



Service de  
Psychologie Clinique  
de l'Enfant et de  
l'Adolescent



Faculté  
de Psychologie  
et des Sciences  
de l'Éducation

**UMONS**  
University of Mons

**ONE** ACADEMY  
OFFICE  
DE LA NAISSANCE  
ET DE L'ENFANCE

# ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER LES PÈRES EN PÉRIODE PÉRINATALE

Un guide à destination des professionnel·les  
pour mieux **comprendre les spécificités psychologiques**  
de la **paternité en période périnatale**

*Mélanie Labalestra, Stéphanie Culot et Justine Gague*  
Service de Psychologie Clinique de l'Enfant et de l'Adolescent  
**Université de Mons**

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE..... 4**

### **PARTIE 1 : Les idées reçues autour de la paternité ..... 8**

#### **INTRODUCTION ..... 8**

**Idée reçue n°1 :** Le futur père ne vit pas la grossesse comme la future mère ..... 9

**Idée reçue n°2 :** La couvade ça n'existe que dans les films..... 10

**Idée reçue n°3 :** Le futur père doit être solide pour soutenir sa compagne durant la grossesse..... 11

**Idée reçue n°4 :** Un père se sent père quand le bébé est né..... 12

**Idée reçue n°5 :** Il est difficile pour les pères de se faire une place en maternité ..... 12

**Idée reçue n°6 :** Pendant les soins (allaitement, bains, changes, etc.) le père ne peut pas s'investir car ce sont des moments exclusifs entre la mère et l'enfant ..... 14

**Idée reçue n°7 :** En postpartum, le bien-être de la mère est un des facteurs essentiels au bon développement du bébé ..... 14

#### **SYNTHÈSE DES ÉCLAIRAGES APPORTÉS AUX IDÉES REÇUES ..... 16**

### **PARTIE 2 : Les ressources pour l'accueil et l'accompagnement des pères en période périnatale..... 18**

#### **INTRODUCTION ..... 18**

##### **En préparation à la naissance : ..... 19**

L'entretien prénatal précoce (France)..... 20

Les programmes de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ..... 22

PNP spécifiques aux pères : les groupes de parole..... 24

Haptonomie..... 26

##### **Pendant le séjour à la maternité ..... 28**

Le père en salle de naissance..... 28

Les pères durant le séjour de leur compagne à la maternité ..... 29

<b>En postpartum .....</b>	<b>32</b>
Accompagnement postnatal parental .....	32
Accompagnement postnatal des pères psychologiquement vulnérables.....	34
Synthèse et conclusions.....	34
Des idées concrètes pour inspirer les pratiques en Belgique.....	35
<b>CE QU'IL FAUT RETENIR .....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>38</b>



# INTRODUCTION GÉNÉRALE

La place et les rôles attribués aux parents ont beaucoup évolué au cours de ces dernières décennies. Ces changements profonds ont un impact tant sur les familles que sur les professionnel·les qui accompagnent la parentalité. C'est de ce constat qu'est né le projet porté par l'ONE Academy « *la question du genre dans les métiers de l'enfance et dans l'exercice de la parentalité et l'éducation du jeune enfant* ». L'ONE Academy est un consortium interuniversitaire et interdisciplinaire prônant la collaboration entre académiques et professionnel·les de terrain. L'objectif est d'apporter des réflexions communes et de créer des synergies nouvelles pour enrichir les connaissances et la pratique des professionnel·les de l'enfance et de la parentalité.

L'axe de recherche que nous avons développé dans le cadre de ce projet porte sur la compréhension du vécu psychologique paternel en période périnatale. Ces dimensions sont pour l'heure peu explorées, le focus sur la mère et le bébé durant cette période ayant longtemps éclipsé la considération du père. Pourtant, les pères sont également concernés par de profonds bouleversements. Certains peuvent par ailleurs présenter des signes de détresse tels que de la dépression et de l'anxiété (Cameron, Sedoy & Tomfohr-Madsen., 2016 ; Leach, Poyser, Cooklin & Giallo, 2016). Toutefois, même si la littérature autour de cette détresse paternelle périnatale s'étend de plus en plus, les particularités de cette dernière restent à spécifier.

