

1. INTRODUCTION

Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, en 1994, l'importance d'impliquer les hommes dans les domaines liés à la reproduction sexuelle est établi (OMS, 2007). Avec les mouvements féministes des années 1960 et 1970 prônant l'égalité des genres, les hommes sont appelés à participer de plus en plus, au même titre que les femmes, à la vie de famille (OMS, 2007). Le rôle des pères est passé d'un comportement traditionnel et autoritaire, à une attitude plus chaleureuse, affectueuse et interactive avec l'enfant (Genesoni & Tallandini, 2009). Par conséquent, la transition à la parentalité concerne aussi bien les femmes que les hommes. Après avoir détaillé tous les processus liés au devenir d'une mère, ce n'est que tardivement que les chercheurs se sont intéressés à la paternalité (OMS, 2007 ; Asenhed et al., 2014). Les changements d'identité et de construits sociaux d'homme en père s'accompagnent de nombreux défis et le trajet émotionnel de cette transformation peut se comparer à des « montagnes russes » (Asenhed et al., 2014). C'est pourquoi, l'OMS reconnaît, dans son rapport de 2007, l'importance pour les services de santé d'accompagner les pères en devenir et de les impliquer du mieux possible dans la santé reproductive de leur conjointe. Effectivement, partir du bon pied dans la paternalité contribue à de meilleures issues en santé (OMS, 2007). Adopter ses responsabilités parentales le plus tôt possible agit favorablement sur la santé de la femme, de l'enfant et de l'homme lui-même (OMS, 2007). Cependant, nombreux sont les hommes qui ne se sentent pas assez préparés à devenir père (Deave & Johnson, 2008). Quand le corps médical met au centre des soins la santé de la mère et de l'enfant, il est simple de comprendre que les pères se sentent négligés et peu aidés dans leur transition identitaire (Deave & Johnson, 2008). La grossesse, la naissance et la période du postpartum sont les trois grandes étapes conduisant à la paternité d'après Genesoni et Tallandini (2009). Le fœtus devient réel pour les pères lors de sa première visualisation, à l'échographie (Draper, 2002). L'accouchement et la naissance sont des moments très intenses en émotions (Eskandari et al., 2016 ; Figueiredo et al., 2018), et la période postnatale est considérée comme la période la plus difficile dans l'adaptation d'être père (Genesoni & Tallandini, 2009).

1.1. La transition à la parentalité pour les pères

La transition à la parentalité est une période, dans la vie d'un individu, qui requiert des ajustements dans ses habitudes quotidiennes, pour passer d'une étape à une autre (Deave & Johnson, 2008 ; Figueiredo et al., 2018). Quasiment tous les hommes passent par ce changement d'identité, car environ 80% d'entre eux deviennent pères au cours de leur vie (Deave & Johnson, 2008). Dans son

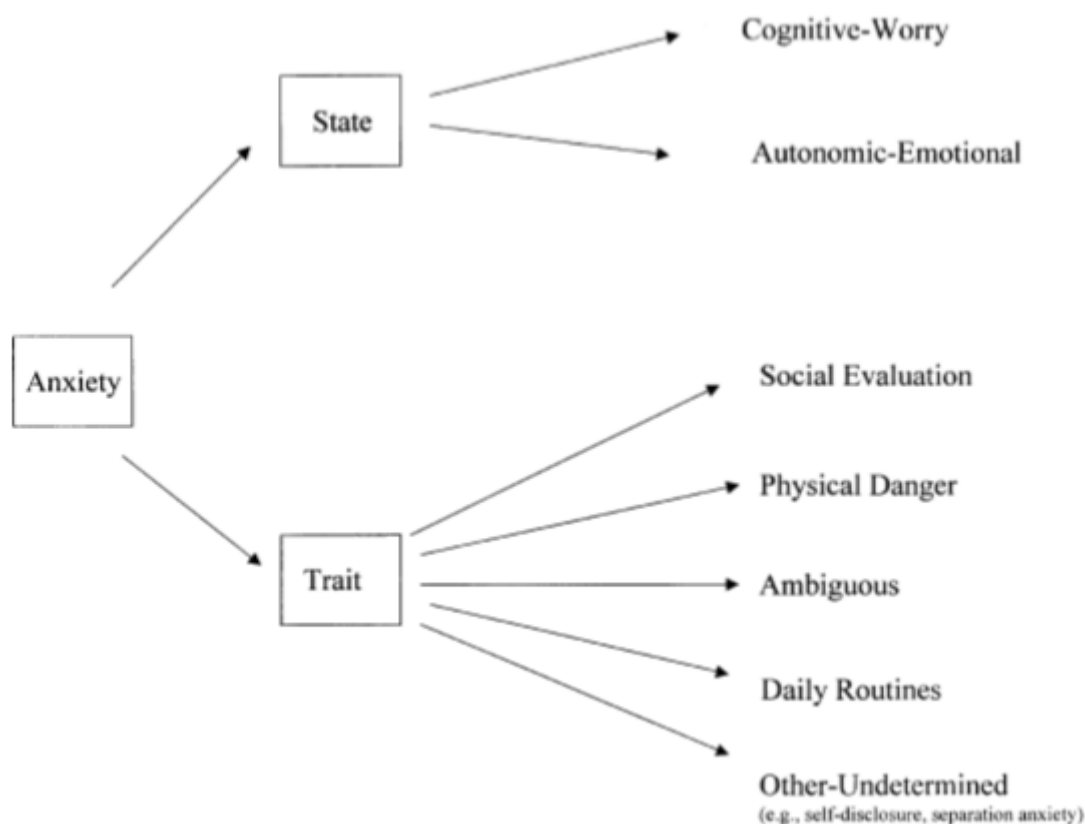
rapport, l'OMS (2007) indique que devenir parent est perçu positivement par la plupart des gens et donne un sens et un but dans la vie. Devenir père est plus particulièrement décrit « comme un processus de maturité, qui donne une conscience accrue de l'importance des relations, de nouvelles capacités empathiques et une meilleure confiance en soi » (OMS, 2007). Cependant, ce changement de vie, bien que souvent attendu et bienvenu, peut être complexe et exigeant (Philpott & Corcoran, 2017 ; Philpott et al., 2019), et une grande quantité de pères éprouvent des difficultés de santé mentale pendant la période périnatale (Philpott et al., 2019). D'ailleurs, Baldwin et al. (2018) rapportent que l'anxiété et la dépression sont les deux problèmes les plus rencontrés par les pères au cours de cette période. Désireux de vouloir bien faire et d'être un bon père, la grossesse semble être une période exigeante, où une palette de sentiments différents se dessinent menant à la réorganisation psychologique des hommes en pères (Asenhed et al., 2014 ; Baldwin et al., 2018). La première échographie réduit le sentiment d'irréalité et laisse place à la l'excitation et à l'envie de créer un lien avec l'enfant (Asenhed et al., 2014). Elle s'accompagne aussi de nombreuses réflexions des hommes sur leur compétence et leur capacité en tant que père (Asenhed et al., 2014). Toutefois, la période postnatale, allant jusqu'à un an après la naissance, est décrite comme étant la période la plus difficile (Baldwin et al., 2018). Trouver l'équilibre entre les diverses exigences qui leur sont imposées, leurs besoins personnels et professionnels, leur nouveau rôle en tant que parent, les besoins émotionnels et relationnels de la famille et les pressions sociétales et économiques n'est pas chose aisée (Baldwin et al., 2018). La venue d'un enfant modifie la dynamique du couple, laissant l'individualisme de côté, au profit de responsabilités familiales (Eskandari et al., 2016 ; Philpott & Corcoran, 2017). Cela peut créer un sentiment de perte de liberté, de problèmes financiers, ou encore de modifications professionnelles (Eskandari et al., 2016), pouvant engendrer des problèmes mentaux (Philpott et al., 2019). Les hommes les plus vulnérables aux troubles mentaux sont ceux ayant déjà connu un épisode dépressif, avec des revenus faibles et/ou une médiocre relation conjugale (Fletcher et al., 2019). De plus, toutes les recherches s'accordent à dire que ces difficultés psychologiques chez les pères ont des effets négatifs sur le bien-être maternel et celui du nouveau-né, affectant le développement de ce dernier (OMS, 2007 ; Baldwin & Bick, 2017 ; Figueiredo et al., 2018 ; Philpott et al., 2019 ; Fletcher et al., 2019 ; Chen et al., 2019). D'importantes études longitudinales, comme l'*Early Childhood Longitudinal Study* (ECLS) aux Etats-Unis, la *National Child Development Study* (NCDS) au Royaume-Uni ou encore l'*Australian Temperament Project* (ATP) en Australie ont montré l'importance de la place des pères dans la promotion de la santé physique et des habilités sociales de l'enfant, depuis sa naissance jusqu'à ce qu'il devienne adulte (OMS, 2007). En raison de son impact sur le bien-être infantile et familiale, la santé mentale périnatale paternelle est devenue un problème de santé publique (Philpott et al., 2019). Dans leur revue systématique sur l'anxiété chez les pères pendant la période périnatale, Philpott et les autres, en 2019, remarquent que les recherches se sont plutôt

focalisées sur la dépression périnatale et très peu sur l'anxiété alors que celle-ci est beaucoup plus courante dans la population en général. Effectivement, 14% d'individus sont concernés par l'anxiété contre 6,9% par la dépression ; et 17,4% de pères rencontrent de l'anxiété pendant les six premiers mois postpartum, contre 4,1% pour la dépression (Philpott et al., 2019). De plus, l'anxiété est considérée comme un facteur de risque menant à des troubles mentaux plus sévères comme la dépression (Philpott et al., 2019).

1.2. Définition de l'anxiété

L'anxiété est une émotion reconnue depuis le temps d'Hippocrate (Crocq, 2015). En passant par de nombreuses définitions, ce n'est qu'au siècle dernier que l'anxiété connaît un essor et est désormais décrite comme « un sentiment subjectif de malaise, d'inconfort, d'appréhension ou d'inquiétude » (Philpott et al., 2019). Freud, Spielberger, Endler et Dreger sont autant d'auteurs qui se sont intéressés à comprendre et analyser les processus sous-jacents à l'anxiété (Endler & Kocovski, 2001). En 1966, Spielberger divise le concept de l'anxiété en deux catégories : l'anxiété-état et l'anxiété-trait (Endler & Kocovski, 2001). L'anxiété-état se définit comme une émotion transitoire qui fluctue en fonction d'une situation spécifique (Vigneau & Cormier, 2008 ; Philpott et al., 2019), alors que l'anxiété-trait est considérée comme un aspect de la personnalité relativement stable (Philpott et al., 2019) indiquant des tendances individuelles de réponse à des menaces perçues dans l'environnement propres à chacun (Vigneau & Cormier, 2008). Dès lors, l'anxiété est comprise comme une émotion dynamique, où le sujet anticipe une situation menaçante ou nouvelle, influencé par son trait de personnalité. Dans ses recherches, Spielberger a conclu que les facteurs de stress externes et les stimuli internes comme les pensées, les sentiments et les besoins biologiques génèrent plus ou moins d'anxiété, en fonction du niveau anxieux du trait de personnalité (Elwood et al., 2012). De façon générale, l'anxiété se développe suite à un contexte perçu comme menaçant, et produit une réponse appropriée face à la menace (Elwood et al., 2012). Endler & Kocovski, en 2001, décrivent deux facettes de l'anxiété-état, que sont l'inquiétude cognitive et l'émotionnelle autonome ; et au moins quatre facettes du trait d'anxiété, à savoir l'évaluation sociale, le danger physique, l'ambiguïté et la routine quotidienne. Schématiquement, cela se représente comme tel :

Figure 1- LES DIMENSIONS DE L'ANXIETE :



Cependant, l'anxiété, considérée comme une émotion normale, peut devenir nuisible si elle est excessive. Ce n'est que tardivement, au XXème siècle, que des distinctions ont été faites entre l'anxiété normale, dite adaptative, et l'anxiété pathologique (Crocq, 2015). Lorsqu'elle devient trop sévère et persistante, l'anxiété peut devenir handicapante en produisant des réponses aux menaces négatives (Philpott et al., 2019). Le DSM-5 regroupe les troubles anxieux en trois catégories : « anxiety, OCD, and trauma- and stressor-related disorders » (Crocq, 2015). Cependant, l'anxiété est souvent adaptative dans de nombreux scénarios pour répondre adéquatement au danger (Philpott et al., 2019). En périnatalité, Philpott et al. (2019) nous indiquent que bien qu'elles puissent nuire à la qualité de vie et au bon fonctionnement, « la plupart des réactions d'anxiété du père sont transitoires et adaptatives et sont liées au stress associé à la transition vers la paternité ou à l'arrivée d'enfants subséquents ». Dans cet écrit, le terme anxiété se réfèrera donc à une émotion considérée normale et non comme un trouble maladif.

1.3. La problématique

L'adaptation à la paternité débute dès la conception de l'enfant, pour se concrétiser à la naissance de celui-ci (Genesonie & Tallandini, 2009). La période du post-partum est alors envivée d'émotions, pouvant aller d'une joie intense à une crainte extrême. L'anxiété paternelle périnatale est sous-diagnostiquée alors qu'elle est associée à de nombreux effets négatifs comme un niveau inférieur d'auto-efficacité parental, une fatigue croissante, un soutien relationnel amoindri avec sa partenaire, et une interaction père-enfant altérée (Philpott et al., 2019). De plus, la majorité des recherches sur les pères se font sur les hommes qui deviennent papas pour la première fois. Il n'existe, à ce jour, quasiment pas de recherches sur le ressenti des hommes déjà pères qui accueillent un nouvel enfant. Le but de cette recherche est alors d'évaluer l'anxiété des pères dans le post-partum précoce, en comparant deux groupes d'individus : les pères pour la première fois, appelés *primi-pères*, et les autres pères ayant déjà au moins un enfant, les *multi-pères*.

2. METHODOLOGIE

2.1. Type d'étude entreprise

Il s'agit d'une étude observationnelle comparative exploratoire. Elle aura pour but d'évaluer l'anxiété des pères à la naissance de leur enfant. Deux groupes seront comparés : les primi- et les multi-pères. Nous comparerons aussi leur niveau d'anxiété dans le post-partum précoce (entre le 1^{er} et le 6^{ème} jour suivant la naissance, avant le retour à domicile) vs leur trait de personnalité concernant l'anxiété. Plusieurs comparaisons seront alors possibles :

- Les primi-pères sont-ils plus anxieux que les multi-pères dans le post-partum précoce ?
- Les pères, avec un trait général fort d'anxiété, sont-ils plus anxieux à la naissance que leurs pairs moins anxieux d'ordinaire ?
- Existe-t-il des facteurs prédictifs de l'anxiété-état des pères dans le post-partum précoce ?

2.2. Sélection des participants/Population

La population étudiée sera les hommes qui accueillent leur premier enfant, les primi-pères, et ceux pour qui l'enfant qui vient de naître est leur second, troisième ou plus, les multi-pères.

Afin de pouvoir participer à l'étude, les hommes interrogés devront être majeurs et savoir lire le français. Seront exclus les pères dont le nouveau-né présente une ou plusieurs pathologies ou malformations, ainsi que les pères de jumeaux ou plus ; ces particularités étant particulièrement anxiogènes.

Le recrutement se fera à la maternité des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG), dans le service du postpartum. Les pères seront invités à répondre au questionnaire de l'étude pendant le séjour à l'hôpital de la mère et l'enfant, avant de rentrer chez eux, soit dans les premiers jours qui suivent l'accouchement.

Il n'a pas été calculé de taille d'échantillon car cette étude est exploratoire et nous n'avons pas trouvé de données préliminaires qui nous permettraient de calculer un échantillon basé sur une différence de moyenne d'anxiété entre les groupes. Il s'agit donc d'un échantillonnage aléatoire simple. Nous avons prévu d'inclure 100 pères pour chaque groupe, soit 200 participants au total.

2.3. Outil et matériel de mesure

La présentation de l'étude et du questionnaire ainsi que les consignes pour y répondre seront données à tous les pères approchés, qu'ils acceptent ou refusent de participer (annexe 1). Le questionnaire dans son entier prendra une dizaine de minutes à répondre.

2.3.1. Le State - Trait Anxiety Inventory (STAI)

Afin de collecter les données sur l'anxiété, le questionnaire STAI-Y de Spielberger sera utilisé. Il s'agit d'un outil créé dans sa version originale sous la forme STAI-A en 1964, puis revisité en STAI- X et enfin en STAI-Y, sa forme finale, en 1988 (Langevin et al., 2012). Reconnu pour sa fiabilité des résultats et sa validité de construit, ce test est largement utilisé dans de nombreux domaines pour mesurer l'anxiété des personnes. Il a été traduit en français par Bruchon-Schweitzer et Paulhan en 1993 (Langevin et al., 2012). Il se compose en deux parties, le STAI-YA, permettant d'évaluer le niveau d'anxiété-état de la personne interrogée, c'est-à-dire son niveau d'anxiété au moment présent, lié à une situation particulière qui est dans cette étude l'accueil d'un enfant ou le fait de s'adapter à son nouveau rôle de père ; et le STAI-YB, qui évalue le niveau d'anxiété en tant que trait de personnalité pour déterminer l'état anxieux général d'une personne. Chacune de ces deux parties est composée de 20 items, tous mesurés par une échelle de Likert en quatre points. Pour l'échelle YA, les participants choisissent entre « non », « plutôt non », « plutôt oui » et « oui », alors que pour l'échelle YB, les modalités de réponses se divisent en « presque jamais », « parfois », « souvent » et « presque toujours ». Chaque réponse donne lieu à un score, où 1 représente le niveau le plus faible d'anxiété et 4 le degré le plus fort. La somme des scores obtenus pour chaque échelle renvoie à un certain niveau d'anxiété, et peut s'interpréter comme tel :

Tableau 1 - NIVEAU D'ANXIETE SELON LE SCORE TOTAL :

Niveau d'anxiété	Score total pour chaque échelle
Très élevé	>65
Elevé	De 56 à 65
Moyen	De 46 à 55
Faible	De 36 à 45
Très faible	<36

Lorsque les deux formes du STAI sont utilisées, ce qui est le cas dans cette étude, il est recommandé d'administrer d'abord l'échelle A puis la B. Cette dernière « s'est montrée peu sensible aux conditions dans lesquelles elle est administrée », alors que les réponses à l'échelle A peuvent « être influencées par le climat émotionnel induit par l'échelle B si celle-ci est administrée en premier » (Langevin et al., 2012). Nous avons suivi ces recommandations. Les échelles YA et YB sont respectivement présentées dans les annexes 2 et 3.

2.3.2. Le questionnaire administré

A la suite des deux échelles de Spielberger, le questionnaire comportera un champ libre, permettant aux participants de s'exprimer librement sur le sujet ou de commenter leur ressenti à la naissance. Ils pourront apporter des précisions sur certaines réponses ou écrire une pensée ou un avis sur le thème de l'anxiété, en rapport avec leur transition vers la paternité. Enfin, des questions d'ordre général, sur les données démographiques des participants, comme leur niveau de formation, leur âge et leur nationalité seront posées, dans l'optique de décrire la population étudiée. Ensuite, il y aura des questions en lien avec la périnatalité, pour connaître le nombre d'enfants des pères interrogés, savoir s'ils ont suivi des cours de préparation à la naissance, le mode d'accouchement, et comment ils se sont sentis accompagnés par les professionnel(le)s. Ces données nous permettront de mettre en évidence d'éventuels facteurs explicatifs à l'anxiété. Enfin, l'étude étant réalisée pendant la période de pandémie inédite du Covid19, cinq questions sur les mesures sanitaires, le temps de visite en post-partum et l'inquiétude face au virus seront posées pour déterminer l'influence de cette période sur les résultats. Le questionnaire se trouve en annexe 4.

2.3.3. Le matériel utilisé

Pour limiter au maximum les erreurs de transcription des données, le questionnaire sera soumis aux participants de manière électronique, à l'aide d'une tablette, et non pas sur un format papier. Le logiciel utilisé sera « Lime Survey ». Créé en 2006 en Allemagne par Carsten Schmitz, ce logiciel est accessible sur internet à l'adresse suivante : <https://www.limesurvey.org/fr/>. Il est utilisé mondialement, autant par des particuliers que par des institutions gouvernementales en passant par des grandes entreprises et des universités. L'utilisation de cet outil permettra, d'une part, de respecter la confidentialité des données personnelles des pères interrogés puisque la saisie est anonyme, et, d'autre part, d'éviter des erreurs de transcription dans la saisie manuelle des réponses puisqu'elles seront automatiquement rapportées dans un tableau Excell.

2.4. Analyse de données

Les statistiques seront réalisées à l'aide du logiciel STATA 16.0 (<https://www.stata.com>).

Par défaut, les tests statistiques seront bilatéraux. L'hypothèse nulle, H_0 , indiquera qu'il n'y a pas de relations entre les variables ou qu'il n'y a pas de différence de moyenne entre deux groupes, suivant le test utilisé. L'hypothèse de recherche H_1 , quant à elle, contredira l'hypothèse nulle. Le seuil de significativité α choisit est de 0,05, c'est-à-dire que lorsque la valeur de p sera inférieure ou égale à ce seuil, nous rejetterons l'hypothèse nulle. Autrement dit, la probabilité de rejeter H_0 par erreur sera de 5%.

Des moyennes et leur déviation standard seront calculées pour les variables continues et des proportions seront rapportées pour les variables qualitatives. Le test t de Student servira à déterminer la différence entre les moyennes des deux groupes. Le test du Chi2 permettra d'analyser l'association entre les variables catégorielles. En cas de distribution non symétrique des variables, nous utiliserons les tests non-paramétriques adéquats, soit le test de Mann–Whitney pour les variables quantitatives ou le test exact de Fischer pour les variables qualitatives. Enfin, au travers des tests de régression linéaire multiple, il sera possible d'analyser des associations multiples, et de contrôler des variables pouvant être parasites.

2.5. Considérations éthiques

Dans l'optique de respecter et protéger les droits à la personne, cette étude veillera à ce que les quatre principes majeurs de la bioéthique, définis par la Commission nationale américaine et résumés dans le rapport Belmont en 1975, soient respectés.