Afin de mieux comprendre l'expérience psychologique périnatale de pères belges, nous sommes allés à leur rencontre durant le séjour de leur compagne à la maternité. Nous avons recontacté les volontaires en postpartum tardif, aux alentours des trois mois de l'enfant pour suivre l'évolution



de leur vécu et de leur éventuelle détresse. Parmi les cent quarante-et-un pères que nous avons rencontrés (âge moyen de 33 ans), près d'un père sur dix (9,8%) est déprimé en postpartum immédiat et près d'un père sur trois (32,7%) est anxieux. Parmi les septante pères recontactés en postpartum tardif, le nombre de pères déprimés a presque doublé (18,6%) et la proportion de pères anxieux augmente (43,4%). Ces résultats confortent l'importance d'identifier et d'accompagner la détresse paternelle en période périnatale, de la grossesse jusqu'en postpartum tardif. Par ailleurs, le recueil d'informations complémentaires auprès des pères qui ont participé à l'étude a permis de déterminer des facteurs de vulnérabilité à cette détresse psychologique. En effet, le fait d'être père pour la première fois ou le fait que la mère du bébé ait vécu des particularités médicales durant la grossesse sont des événements qui peuvent augmenter le risque de détresse psychologique paternelle. Enfin, une anxiété plus marquée est révélée chez les pères qui se sont impliqués dans l'accompagnement de la grossesse (présence aux échographies, rendez-vous chez la sage-femme, kinésithérapeute ou autre) ou dans la préparation à la naissance (préparation physique ou matérielle) en comparaison à ceux n'ayant pas participé à ces activités. Au regard de ces résultats, il est probable que les pères qui se sentent anxieux tentent d'apaiser leurs appréhensions et leurs craintes en s'investissant auprès de leur compagne et de leur bébé. Une autre explication possible est que ces activités ne parviendraient pas à limiter l'anxiété des pères, en raison de possibles difficultés pour y trouver leur place, notamment parce qu'il y a un focus constant sur la mère et le bébé et l'idée reçue selon laquelle le père doit garder le rôle de soutien solide et immuable à la mère.

Afin d'éclairer les résultats de notre étude et de mieux comprendre la place et le vécu du père en période périnatale, nous avons examiné les idées reçues qui persistent autour de la paternité et nous avons recensé les ressources

existantes pour l'accueil et l'accompagnement des pères durant cette période de transition et de remaniements psychologiques intenses. Cette analyse de la littérature a permis de créer ce guide pensé pour l'ensemble des professionnel·les du domaine médico-social qui interviennent en santé périnatale. Il vise à mettre à jour les connaissances de chaque personne impliquée dans l'accueil et/ou l'accompagnement du père<sup>1</sup> (Partie 1) et présente les différentes ressources disponibles pour l'accompagner (Partie 2). Ces deux parties complémentaires exposent des pistes de réflexion pour permettre à chacun de repenser sa pratique professionnelle. L'objectif n'est pas d'imposer des recommandations de bonnes pratiques souvent peu flexibles, mais d'apporter des jalons pour encourager un accueil et un accompagnement qui considère les spécificités psychologiques paternelles tout en s'adaptant aux différents contextes d'exercice des professionnel·les de la périnatalité. Par ailleurs, nous proposons à la fin de ce document, des questionnaires libres d'accès standardisés permettant d'ouvrir le dialogue avec les pères vulnérables susceptibles de présenter des signes de détresse en période périnatale (anxiété, dépression). Les outils proposés permettent d'apporter une attention particulière aux manifestations de la détresse psychologique paternelle en période périnatale et pourront aider les professionnel·les à orienter ces pères vers les ressources les plus adaptées.

---

1. La littérature portant sur les particularités psychologiques du partenaire au sens large en période périnatale étant très largement focalisée sur le père, nous avons fait le choix de consacrer cette brochure à la paternité. Bien que le couple père-mère reste aujourd'hui le couple parental le plus rencontré en maternité, il semble essentiel d'élargir les futurs travaux de recherche pour considérer les différentes configurations parentales existantes afin de repenser l'accueil et l'accompagnement en fonction des spécificités de chaque parent.



## **PARTIE 1** : LES IDÉES REÇUES AUTOUR DE LA PATERNITÉ

### **INTRODUCTION**

Certaines idées reçues concernant la paternité en période périnatale sont très présentes dans nos sociétés actuelles. Parmi celles-ci, nous retrouvons le plus souvent l'idée selon laquelle le père doit jouer le rôle d'un soutien solide auprès de sa compagne, durant la grossesse et l'accouchement. Nous retrouvons également souvent l'idée que le père doit être présent durant l'accouchement, ou encore, que seul le bien-être de la mère est important durant la période périnatale. Ces idées reçues, nous les avons extraites de séquences entendues, partagées, de propos captés au fil des rencontres avec les familles. Pourtant, ces affirmations ne reflètent souvent qu'une toute petite partie de la réalité et méritent d'être nuancées et/ou remises en question. C'est ce que nous proposons dans cette première partie, en appuyant nos propos sur les données récentes de la littérature. De cette manière, nous espérons permettre à chacun de réfléchir à ses représentations et à la façon dont elles peuvent influencer la pratique de première ligne.



**IDÉE REÇUE N°1 :** Le futur père ne vit pas la grossesse comme la future mère

## Oui mais ...

***Bien que le père ne porte pas l'enfant physiquement, le futur père est également concerné par différents changements physiques et psychologiques. Il peut vivre en miroir ce que vit la mère, ou ressentir des changements différents et spécifiques au processus de paternité.***

Durant les premiers mois de la grossesse, les pères se sentent souvent distants et à l'écart de la grossesse car celle-ci se déroule dans le corps de leur conjointe (Poh, Koh & He, 2014). La grossesse ne leur semble pas tout à fait réelle durant ces premiers mois (Åsenhed, Kilstam, Alehagen, & Baggens, 2014).

Lorsque l'arrivée du bébé devient plus concrète, les pères ont la possibilité de se projeter plus facilement dans leur paternité. Les transformations corporelles de la future mère deviennent de plus en plus visibles, ce qui favorise le sentiment de concrétude. Leur présence aux échographies ou aux séances de préparation à la naissance permettent également de concrétiser la venue de leur bébé (Plantin Olykoya, & Ny, 2011). Les pères parviennent alors à s'approprier la grossesse de leur compagne en s'appuyant sur des projections et des identifications (à leur parent, leur femme, leur bébé) qui vont permettre des remaniements psychologiques et des transformations internes inconscientes (Moreau, 2001). Ces remaniements sont particulièrement présents à l'arrivée du premier enfant mais réapparaissent à chaque grossesse (Lamour, 2013). Les remaniements psychologiques, associés à la concrétisation progressive de la venue au monde de l'enfant peuvent provoquer chez les futurs pères le sentiment de devenir adulte, de se sentir davantage responsable et peuvent redéfinir leur style de vie pour être plus raisonnable (Poh et al., 2014). Ils peuvent également redéfinir leurs valeurs et leurs priorités (Steen, Downe, Bamford, & Edozien, 2012). Certains vont ressentir des symptômes semblables à ceux que présente leur compagne : prise de poids, vomissements, sentiment de déprime. Ce phénomène de vécu de la grossesse en miroir est appelé le syndrome de couvade (Budur, Mathews & Mathews, 2005) que nous détaillons ci-après en idée reçue n°2. Ces manifestations psychologiques sont également associées à des changements hormonaux chez le père (Storey et al., 2000). Ces différentes manifestations psychologiques et/ou physiques apparaissent généralement au cours du premier et du troisième trimestre de grossesse. Elles auraient tendance à augmenter au premier et au dernier trimestre tandis qu'une diminution de leur intensité serait remarquée au deuxième trimestre (Clinton, 1985 ; Trethowan & Conlon, 1965). Les symptômes disparaissent généralement à la naissance de l'enfant ou au début de la période de postpartum (Brennan, Ayers, Ahmed & Marshall-Lucette, 2007).

## **IDÉE REÇUE N°2 :** La couvade ça n'existe que dans les films

**Non.**

*Les futurs pères peuvent réellement présenter des symptômes semblables à ceux de la grossesse de leur compagne, tels que la perte d'appétit, des maux de dents, des nausées ou des vomissements (Trethowan et Conlon, 1965). Ces manifestations sont regroupées sous le terme de « couvade » qui est conceptualisée comme étant l'expression somatique de l'anxiété dans l'identification du père à la mère enceinte ou encore de l'ambivalence de l'homme à l'égard de son rôle de père (Klein, 1991). La couvade pourrait également être expliquée par l'envie manifestée par l'homme de porter un enfant ou servirait à protéger la mère des pulsions agressives de l'homme (Mason & Elwood, 1995).*

Aujourd'hui, il est difficile d'estimer la prévalence de ce phénomène en raison du manque de consensus entre les symptômes et leur nombre, mais aussi à cause de la réticence de certains hommes à se confier à propos de leurs changements physiques (Brennan et al., 2007). Les symptômes les plus courants de la couvade sont assez hétérogènes et reprennent : indigestion, gain ou perte d'appétit, prise de poids, diarrhée ou constipation, nausées et vomissements, maux de tête et douleurs dentaires, saignements de nez, démangeaisons, tremblements musculaires, éruptions cutanées, kystes et autres douleurs générales (Budur et al., 2005).