- L'autonomie : les pères seront libres de décider par eux-mêmes de participer à l'étude ou pas, après avoir été informés du but de leur participation, et pourront se rétracter à tout moment sans avoir à justifier leur décision.
- La bienfaisance : si toutefois un participant se trouve dans une situation anxieuse, des conseils lui seront apportés pour trouver de l'aide pour gérer ses émotions.
- La non-malfaisance : une fois le questionnaire rempli, une feuille identifiant les signes et symptômes liés à l'anxiété sera remise à tous les pères, avec quatre adresses possibles à contacter en cas de besoin (annexe 5).

- La justice : le but de l'étude n'étant pas de rajouter du stress aux pères, la population choisie pour étudier ce phénomène n'est pas considérée comme à risque. Seuls les pères avec un nouveau-né en bonne santé, né à terme et auprès de la mère seront invités à participer.

Enfin, toutes les données analysées seront anonymisées, il ne sera pas possible d'identifier un participant dans les publications ou les présentations orales qui seront faites de ce travail.

Après examen de notre projet de recherche, la commission d'éthique du canton de Genève a statué que cette recherche ne rentrait pas dans le cadre de la Loi relative à la recherche sur l'être humain Suisse et ne nécessitait donc pas de soumission pour approbation à la commission d'éthique (Req-2020-00463). La sécurité des participants, la pertinence scientifique de notre recherche et le respect des exigences éthiques, telles que décrites dans la loi fédérale Suisse relative à la recherche sur l'être humain de 2011 (Nickel, 2015), ont été au centre de nos préoccupations à toutes les phases de ce projet.

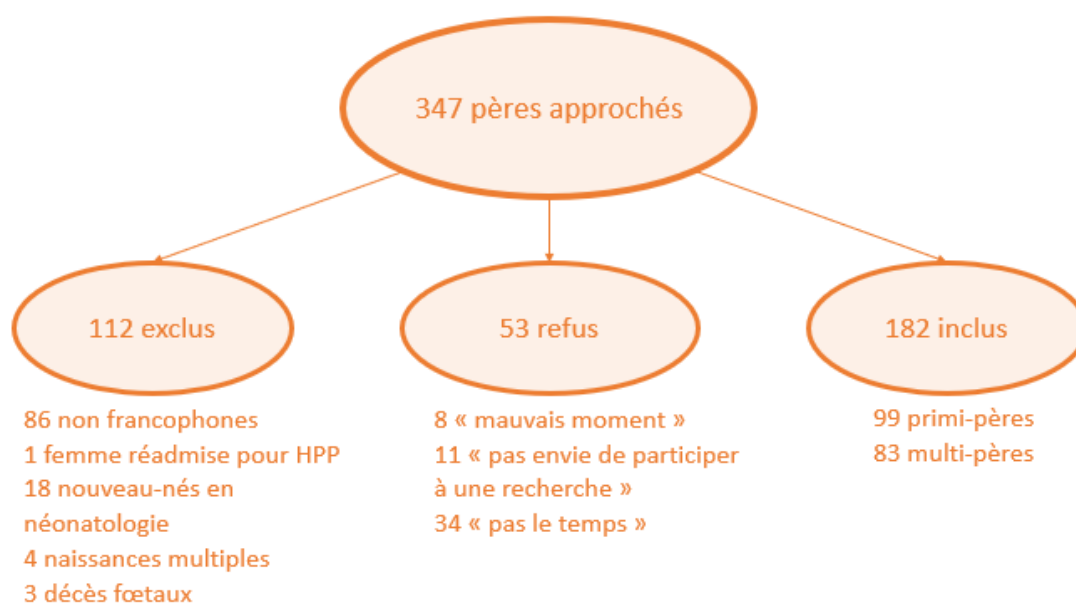
Enfin, les participants qui l'ont souhaité, seront informés des résultats de notre recherche.

3. RESULTATS

3.1. Participation à l'étude

Entre le 8 juin et le 30 septembre 2020, 347 pères ont été approchés, dont 182 qui ont répondu au questionnaire en entier. Les 165 autres ont soit refusé de participer, soit ils ne rentraient pas dans les critères d'inclusion de l'étude. En excluant ces pères, ce sont 182 participants sur 235 qui ont répondu au questionnaire, soit 77%.

Figure 2 - DIAGRAMME DE PARTICIPATION :



Environ un tiers de la population choisie ne rentrait pas dans les critères d'inclusion de l'étude, dont 24,8% des pères approchés qui ne parlaient pas du tout ou très peu le français.

Les deux groupes de pères voulus pour l'étude se sont équilibrés d'eux-mêmes, malgré un manque de 16 participants dans le groupe des multi-pères, par rapport à l'échantillon initialement prévu.

3.2. Caractéristiques des participants

Le tableau 2 montre les caractéristiques des participants.

Tableau 2 - CARACTERISTIQUE DES PARTICIPANTS :

	TOTAL	PRIMI-PERES	MULTI-PERES	P Valeur
Participants n(%)	182 (100)	99 (54,40)	83 (45,60)	< 0.001*
Moyenne d'âge en années (min – max)	35 (22-58)	33 (22-52)	37 (24-58)	< 0.001*
Niveau de formation n(%)				0.747
Scolarité minimale obligatoire	7 (3,85)	3 (3,03)	4 (4,82)	
Apprentissage	37 (20,33)	22 (22,22)	15 (18,07)	
Baccalauréat	29 (15,93)	13 (13,13)	16 (19,28)	
Université/Haute école	100 (54,95)	56 (56,57)	44 (53,01)	
Autre	9 (4,95)	5 (5,05)	4 (4,82)	
A suivi des cours de PAN n(%)				< 0.001*
Oui	76 (41,76)	61 (61,62)	15 (18,07)	
Non	106 (58,24)	38 (38,38)	68 (81,93)	
Senti préparé à la naissance n(%)				< 0.001*
Très bien préparé	60 (32,97)	21 (21,21)	39 (46,99)	
Bien préparé	102 (56,04)	62 (62,63)	40 (48,19)	
Peu préparé	16 (8,79)	14 (14,14)	2 (2,41)	
Pas du tout préparé	4 (2,20)	2 (2,02)	2 (2,41)	
A assisté à l'accouchement n(%)				0.013*
Oui	171 (93,96)	97 (97,98)	74 (89,16)	
Non	11 (6,04)	2 (2,02)	9 (10,84)	
Senti accompagné pendant l'accouchement entre 0 et 10 Moyenne (écart type)	9,33 (1,52)	9,48 (1,27)	9,16 (1,76)	0.147
Senti accompagné pendant la période du postpartum entre 0 et 10 Moyenne (écart type)	8,92 (1,97)	9,08 (1,83)	8,72 (2,11)	0.222
Senti prêt à rentrer chez eux entre 0 et 10 Moyenne (écart type)	8,76 (1,86)	8,28 (1,93)	9,32 (1,60)	< 0.001*

*différence significative

Age. La moyenne d'âge des pères qui ont accueilli leur premier enfant (33 ans) lors de l'étude est significativement inférieure à celle des multi-pères (37 ans ; $p < 0.001$).

Niveau de formation. Les proportions des niveaux de formation se valent d'un groupe à l'autre. Plus de la moitié des participants ont suivi un cursus universitaire (54,95%).

Cours de préparation à la naissance (PAN). Les primipères s'y sont beaucoup intéressés car 61% ont suivi des cours (n=55 cours traditionnels ; n=6 rencontres spécifiques entre papas ; n=4 haptonomie ; n=11 se sont préparés avec une sage-femme, sur internet ou par des livres). Sur les 38% qui n'en ont pas pris, 44% sont dû à l'annulation des cours à cause du Covid19. Quant aux multipères, 68 d'entre eux n'ont pas pris de cours de PAN, car 26 ont indiqué que cela ne les intéressait pas et 24 ont précisé qu'ils avaient déjà suivi des cours pour leur premier enfant. On observe une différence significative entre les deux groupes ($p < 0.001$).

Senti préparé à la naissance. Hormis 4 participants du groupe des multipères, la moitié s'est senti « très bien préparé » et l'autre moitié « bien préparé ». A l'inverse, malgré une forte participation aux cours de PAN, seulement 21% des primipères se sont senti « très bien préparés » à la naissance et 16% ne se sentaient que « peu ou pas du tout préparés ». Même si les pères se sentent de façon générale bien préparés (89% ont rapportés se sentir bien à très bien préparés), les primipères se trouvent significativement moins bien préparés (peu et pas du tout préparés) que les multipères (16,2% vs 4,8% respectivement ; $p=0.015$).

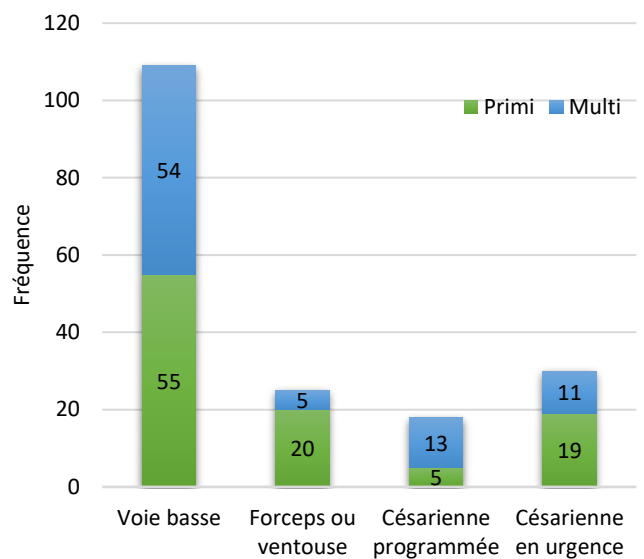
Assisté à l'accouchement. Quasiment tous les pères ont assisté à l'accouchement de leur conjointe, à l'exception de 11 participants. L'accouchement par césarienne en urgence en a été la cause principale. Le père ne voulant alors pas y assister ou alors n'ayant pas pu entrer dans le bloc opératoire.

L'accompagnement par les professionnel(le)s de santé. Avec une moyenne générale de 9,33 sur 10, l'accompagnement des professionnel(le)s des HUG pendant l'accouchement a été de très bonne qualité et apprécié par la majorité des pères. Pendant le séjour au postpartum, les primipères ont préférés l'accompagnement des professionnel(le)s comparé aux multipères, avec des moyennes reportées par groupe à 9,08 et 8,72 respectivement. Ceci dit, certains participants ont répondu au questionnaire tout juste après la naissance de leur enfant et n'avaient pas encore eu l'occasion de vivre la période en question.

Se sentir prêt à rentrer à la maison avec maman et bébé. Les primipères se sont senti les mieux accompagnés par les professionnel(le)s pendant l'accouchement et le postpartum et pourtant, dans ce groupe, les pères se sentent moins prêts à rentrer chez eux avec leur nouvelle famille ($p < 0.001$).

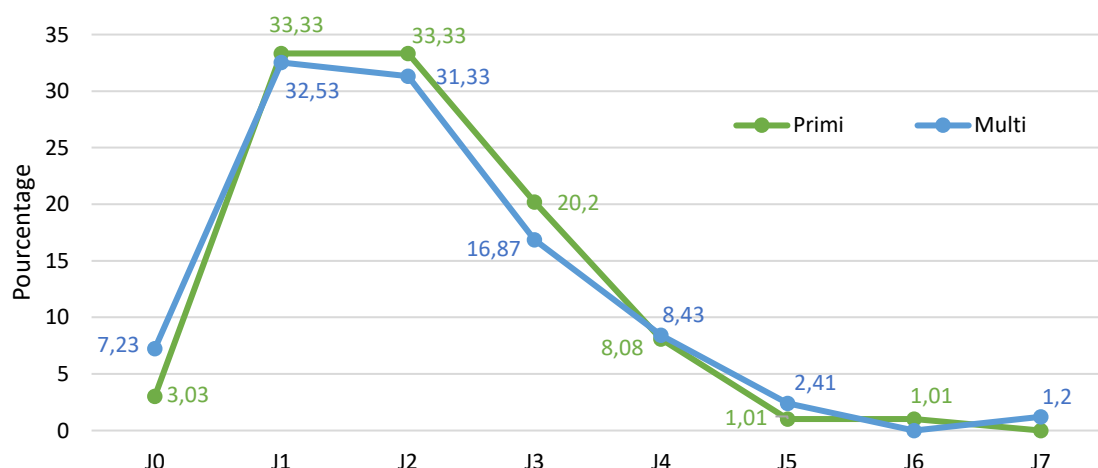
Mode d'accouchement. Avec 109 accouchements par voie basse, ce mode d'accouchement représente 60% des accouchements des partenaires de la population étudiée. Il y a eu 20% d'instrumentaux et 19% de césariennes en urgence dans le groupe des primipères, contre 6% et 13% respectivement chez les multipères. Les césariennes programmées représentent presque 10% des accouchements totaux. Ceci dit, on note une différence significative du mode d'accouchement entre les 2 groupes ($p=0.004$).

Figure 3 - MODE D'ACCOUCHEMENT PAR GROUPE :



Jour de remplissage du questionnaire. Les pourcentages se valent entre les deux groupes. La moyenne du jour auquel les participants, groupes confondus, ont répondu au questionnaire correspond à 2. Un tiers des participants a répondu à J1 et un autre tiers à J2. Il n'apparaît pas de différences entre les groupes sur le jour répondu ($p=0.719$).

Figure 4 - JOUR REPONDU AU QUESTIONNAIRE :



La majorité des réponses a été obtenue entre J1 et J3, car 84,06 % des pères ont répondu au questionnaire pendant cette période.

3.3. Scores du STAI pour l'échantillon entier

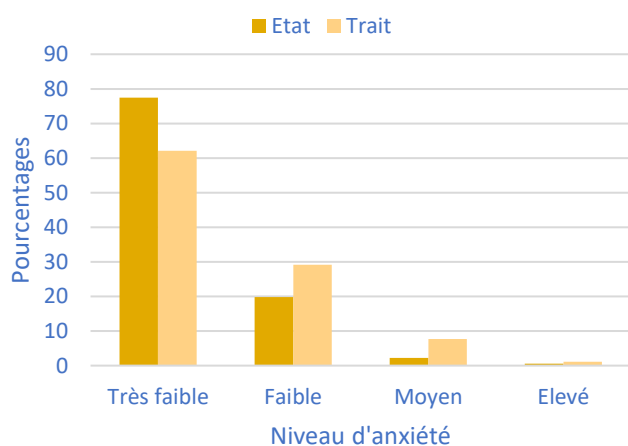
Les deux échelles du STAI, auxquelles les participants ont répondu pendant la période du postpartum, ont permis de mesurer les niveaux d'anxiété des pères juste après la naissance de leur enfant et aussi leur trait de personnalité anxieux. Les scores totaux ont été générés pour chaque échelle puis catégorisés selon les 5 niveaux décrits dans la partie méthodologie (cf 2.3.1).

Tableau 3 - SCORES TOTAUX ETAT/TRAIT DU STAI :

	STAI-YA Anxiété état			STAI-YB Anxiété trait		
NIVEAU D'ANXIÉTÉ	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Cumulé	Fréquence	Pourcentage	Pourc. Cumulé
Très faible	141	77.47	77.47	113	62.09	62.09
Faible	36	19.78	97.25	53	29.12	91.21
Moyen	4	2.20	99.45	14	7.69	98.90
Elevé	1	0.55	100.00	2	1.10	100.00
Très élevé	0			0		

Aucun des participants de l'étude ne présente un niveau d'anxiété « Très élevé », que ce soit pour la première échelle ou la deuxième.

Figure 5 - SCORES TOTAUX PAR ECHELLE :



Le post-partum précoce n'apparaît pas être une période anxiogène pour 97% des pères, leur niveau d'anxiété situationnelle étant qualifié de « très faible » et « faible ».

91% des participants ont montré un trait de personnalité anxieux « faible » et « très faible ».

Les commentaires exprimés dans le questionnaire colorent une période émotionnellement positive. Un père décrit : « Pendant l'accouchement, j'étais très stressé et inquiet. Pour qu'à la fin avoir le plus beau cadeau pour les parents. L'émotion a pris le dessus à la fin. » Les mots qui ressortent le plus souvent dans les commentaires sont le « bonheur », la « joie », le « soulagement » et la « fierté ». Un père qualifie la naissance comme « l'expérience émotionnelle la plus intense de ma vie. »

3.4. Anxiété-état (échelle YA) selon la parité

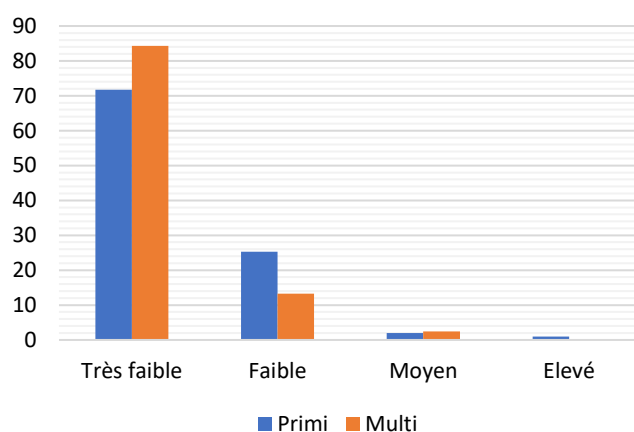
« L'échelle d'Anxiété Etat évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la consultation. Elle constitue un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquées par des situations aversives ou thérapeutiques » (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993).

Tableau 4 - ANXIETE ETAT PAR PARITE :

STAI-YA Anxiété état							
Primipères				Multipères			Test de Student sur scores totaux
NIVEAU D'ANXIETE	n	%	Pourc. Cumulée	n	%	Pourc. Cumulée	P Valeur
Très faible	71	71.72	71.72	70	84.34	84.34	0.029*
Faible	25	25.25	96.97	11	13.25	97.59	
Moyen	2	2.02	98.99	2	2.41	100.00	
Elevé	1	1.01	100.00	0			

*différence significative

Figure 6 - ANXIETE ETAT PAR PARITE (EN POURCENTAGE) :



L'anxiété générée chez les pères juste après l'accouchement et avant le retour à domicile semble être moins importante chez les multipères, comparé aux hommes qui accueillent leur premier enfant.

En effet, 84% des multipères montrent un niveau d'anxiété très faible, contre 71% des primipères.

Comme $p=0.029$, on peut en conclure qu'il existe probablement une différence significative entre l'anxiété état des primipères et celle des multipères. Les hommes expérimentant leur première naissance semblent plus anxieux que les autres. Cependant, cette anxiété reste à un niveau faible à très faible selon les catégories de mesures du STAI.

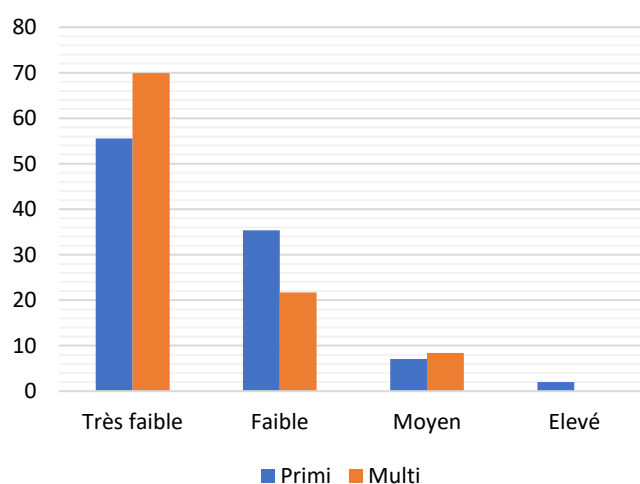
3.5. Anxiété-trait (échelle YB) selon la parité

« L'échelle d'Anxiété Trait permet d'apprécier les mêmes sentiments que le sujet ressent « habituellement ». Elle évalue l'anxiété comme disposition stable et permet d'identifier les sujets anxieux au sein des groupes » (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993).

Tableau 5 - ANXIETE TRAIT PAR PARITE :

STAI-YB Anxiété trait							
Primipères				Multipères			Test de Student sur scores totaux
NIVEAU D'ANXIETE	n	%	Pourc. Cumulée	n	%	Pourc. Cumulée	P Valeur
Très faible	55	55.56	55.56	58	69.88	69.88	0.18
Faible	35	35.35	90.91	18	21.69	91.57	
Moyen	7	7.07	97.98	7	8.43	100.00	
Elevé	2	2.02	100.00	0			

Figure 7 - ANXIETE TRAIT PAR PARITE (EN POURCENTAGE) :



Environ 91% de chaque groupe ont un trait de personnalité compris entre très faible et faible.

$P > 0,05$, donc on garde statistiquement l'hypothèse H_0 , où il n'y a pas de différence significative au niveau du trait de personnalité entre les primi- et les multipères.

3.6. Covid19

La pandémie actuelle a chamboulé les conditions sanitaires dans les hôpitaux, affectant l'environnement autour de l'accouchement et de la période du postpartum. A la maternité des HUG, une seule personne, en général le père, était autorisée en salle d'accouchement. Puis, la même personne pouvait rendre visite à la mère et l'enfant deux heures par jour uniquement. Toutes les

autres visites (famille et enfants de la fratrie) étaient interdites durant le séjour de la mère et du nouveau-né au postpartum. Le tableau 6 rapporte les résultats des questions liées au Covid19.

Tableau 6 - RESULTATS COVID19 :

	Total n(%)	Primipères n(%)	Multipères n(%)	P valeur
Les mesures sanitaires du personnel soignant ont				
Rassuré	120 (65,93)	71 (71,72)	49 (59,04)	0.264
Inquiété	4 (2,20)	1 (1,01)	3 (3,61)	
Ni l'un ni l'autre	50 (27,47)	23 (23,23)	27 (32,53)	
Autre	8(4,40)	4 (4,04)	4 (4,82)	
Temps de visite au post-partum				
A ma convenance	105 (57,69)	61 (61,62)	44 (53,01)	0.33
Deux heures par jour	71 (39,01)	36 (36,36)	35 (42,17)	
Uniquement pour le retour à dom.	2 (1,10)	0	2 (2,41)	
Autre	4 (2,20)	2 (2,02)	2 (2,41)	
Les mesures de protection en place à la maternité étaient				
Insuffisantes	2 (1,10)	0	2 (2,41)	0.147
Suffisantes	141 (77,47)	83 (83,84)	58 (69,88)	
Excessives	21 (11,54)	9 (9,09)	12 (14,46)	
Injustifiées	4 (2,20)	1 (1,01)	3 (3,61)	
Autre	14 (7,69)	6 (6,06)	8 (9,64)	
Inquiet que maman et/ou bébé soit infecté par le Covid19				
Pas du tout	97 (53,30)	52 (52,53)	45 (54,22)	0.728
Un peu	77 (42,31)	43 (43,43)	34 (40,96)	
Beaucoup	7 (3,85)	3 (3,03)	4 (4,82)	
Enormément	1 (0,55)	1 (1,01)	0	

Aux questions liées à la pandémie sanitaire, les résultats ne montrent aucune différence significative, statistiquement parlant, entre le groupe des primi-pères et celui des multi-pères.

Dans l'ensemble, les mesures sanitaires prises par les soignants ont été jugées rassurantes par la majorité des participants à l'étude. De même, 77% ont trouvé les mesures suffisantes. Ceci dit, un peu moins d'un quart des pères les ont trouvées excessives, voir injustifiées, « *Trop stricte pour les pères* » selon un participant. Le fait de ne pas être autorisé à rester avec leur partenaire à l'arrivée aux urgences, et de devoir attendre qu'elle soit installée dans une chambre pour la retrouver a été mal perçu. Concernant les visites au postpartum, 38% ont suivis les règles sanitaires et étaient limités à 2 heures par jour, ce qui a été qualifié de « *peu* » par de nombreux pères. « [Je] *ne comprend pas pourquoi 2h par jour et pas plus (sans sortir de la maternité)* » a commenté un participant. Les

contraintes liées au port du masque ont aussi suscité quelques réactions, comme par exemple : « *Pas très pratique de profiter de son enfant avec un masque. J'ai considéré cela comme une atteinte importante à ma liberté.* » Le fait de limiter les visites à une personne seulement a cependant été décrit comme bénéfique par certains pour le repos et la tranquillité de la mère et de l'enfant. Par contre, l'interdiction de visites des autres enfants de la fratrie a, je cite, « *exaspéré* » certains pères qui ont trouvé difficile le fait que les grands frères et sœurs n'aient pas pu rencontrer le nouveau-né, ni même voir leur mère pendant plusieurs jours.

3.7. Régression linéaire multiple

En faisant une régression linéaire multiple sur les facteurs pouvant être prédictifs à l'anxiété-état, seulement le fait de « se sentir préparé à la naissance » est statistiquement significatif ($p < 0.001$), chez les primi-pères uniquement. Les autres variables, comme le niveau de formation, le mode d'accouchement, le jour répondu ou encore les cours de préparation à la naissance n'apparaissent pas influencer les résultats de l'anxiété. Chez les multi-pères, aucune variable n'est statistiquement significative et donc aucune relation entre les différentes variables et l'anxiété ne peut être émise.

Le fait qu'il n'y ait pas de différence significative entre les deux groupes de pères au niveau des résultats de l'anxiété-trait, aucune régression linéaire ne semble nécessaire à faire.

4. DISCUSSION

Notre étude a mis en évidence des niveaux d'anxiété paternelle faibles à très faibles, tant au niveau de leur trait de personnalité que de leur anxiété situationnelle, c'est-à-dire pendant le séjour à l'hôpital de la mère et du nouveau-né. Ces résultats sont très surprenants, d'autant plus que le recueil de données s'est fait pendant la période de crise sanitaire liée au Covid19. Dans ce contexte inédit, nous aurions pu imaginer une influence négative sur l'anxiété des pères. La pandémie mondiale actuelle n'a cependant pas eu l'air d'influencer les niveaux d'anxiété des hommes de notre échantillon. Nous allons alors tenter de comprendre le sens de ces résultats, et ensuite exposer les enjeux pour la pratique.

4.1. La faible anxiété du postpartum précoce

Pour 97% des participants, le niveau de l'anxiété-état est jugée faible et très faible. Cependant, il existe une différence statistiquement significative entre les primipères et les multipères, ce qui confirme notre première hypothèse de recherche, à savoir que les hommes qui viennent d'avoir leur premier enfant sont plus anxieux que les autres pendant le postpartum précoce. Ce fait s'inscrit dans une continuité temporelle, où lors de la période précédant le postpartum, il est dit que les hommes qui assistent à un accouchement pour la première fois sont plus vulnérables que ceux l'ayant déjà vécu (Vehviläinen-Julkunen & Liukkonen, 1998). Malgré cette différence, les niveaux d'anxiété restent étonnamment faibles, alors que l'accouchement est décrit par de nombreux pères comme « un processus entrelacé entre l'euphorie et l'agonie » (Premberg et al., 2011). L'euphorie se vit dans l'avancement du travail jusqu'à la naissance tant attendue de l'enfant, alors que l'agonie se caractérise par l'inquiétude pour la femme et l'enfant, l'impuissance face à la souffrance et le doute (Premberg et al., 2011). Lors d'une récente étude sur l'adaptation transculturelle d'un questionnaire suédois en français, le First-Time Father Questionnaire (FTFQ), évaluant le vécu de l'accouchement chez les primipères, ces derniers ont décrit l'accouchement comme étant un évènement très inquiétant (Capponi et al., 2016). A la dimension sur l'inquiétude, sur les 159 pères, 105 étaient en accord complet avec la mention « inquiet pour ma partenaire » (66%), 89 avec « inquiet pour mon enfant » (57,9%) et 101 avec « inquiet que quelque chose se passe mal » (63,5%) (Guittier, 2018).

On observe également dans nos résultats que pour 8% des pères environ, leur trait de personnalité anxieux est classé moyen et élevé, alors que l'anxiété-état n'est à ces niveaux pour seulement 2 à 3% des participants. On aurait pu penser que les hommes de nature anxieuse auraient développé de

l'anxiété également pendant le postpartum précoce, or cela ne s'avère pas être le cas ici. Au contraire, il y a moins d'anxiété-état que d'anxiété-trait qui ressort de nos résultats.

Malgré les craintes liées à l'accouchement et vu le taux d'anxiété faible de notre étude, plusieurs hypothèses sont étudiées ci-dessous pour tenter de comprendre cette extinction soudaine et surprenante de l'anxiété dans les premiers jours qui suivent la naissance.

4.1.1. La puissance de l'amour

Alors que plusieurs études montrent que l'anxiété des pères est très forte pendant l'accouchement, ce sentiment semble disparaître une fois celui-ci terminé (Johansson et al., 2012). La rencontre avec l'enfant déclenche des émotions très intenses et profondes, comme la fierté et le plaisir (Johansson et al., 2012), ce que la majorité des pères de notre étude ont effectivement décrits dans leurs commentaires. Dès le premier regard avec le nouveau-né, un phénomène neurobiologique complexe se produit, faisant apparaître un sentiment unique et exalté : l'amour (Bartels & Zeki, 2004). Bartels et Zeki (2004) décrivent l'amour comme l'une des manifestations les plus belles et inspirantes du comportement humain, et l'une des motivations les plus puissantes pour l'action humaine. Plus particulièrement, l'abnégation de l'amour d'une mère pour son enfant occupe une position unique dans la conduite humaine (Bartels & Zeki, 2004). En déclenchant un ensemble de réactions au niveau de l'activité cérébrale, l'amour active des régions dans le système de récompense et inhibe l'activité des régions associées aux émotions négatives pour laisser place à la formation de liens forts entre les individus (Bartels & Zeki, 2004). En agissant sur des zones psychologiques, émotionnelles et neurobiologiques, l'amour peut apporter un sentiment de sécurité et ainsi réduire l'anxiété ou le stress (Esch & Stefano, 2005). Ce phénomène sentimental induit un enrichissement personnel et favorise les expériences comportementales et biologiques positives (Esch & Stefano, 2005). De plus, le stress et l'amour sont biologiquement connectés, car l'ocytocine, hormone majeure de la physiologie de l'amour, a aussi été associée à la réduction du stress (Esch & Stefano, 2005). Dans leur revue systématique, Scatliffe et al. (2019) ont montré cette même corrélation, à savoir que lorsqu'un père interagit avec son enfant, le taux d'ocytocine augmentait et son niveau d'anxiété baissait.

A la fois si évident et étonnamment si peu décrit dans la littérature, l'amour instantané d'un parent pour son enfant à la naissance engendrent des réactions joyeuses extraordinaires qui pourraient expliquer des résultats très faibles à l'anxiété dans les premiers jours du postpartum.

4.1.2. La temporalité

Floris, Irion et Courvoisier (2017) ont montré qu'il existait une variabilité et une spécificité de l'anxiété chez les femmes, suivant la période périnatale en question. Durant la période prénatale, des craintes liées à l'accouchement seraient les causes premières de l'anxiété, alors qu'en postpartum, ce serait l'état de santé et le degré de douleur (Floris et al., 2017). De même, Nakic et al. (2018) ont étudié l'anxiété chez les femmes à différents moments : pendant la grossesse, à 2 jours du postpartum, et à 6 mois. Leurs résultats ont également montré que suivant la période périnatale, les causes liées à l'anxiété variaient, faisant fluctuer le niveau d'anxiété. Il est le plus élevé pendant la grossesse, avec des craintes liées au bien-être fœtal et aux peurs de l'accouchement; diminue juste après la naissance et réaugmente ensuite dans la période postnatale, causée par une baisse de confiance en soi (Nakic et al., 2018).

Une courbe similaire pourrait être observée chez les hommes. Philpott et al. (2017) ont décrit une augmentation du niveau de stress chez les pères au cours de la période prénatale. En effet, à mesure que la grossesse de leur conjointe progresse, des craintes liées à la santé de la mère et de l'enfant ainsi qu'à la vue de leur partenaire dans la douleur pour l'accouchement augmentent, mais aussi des craintes liées au fait de devenir père et au sentiment d'incompétence face au nouveau-né (Baldwin et al., 2018). Baldwin et al. (2018) ont décrit que l'année suivant la naissance de l'enfant était particulièrement difficile en raison des besoins d'équilibrer les nécessités personnelles et professionnelles avec le nouveau rôle de père, et de répondre aux besoins émotionnels et relationnels de leur famille, tout en faisant face aux pressions sociétales et économiques. D'après nos résultats, il semblerait que les craintes développées pendant la période prénatale s'estompent à la naissance, finalité de la grossesse. Par contre, de nouvelles inquiétudes apparaîtraient pendant le postpartum, cependant, il n'est pas dit dans la littérature à quel moment exactement. Est-ce au retour à domicile, au bout d'un mois, de trois mois ou plus ?

4.1.3. Trait de personnalité de l'échantillon

D'après les résultats de notre étude, 91% des participants ont montré un trait de personnalité à l'anxiété faible et très faible. Il semblerait que les individus peu sujet au développement d'anxiété utilisent des stratégies d'adaptation cognitives et comportementales efficaces pour répondre à des situations stressantes (Li & Miller, 2017). Les stratégies d'adaptation basées sur la théorie des émotions positives améliorent la résilience pendant les périodes de stress et contre l'adversité future (Gloria & Steinhardt, 2014). Ainsi, une grande résilience avec une bonne capacité d'adaptation favorisent des résultats positifs en matière de santé mentale (Li & Miller, 2017). L'étude de Weger et

al. (2018) a montré des résultats opposés pour des individus présentant un trait d'anxiété élevé. Ceux-ci répondent inefficacement aux événements stressants et sont très vulnérables et sensibles à des dégradations psychologiques causées par le stress. Ils sont plus à risque de développer des sentiments négatifs, pouvant aller jusqu'à des symptômes dépressifs (Weger et al., 2018).

Avoir un trait de personnalité faible à l'anxiété pourrait expliquer les résultats faibles de l'anxiété-état lors des premiers jours du postpartum. Effectivement, répondre par des mécanismes émotionnellement adaptés face à des situations stressantes protégerait l'individu de développer des symptômes anxieux.

4.1.4. Le test du STAI

Le test du STAI est le plus fréquemment utilisé en recherche pour mesurer l'anxiété des sujets dans de multiples contextes, y compris en périnatalité (Gunning et al., 2010). La validité et la fiabilité de ce test ont été largement prouvées pour la population générale, mais peu d'études psychométriques ont été menées sur ce test lorsqu'il est utilisé en périnatalité (Gunning et al., 2010). Alors que certaines recherches, comme celle de Meades et Ayers (2011) ou celle de Tendais et al. (2014), s'accordent à dire que le STAI est « un outil de dépistage raisonnablement valide pour les troubles anxieux à utiliser pendant la grossesse et le postpartum », d'autres rapportent le contraire. En effet, Reymond et al., en 2020, ont conclu que l'inventaire de Spielberger évaluait l'anxiété générale et non spécifique et de ce fait, n'était pas adapté à mesurer l'anxiété spécifique à la grossesse. Aucune information n'est cependant donnée sur l'existence d'une anxiété spécifique au postpartum, cependant, on peut supposer que les symptômes anxieux développés au cours de toute la période périnatale, de la conception au postpartum, sont spécifiques à cette période si unique en son genre et intense en émotions. Plus d'études sur le sujet sont à conduire car l'utilisation du STAI en périnatalité paraît controversée.

4.1.5. Le sentiment d'être préparé

Les niveaux d'anxiété très bas mesurés dans notre étude n'ont pas permis de faire des tests statistiques complexes pour expliquer ce qui aurait pu être les facteurs favorisant l'anxiété. Il apparaît seulement que le fait de se sentir bien préparé à l'accouchement soit un facteur prédictif réduisant l'anxiété-état chez les primipères. La place des pères ayant énormément évolué au fil du temps, ceux-ci sont beaucoup plus investis qu'auparavant (Eggermont et al., 2017). Beaucoup d'efforts ont été mis en œuvre dans des programmes d'informations et de préparation à la naissance pour les pères (Xue et

al., 2018). Bien que 63% des primipères ont dit avoir suivi des cours de PAN, près de 83% ont déclaré se sentir bien ou très bien préparé à la naissance, ces deux variables ne semblant pas être corrélées l'une à l'autre dans notre étude. Dans leur revue systématique, Poh et al. (2014) ont indiqué que les pères étaient avides d'informations concernant la grossesse et l'accouchement, surtout les nouveaux pères. Pour répondre à ce besoin informationnel, ils ne participent pas uniquement aux cours de PAN, mais cherchent aussi dans des magazines, des brochures, sur internet ou auprès d'autres personnes, comme leur propre partenaire, leurs parents, amis, et aussi professionnel(le)s de la santé (Poh et al., 2014). De même, Xue et al. (2018) rapportent que les pères qui estiment que le soutien informationnel qu'ils reçoivent est insuffisant se sentent moins bien préparés, laissés de côté et moins impliqués dans leur rôle vers la paternité. Baldwin et al. (2018) ont trouvé des résultats similaires, à savoir que les pères se sentant mal préparés éprouvaient des sentiments négatifs et des craintes liées au fait de ne pas savoir à quoi s'attendre dans leur nouveau rôle, ce qui les menait à se sentir impuissants et exclus.

Les pères impliqués pendant la grossesse de leur partenaire et bien préparés à l'accouchement développent un meilleur sentiment de compétence personnelle que les autres (Xue et al., 2018). Ce sentiment de compétence renvoie au concept d'auto-efficacité parentale, qui « reflète la perception qu'a un parent de sa capacité à gérer les exigences du rôle parental et les compétences parentales qu'il possède » (Yang et al., 2020). Yang et al. (2020) nous indiquent aussi que les parents qui ont un plus grand sens de compétence dans leur rôle parental, développent également un sentiment de satisfaction à l'égard de ce rôle et ont tendance à se sentir plus en sécurité pendant les interactions avec leur enfant. D'après Werner-Bierwisch et al. (2018), un des aspect du sentiment de sécurité se définit par la confiance et le sens du contrôle, et est associé à une absence d'anxiété. Les comportements parentaux qui découlent de ces sentiments positifs sont de meilleure qualité et se traduisent par de la chaleur, de la réactivité et de l'implication avec l'enfant (Yang et al., 2020).

Continuer les efforts pour informer et impliquer les pères pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum semble être déterminant pour leur bien-être mental. Le gain de connaissance semble améliorer les sentiments personnels des pères dans leur rôle parental et leurs comportements vis-à-vis de leur enfant.

4.2. L'anxiété moyenne ou élevée du postpartum précoce

Pour environ 2 à 3% des participants, l'anxiété-état s'est révélée moyenne ou élevée pendant le postpartum. Certes, ce pourcentage est très faible et ne concerne qu'une minorité de la population de l'étude mais ne peut être ignorée et nécessite une réponse appropriée.

Bien que pour de nombreux pères, la transition vers la paternité soit la meilleure expérience de leur vie (Baldwin et al., 2018), comme d'autres types de transitions, elle est associée à différents défis (Eskandari et al., 2018). La formation de l'identité familiale, la peur de ne pas être « un bon père », les sentiments négatifs découlant des changements de la vie quotidienne et la capacité à subvenir aux besoins financiers de l'enfant sont autant de défis à surmonter (Baldwin et al., 2018 ; Cheng et al., 2019). Philpott et al. (2019) ont également montré que l'anxiété accrue avait un impact négatif sur le rôle des pères, leur auto-efficacité parentale étant plus faible dans les 6 premiers mois du postpartum. De plus, cette anxiété peut conduire à des problèmes de santé mentale plus sévère comme la dépression (Philpott et al., 2019), et affecte le bien-être maternel tout comme la qualité de la relation père-enfant (Philpott et al., 2019 ; Fletcher et al., 2019 ; Cheng et al., 2019). La naissance d'un premier enfant est tout particulièrement demandant, toutefois, les pères expérimentés peuvent également rencontrer des difficultés d'adaptation en accueillant et intégrant un nouvel enfant dans une dynamique familiale préexistante (Cheng et al., 2019). Les difficultés d'adaptation du nouveau rôle familial, avec les besoins physiques et émotionnels qu'il engendre, peuvent affecter la santé mentale des hommes (Cheng et al., 2019).

Identifier les pères anxieux le plus précocement possible pourrait permettre aux professionnel(le)s de la santé d'apporter un meilleur soutien en les aidant à faire face à leur paternité et à s'adapter aux changements qui y sont associés (Eskandari et al., 2018). Contribuer à atténuer les difficultés en santé mentale des pères aiderait à promouvoir leur bien-être et celui de leurs enfants (Cheng, 2019).

4.3. Forces et limites de l'étude

Notre étude présente de nombreuses forces. L'objectif de 100 pères dans chaque groupe a quasiment été atteint, ce qui fait un total de presque 200 pères recrutés en trois mois. C'est un échantillon conséquent. Les contraintes liées au Covid, qui ont nécessité des adaptations pour le recrutement des pères ont été dépassées avec ténacité. L'utilisation d'un questionnaire validé, bien que pouvant être critiqué aujourd'hui, renforce la validité des résultats obtenus. Le taux de réponse de 77% est rare dans ce type d'étude par questionnaire. Enfin, notre étude est la première à mesurer et à comparer l'anxiété des primipères à celle des multipères dans les jours qui suivent l'accouchement.

Cependant, plusieurs limites existent à notre étude. Les hommes non francophones n'ont pas pu participer, et sachant que la proportion d'étrangers à Genève est élevée (38% selon l'OFSP en 2019), ne pas les inclure représente un biais de sélection important. Les hommes issus de cultures minoritaires pourraient être plus anxieux et nécessiteraient davantage de soutien que leurs confrères

francophones. Ensuite, la participation des hommes était basée sur le volontariat. Les pères les moins anxieux étaient probablement plus facilement approchables et plus enclins à prendre du temps pour répondre au questionnaire, mettant alors de côté les plus anxieux. Enfin, nos résultats s'appliquent uniquement aux pères dont la période du postpartum n'a pas présenté de complications, avec un enfant né à terme et en bonne santé. Les besoins de ces pères sont sans doute moins importants que ceux dont l'accouchement et/ou la naissance ont rencontré des difficultés.

4.4. Recommandations pour la pratique et futures recherches

Pendant le postpartum précoce, les résultats de cette étude montrant un niveau d'anxiété faible à très faible pour la grande majorité des pères n'encouragent pas à développer un accompagnement spécifique pour les pères durant cette période. On observe ici qu'entre la naissance de l'enfant et le retour à domicile, il existe peu d'anxiété chez les hommes. La pratique actuelle des professionnel(le)s de la santé semble déjà de bonne qualité pour les pères durant cette période, tout du moins à la maternité des HUG. Effectivement, l'accompagnement pendant et après l'accouchement a obtenu une moyenne d'environ 9 sur 10 pour chacune des périodes. Alors pour comprendre davantage le phénomène anxieux étudié ici, il serait intéressant de mener une étude longitudinale, à différents moments périnataux et évaluer les possibles fluctuations d'anxiété chez les hommes au long des étapes de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum plus tardif et d'en comprendre les causes spécifiques. Mener des entretiens qualitatifs avec des pères permettraient d'explorer spécifiquement leurs expériences du processus de la naissance, pour mieux comprendre leurs émotions et leurs besoins durant cette période du postpartum précoce. Enfin, il serait important de développer un questionnaire évaluant l'anxiété spécifique de la périnatalité pour les pères. Cette étape de la vie n'est comparable à aucune autre et nécessite d'être évaluée correctement et à sa juste valeur.

5. CONCLUSION

Le but de notre étude était de mesurer l'anxiété des pères pendant le séjour à l'hôpital de la mère et de l'enfant dans le postpartum, et de comparer les niveaux d'anxiété entre les primipères et les multipères. Étonnamment, les résultats obtenus à l'aide du STAI de Spielberger ont révélé des niveaux d'anxiété faibles à très faibles dans les deux groupes durant cette période. Les hommes qui accueillent leur premier enfant sont tout de même plus susceptibles de développer de l'anxiété durant le postpartum précoce que ceux qui ont déjà vécu l'expérience d'avoir un enfant. Le sentiment d'être préparé à l'accouchement semble être un facteur d'influence important pour les primipères dans notre étude. Il semblerait être lié à de meilleurs sentiments de compétence, de satisfaction et de sécurité dans le nouveau rôle parental. Ceci étant dit, les recherches en périnatalité sur les hommes, bien que de plus en plus nombreuses, restent encore limitées à ce jour. Nous avons alors développé plusieurs hypothèses qui pourraient expliquer nos résultats faibles à l'anxiété mais qui mériteraient d'être confirmées par d'autres études. Nous avons commencé par envisager l'instant magique de la première rencontre avec l'enfant à sa naissance, qui initierait un amour parental instantané et activerait les zones positives du cerveau conduisant à une inhibition de comportements négatifs. Une approche qualitative sur ce phénomène si unique et complexe à la fois permettrait d'en comprendre mieux les mécanismes et conséquences. Ensuite, l'anxiété des pères semble varier selon les différentes périodes périnatales, avec des causes différentes et propres à chaque période. Effectuer des mesures de l'anxiété des pères à différents temps du processus de la naissance permettraient d'identifier les périodes où les pères ont le plus besoin d'être soutenus. Il semblerait ensuite, que le fait d'avoir un trait de personnalité faible à l'anxiété ait des répercussions positives sur la manière dont l'individu réponde aux situations stressantes. Là encore, une approche qualitative permettrait de détailler les mécanismes associés et confirmer ou non cette corrélation. Enfin, le test du STAI, très largement utilisé en recherche depuis des décennies semble remis en question dernièrement pour sa difficulté à mesurer l'anxiété spécifique de la périnatalité, période où les émotions sont intenses et uniques. Développer un outil spécifique à cette période de vie unique en son genre ciblerait spécifiquement l'anxiété recherchée et améliorerait les recherches futures.

Références

- Åsenhed, Liselotte, Jennie Kilstam, Siw Alehagen, et Christina Baggens. « Becoming a Father Is an Emotional Roller Coaster – an Analysis of First-Time Fathers' Blogs ». *Journal of Clinical Nursing* 23, n° 9-10 (2014): 1309-17. <https://doi.org/10.1111/jocn.12355>.
- Baldwin, Sharin, et Debra Bick. « First-time fathers' needs and experiences of transition to fatherhood in relation to their mental health and wellbeing: a qualitative systematic review protocol ». *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 15 (1 mars 2017): 647-56. <https://doi.org/10.11124/JBISRI-2016-003031>.
- Bartels, Andreas, et Semir Zeki. « The Neural Correlates of Maternal and Romantic Love ». *NeuroImage* 21, n° 3 (mars 2004): 1155-66. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.11.003>.
- Bruchon-Schweitzer, M. L., et Paulhan, I. « Le manuel du STAI-Y de C. D. Spielberger, adaptation française [Manual of C. D. Spielberger's STAI-Y, French adaptation] ». Paris: Editions du Centre de Psychologie Appliquée (1993).
- Capponi, I., P. Carquillat, Å. Premberg, F. Vendittelli, et M.-J. Guittier. « Vécu de l'accouchement par les pères : traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 44, n° 9 (septembre 2016): 480-86. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.07.011>.
- Chen, Chen, Jian-Pei Huang, Heng-Kien Au, et Yi-Hua Chen. « High Risk of Depression, Anxiety, and Poor Quality of Life among Experienced Fathers, but Not Mothers: A Prospective Longitudinal Study ». *Journal of Affective Disorders* 242 (1 janvier 2019): 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.042>.
- Cheng, Erika R., Haley McGough, et Brownsyne Tucker Edmonds. « Paternal Preferences, Perspectives, and Involvement in Perinatal Decision Making ». *Obstetrical & Gynecological Survey* 74, n° 3 (mars 2019): 170-77. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000650>.
- Crocq, Marc-Antoine. « A history of anxiety: From Hippocrates to DSM » 17 (1 janvier 2015): 319-25.
- Deave, Toity, et Debbie Johnson. « The transition to parenthood: What does it mean for fathers? » *Journal of advanced nursing* 63 (1 octobre 2008): 626-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x>.
- Draper, Jan. « 'It's the First Scientific Evidence': Men's Experience of Pregnancy Confirmation ». *Journal of Advanced Nursing* 39, n° 6 (2002): 563-70. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02325.x>.

- Eggermont, Katrijn, Dimitri Beeckman, Ann Van Hecke, Ilse Delbaere, et Sofie Verhaeghe. « Needs of Fathers during Labour and Childbirth: A Cross-Sectional Study ». *Women and Birth* 30, n° 4 (août 2017): e188-97. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001>.
- Elwood, Lisa S., Kate Wolitzky-Taylor, et Bunmi O. Olatunji. « Measurement of Anxious Traits: A Contemporary Review and Synthesis ». *Anxiety, Stress & Coping* 25, n° 6 (novembre 2012): 647-66. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.582949>.
- Endler & Kocovski, Norman, et Nancy Kocovski. « State and trait anxiety revisited ». *Journal of anxiety disorders* 15 (1 mai 2001): 231-45. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00060-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00060-3).
- Esch, Tobias, et George B. Stefano. « The Neurobiology of Love ». *Neuro Endocrinology Letters* 26, n° 3 (juin 2005): 175-92.
- Eskandari, Narges, Masoumeh Simbar, Abou Vadadhir, et Ahmad Baghestani. « Exploring the Lived Experience, Meaning and Imperatives of Fatherhood: An Interpretative Phenomenological Analysis ». *Global Journal of Health Science* 8 (4 janvier 2016): 139. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p139>.
- Figueiredo, Barbara, Catarina Canário, Iva Tendais, Tiago Pinto, David Kenny, et Tiffany Field. « Couples' relationship affects mothers' and fathers' anxiety and depression trajectories over the transition to parenthood ». *Journal of Affective Disorders* 238 (1 mai 2018). <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.064>.
- Fletcher, Richard, Jennifer StGeorge, Louise Newman, et Jaime Wroe. « Male callers to an Australian perinatal depression and anxiety help line-Understanding issues and concerns ». *Infant Mental Health Journal* 41 (16 septembre 2019). <https://doi.org/10.1002/imhj.21829>.
- Floris, Lucia, Olivier Irion, et Delphine Courvoisier. « Influence of Obstetrical Events on Satisfaction and Anxiety during Childbirth: A Prospective Longitudinal Study ». *Psychology, Health & Medicine* 22, n° 8 (14 septembre 2017): 969-77. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1258480>.
- Genesoni, Lucia, et Maria Anna Tallandini. « Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989–2008 ». *Birth (Berkeley, Calif.)* 36 (1 décembre 2009): 305-18. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>.
- Gloria, Christian T., et Mary A. Steinhardt. « Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health: Positive Emotions, Resilience and Health ». *Stress and Health* 32, n° 2 (avril 2016): 145-56. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>.
- Guittier, Marie-Julia. « Évaluer le vécu de l'accouchement ». *CNSF* (5 et 6 Février 2018). [EBOOK 2018 complet.pdf \(cnsf.asso.fr\)](https://cnsf.asso.fr/EBOOK_2018_complet.pdf).

- Gunning, M.D., F.C. Denison, C.J. Stockley, S.P. Ho, H.K. Sandhu, et R.M. Reynolds. « Assessing Maternal Anxiety in Pregnancy with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI): Issues of Validity, Location and Participation ». *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28, n° 3 (août 2010): 266-73. <https://doi.org/10.1080/02646830903487300>.
- Johansson, Margareta, Christine Rubertsson, Ingela Rådestad, et Ingegerd Hildingsson. « Childbirth – An Emotionally Demanding Experience for Fathers ». *Sexual & Reproductive Healthcare* 3, n° 1 (mars 2012): 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.12.003>.
- Langevin, V., S. Boini, M. François, et A. Riou. « Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)] ». *Références en santé au travail*, n° 131 (2012): 161-64.
- Li, Wendy Wen, et Daniel J. Miller. « The Impact of Coping and Resilience on Anxiety among Older Australians: Coping, Resilience, and Anxiety ». *Australian Journal of Psychology* 69, n° 4 (décembre 2017): 263-72. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12152>.
- Meades, Rose, et Susan Ayers. « Anxiety Measures Validated in Perinatal Populations: A Systematic Review ». *Journal of Affective Disorders* 133, n° 1-2 (septembre 2011): 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.009>.
- Nakić Radoš, Sandra. « Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression ». *Acta Clinica Croatica* 57, n° 1 (2018): 39-51. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.05>.
- Nickel, Dominique. « Recherche avec l'être humain. Guide pratique [traduction française] ». *Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)*, 2è éd. (2015). [La recherche sur l'être humain \(samw.ch\)](http://www.samw.ch).
- Organisation Mondiale pour la Santé. Regional Office for Europe. (2007). Fatherhood and health outcomes in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108571>.
- Philpott, Lloyd, Eileen Savage, Serena Fitzgerald, et Patricia Leahy-Warren. « Anxiety in Fathers in the Perinatal Period: A Systematic Review ». *Midwifery* 76 (1 mai 2019). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.013>.
- Philpott, Lloyd, et Paul Corcoran. « Paternal Postnatal Depression in Ireland: Prevalence and Associated Factors' ». *Midwifery* 56 (1 octobre 2017). <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.009>.
- Poh, H.L., S.S.L. Koh, et H.-G. He. « An Integrative Review of Fathers' Experiences during Pregnancy and Childbirth: A Review of Fathers' Experiences ». *International Nursing Review* 61, n° 4 (décembre 2014): 543-54. <https://doi.org/10.1111/inr.12137>.

- Premberg, Åsa, Gunilla Carlsson, Anna-Lena Hellström, et Marie Berg. « First-Time Fathers' Experiences of Childbirth—A Phenomenological Study ». *Midwifery* 27, n° 6 (décembre 2011): 848-53. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.002>.
- Reymond, C., C. Derguy, J. Wendland, et D. Loyal. « Validation française d'une échelle d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ-R2) ». *Pratiques Psychologiques* 26, n° 3 (juillet 2020): 231-40. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.008>.
- Scatliffe, Naomi, Sharon Casavant, Dorothy Vittner, et Xiaomei Cong. « Oxytocin and Early Parent-Infant Interactions: A Systematic Review ». *International Journal of Nursing Sciences* 6, n° 4 (octobre 2019): 445-53. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.009>.
- Vigneau, François, et Stéphanie Cormier. « The Factor Structure of the State-Trait Anxiety Inventory: An Alternative View ». *Journal of Personality Assessment* 90, n° 3 (17 avril 2008): 280-85. <https://doi.org/10.1080/00223890701885027>.

Annexes

Annexe 1 – Présentation du questionnaire

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE SUR L'ANXIÉTÉ DES PÈRES À LA NAISSANCE DE LEUR ENFANT

Cher Monsieur,

Je m'appelle Charlotte Daire. Je suis sage-femme et étudiante en Master en Sciences de la Santé, à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO). Dans le cadre de ma formation, j'effectue une recherche sur l'anxiété des pères à la naissance de leur enfant. J'aimerais vous proposer de répondre à un questionnaire sur le sujet.

En effet, la naissance d'un enfant est un moment riche en émotions. Des recherches scientifiques sur le vécu des pères durant l'accouchement ont montré que, même si ce moment est associé à beaucoup d'émotions positives, certains hommes peuvent ressentir plus ou moins d'anxiété. Ce questionnaire, fréquemment utilisé en recherche, a pour but d'évaluer votre niveau d'anxiété aujourd'hui et aussi de façon générale. Nous aimerions également recueillir quelques informations sociodémographiques vous concernant, ainsi que quelques précisions sur le déroulement de l'accouchement afin d'interpréter au mieux vos réponses.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer.

Si vous participez, vos réponses seront codées afin d'être traitées de manière confidentielle, conformément aux lois d'éthique en recherche scientifique. Je précise que nous n'avons pas accès au dossier médical de la mère de votre enfant, seules les informations que vous voudrez bien nous donner seront analysées. Elles apporteront des connaissances importantes pour les professionnel-le-s de la naissance et permettront d'améliorer l'accompagnement des pères dans les maternités.

Répondre à ce questionnaire vous prendra environ 8 minutes.

J'accepte de participer :

☐ Oui

☐ Non Pour quel motif svp :

☐ Pas le temps ☐ Pas envie de participer à une recherche ☐ Le sujet ne m'intéresse pas

☐ Mauvais moment ☐ Autre, précisez : _____

Responsable de l'étude, directrice du travail de recherche de Charlotte Daire :

Pre Marie-Julia Guittier, sage-femme et professeure à la Haute Ecole de Santé Genève

Contact : marie-julia.guittier@hesge.ch

Pour répondre aux questions :

- Il est important que vous remplissiez ce questionnaire seul, pour ne pas être influencé.
- Donnez votre point de vue pour chaque affirmation en cochant une seule case parmi les options de réponse.
- En cas de doute, choisissez l'option de réponse vous paraissant la plus exacte.

STAI-YA – Evalue l'anxiété au moment présent

Merci de répondre aux questions en décrivant le mieux possible votre état actuel.

STAI-A (Etat présent)	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
Je me sens calme				
Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté				
Je suis tendu, crispé				
Je me sens surmené				
Je me sens tranquille, bien dans ma peau				
Je me sens ému, bouleversé, contrarié				
L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment				
Je me sens content				
Je me sens effrayé				
Je me sens à mon aise (je me sens bien)				
Je sens que j'ai confiance en moi				
Je me sens nerveux, irritable				
J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)				
Je me sens indécis				
Je suis décontracté, détendu				
Je suis satisfait				
Je suis inquiet, soucieux				
Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté				
Je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi				
Je me sens de bonne humeur, aimable				

STAI-YB – Evalue le trait général d'anxiété (hors contexte de naissance de votre enfant)

Merci de répondre aux questions en décrivant le mieux possible votre état d'être en général.

STAI-B (Trait stable)	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
Je me sens de bonne humeur, aimable				
Je me sens nerveux et agité				
Je me sens content de moi				
Je voudrais être aussi heureux que les autres				
J'ai un sentiment d'échec				
Je me sens reposé				
J'ai tout mon sang froid				
J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point tel que je ne peux les surmonter				
Je m'inquiète à propos de choses sans importance				
Je me sens heureux				
J'ai des pensées qui me perturbent				
Je manque de confiance en moi				
Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté				
Je prends facilement des décisions				
Je me sens incompetent, pas à la hauteur				
Je suis satisfait				
Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent				
Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement				
Je suis une personne posée, solide, stable				
Je deviens tendu et agité quand je réfléchis à mes soucis				

Ici, vous pouvez exprimer librement ce que vous avez ressenti à la naissance de votre enfant, ou partager toute autre pensée ou commentaire qui vous viendrait en tête :

Enfin, merci de répondre à ces quelques questions sur vos données générales :

1. Quel est votre niveau de formation scolaire le plus élevé ?

- ☐ Scolarité minimale obligatoire non terminée ou école spéciale
- ☐ Apprentissage
- ☐ Baccalauréat général, technologique ou professionnel / BTS
- ☐ Université / Ecole de commerce, d'ingénieurs, autres Hautes Ecoles

2. Quel est votre âge ? _____ ans

3. Quel est votre pays de naissance ? _____

4. Au total, combien d'enfants avez-vous ? _____

5. En quelle année sont nés vos enfants ? _____

6. Comment vous sentiez-vous préparé pour la naissance de votre enfant ?

- ☐ Très bien préparé ☐ Bien préparé ☐ Peu préparé ☐ Pas du tout préparé

7. Avez-vous assisté à des cours préparatoires pour l'arrivée de votre enfant ?

☐ **Oui** Si oui, de quel type ?

☐ Cours traditionnels ☐ Haptonomie ☐ Rencontres spécifiques entre papas

☐ Pleine conscience (mindfulness) ☐ Autre : _____

- ☐ **Non** Si non, pourquoi ?
- ☐ Pas d'offre de cours préparatoires dû au Covid19 ☐ Cela ne m'intéressait pas
- ☐ Cours pendant mes horaires de travail ☐ Autre : _____

8. De quelle manière est né votre enfant ?

- ☐ Voie basse ☐ Forceps ou ventouse
- ☐ Césarienne programmée ☐ Césarienne en urgence durant le travail

9. Avez-vous assisté à l'accouchement de votre partenaire ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi :

- ☐ Choix de couple ☐ Choix personnel ☐ Je n'ai pas pu arriver à temps
- ☐ On m'a fait sortir de la chambre ☐ Autre : _____

10. Avez-vous fait du peau-à-peau avec votre enfant depuis sa naissance ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi : ☐ On ne me l'a pas proposé ☐ Je ne le souhaitais pas à ce moment

☐ Autre : _____

11. Aujourd'hui, votre bébé a combien de jours ? (Jour de naissance = jour 0) _____ jours

12. Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentis accompagné par les professionnels durant l'accouchement de votre partenaire ?

Pas accompagné du tout

Très bien accompagné



13. Jusqu'à quel point vous êtes-vous sentis accompagné par les professionnels depuis la naissance de votre enfant ?

Pas accompagné du tout

Très bien accompagné



14. Vous sentez-vous prêt à rentrer chez vous avec maman et bébé ?

Pas prêt du tout

Très prêt

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Questions spéciales Covid19 :

a. Les mesures sanitaires prises par le personnel soignant à la maternité pendant la pandémie vous ont :

☐ Rassuré ☐ Inquiété ☐ Ni l'un ni l'autre ☐ Autre : _____

b. Durant le séjour de mon bébé et sa mère au post-partum, j'ai pu venir les voir :

☐ A ma convenance ☐ Une heure par jour
☐ Uniquement pour le retour à domicile ☐ Autre : _____

c. Selon moi, les mesures de protection mises en place à la maternité durant la crise sanitaire étaient :

☐ Insuffisantes ☐ Suffisantes ☐ Excessives ☐ Injustifiées
☐ Autre : _____

d. Etes-vous inquiet que maman et/ou bébé soit infecté par le Covid19 ?

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Beaucoup ☐ Enormément

e. Enfin, en UN mot, comment qualifieriez-vous la pandémie du Covid19, en rapport avec la naissance de votre enfant ? _____

MERCI INFINIMENT POUR VOTRE PARTICIPATION.

Si vous souhaitez recevoir personnellement un résumé des résultats de cette étude, veuillez noter ici vos coordonnées :

NOM :

Prénom :

E-mail :

Parce que le bien-être des parents est essentiel pour construire une vie de famille dans les meilleures conditions, voici des adresses à Genève que vous pouvez contacter si vous en sentez le besoin.

Si vous vous sentez préoccupé, agité, nerveux, irritable ou ressentez des palpitations, des vertiges ou encore une sensation de suffocation, vous pouvez souffrir d'anxiété.

Si vos symptômes sont plus sévères, et vous vous sentez dans un état dépressif, n'hésitez pas à vous faire aider.

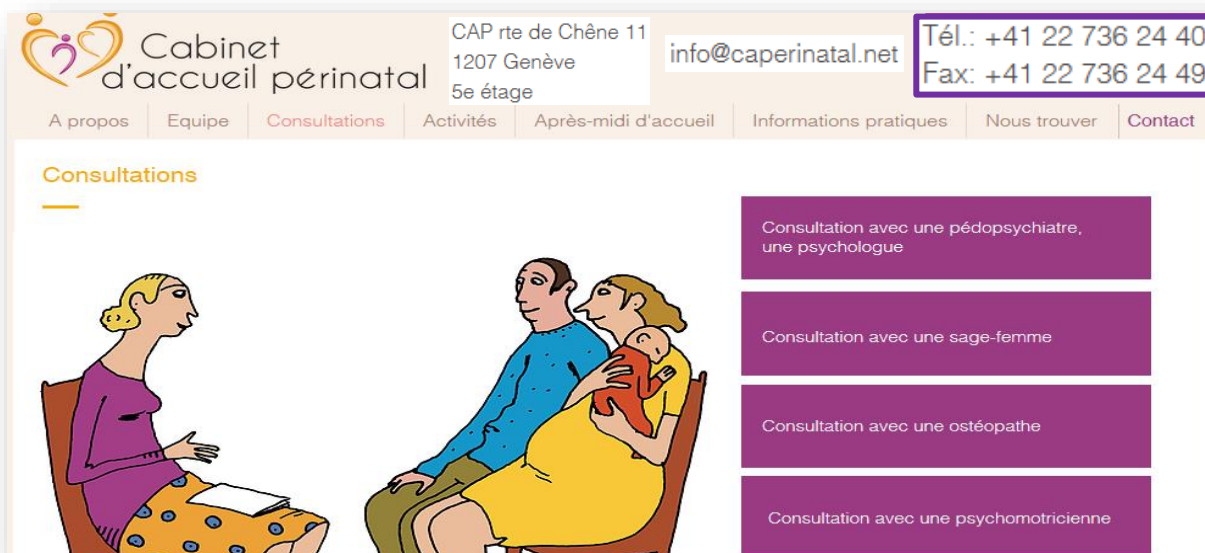
- ❖ Le **Centre Périnatal & Famille**, avec son équipe de psychologues et psychiatres, vous accueille sur rendez-vous, pour vous aider à surmonter vos difficultés du quotidien.

Toutes les informations sur : <https://www.cpbp-ge.ch/le-psychiatre-et-les-psychologues>



- ❖ Le **Cabinet d'Accueil Périnatal** peut également vous accueillir, seul(e), en couple ou en famille, pour vous accompagner quel que soit le problème que vous rencontrez.

Leur site internet avec tous les détails : <https://www.caperinatal.net/>



- ❖ Si vous préférez rester anonyme, l'association **La Main Tendue**, est joignable par téléphone, tchat et mail 7 j/7 et 24h/24, pour vous écouter et discuter avec vous.

Pour plus d'informations, allez sur le site internet : <https://www.143.ch/fr/>

Parfois on aimerait parler avec quelqu'un.

La Main Tendue est anonyme, compétente et toujours là pour vous.



Un entretien aide souvent à avancer
...en tout temps, anonyme et gratuit*!

Composer le 143



Aide par tchat

Tchat



Aide par mail
...nous répondons au plus tard dans les 48h!

Aide par mail

- ❖ Enfin, sur le site internet des **Hôpitaux Universitaires de Genève**, vous pouvez trouver de nombreuses informations sur la dépression périnatale. Vous pouvez également remplir un questionnaire en ligne pour connaître votre état actuel et vous faire aider si vous le souhaitez.

Le lien direct pour faire le quizz : <https://www.hug-ge.ch/depression-perinatale/comment-depister-depression-perinatale-quizz-epds>



Hôpitaux
Universitaires
Genève

PATIENTS & VISITEURS

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

RECHERCHE & FORMATION

LES HUG

DÉPRESSION PÉRINATALE

 Partager
  Imprimer

CONTACT RESPONSABLE

Boulevard de la Cluse 30
1205 Genève

Pour consulter un psychiatre
→ ELODIE.L.GIRARD@HUGGE.CH

→ PLAN D'ACCÈS

→ +41 (0)22 372 41 48
→ Anna.Guex-Spitoni@hugge.ch

QUI SOMMES-NOUS?

MISSION

EQUIPE

HISTORIQUE

INFOS GÉNÉRALES

N'attendez pas, faites-vous aider.