Il est important de souligner que le syndrome de la couvade n'est pas la seule manifestation de ces changements psychiques pour les futurs pères. En effet, les futurs pères peuvent aussi manifester une symptomatologie anxieuse et/ou dépressive durant la période périnatale. Durant la grossesse et en post-partum immédiat, les futurs pères présentent moins de symptômes dépressifs que les femmes. La prévalence de la dépression paternelle en période périnatale est estimée à 8.4% (Cameron et al., 2016) (contre 11.9% pour les femmes, Woody et al., 2017). Les symptômes dépressifs les plus rencontrés par les pères sont le retrait social, de l'indécision, de la peur, une irritabilité importante ou des manifestations somatiques telles qu'un changement d'appétit, une prise/perte de poids, des troubles digestifs, des céphalées ou des insomnies (Kim & Swain, 2007). Par ailleurs, une comorbidité élevée est rapportée entre les symptômes dépressifs et les troubles anxieux chez les pères (Matthey Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003). En 2016, la revue systématique de Leach et coll. révèle que la prévalence de troubles anxieux chez le père serait comprise entre 4,1 et 16 % en prénatal et entre 2,4 et 18 % en postnatal. L'anxiété prénatale chez les hommes a été mise en évidence au moment d'anticiper l'accouchement : ils rapportent un sentiment d'anxiété, de peur et un sentiment d'impuissance (Fenwick, Bayes & Johansson, 2012). L'anxiété pourrait par ailleurs être générée chez les pères lorsqu'ils expérimentent une

grossesse pour la seconde fois et que des complications s'étaient présentées lors du premier accouchement (Fenwick et al., 2012). D'autres pères expriment même de l'anxiété à l'idée de revoir leur partenaire souffrir à nouveau durant la phase de travail. De plus, il semblerait également que l'approche de l'échéance de la grossesse engendre davantage d'affects anxieux chez les pères (Fenwick et al., 2012). En effet, il a été établi que des sentiments de détresse, d'inconfort et l'idée que l'accouchement pourrait mal se passer étaient associés à une augmentation de l'anxiété chez les futurs pères (Fenwick et al., 2012).

**IDÉE REÇUE N°3 :** Le futur père doit être solide pour soutenir sa compagne durant la grossesse

## Oui et non ...

*Bien que la place du père se soit beaucoup modifiée ces dernières décennies, il semble que l'image d'un homme solide, qui doit soutenir sa compagne durant toute la durée de la grossesse, persiste au fil des générations. Ce rôle de soutien est par ailleurs important, car il permet de répondre aux attentes de la mère en agissant positivement sur sa douleur et son stress (Chalmers & Wolman, 1993). Pourtant, nous l'avons vu, les futurs pères sont également concernés par un certain nombre de modifications psychiques et parfois physiologiques qui constituent une véritable crise identitaire (Capponi, 2015). Cette période est marquée par des émotions vives et ambivalentes qui peuvent fragiliser les futurs pères à certains moments de la grossesse.*

En effet, l'état émotionnel du futur père peut lui aussi varier en fonction du moment de la grossesse. A l'annonce de la grossesse de leur compagne, certains hommes vont ressentir un bouleversement intérieur profond (Schauder & Noël, 2017). Cette annonce peut également engendrer des inquiétudes concernant la santé de leur compagne et de leur bébé (Steen et al., 2012). Au cours de la grossesse, les émotions semblent osciller entre joie et déception (Poh et al., 2014). Certains pères évoquent par ailleurs « *des montagnes russes émotionnelles* » (Åsenhed et al., 2014). Leurs préoccupations principales tout au long de la grossesse se focalisent sur des questionnements à propos de leur capacité à être père (Åsenhed et al., 2014). Lorsque la grossesse arrive à son terme, les futurs pères expriment des émotions contradictoires. Ils sont à la fois heureux et stressés (Poh et al., 2014). Ils sont impatients que leur bébé vienne au monde pour prendre soin de lui, mais ressentent également à certains moments l'envie de s'échapper de la situation (Åsenhed et al., 2014).

**IDÉE REÇUE N°4 :** Un père se sent père quand le bébé est né

Oui et non.

*Certains hommes peuvent se sentir père durant la grossesse ou même avant le début de celle-ci (Missonnier, 2007). D'autres vont se sentir père au moment des événements marquants de la grossesse. C'est le cas par exemple pour la première échographie (Åsenhed et al ; 2014).*

Les événements marquants de la grossesse vont permettre aux pères de mieux concrétiser l'existence du bébé ce qui va favoriser le sentiment de devenir père. Les transformations corporelles de la mère et les mouvements du bébé vont également favoriser la concrétude et renforcer le sentiment d'être père au cours de la grossesse (Boiteau, Apter & Devouche, 2019). Enfin, d'autres hommes vont se sentir père au moment de l'accouchement ou de la rencontre avec leur bébé (Åsenhed et al., 2014). L'apparition de ce sentiment semble dépendre du vécu personnel, de la situation et de la qualité de la relation avec la mère (Boiteau et al., 2019).

**IDÉE REÇUE N°5 :** Il est difficile pour les pères de se faire une place en maternité

C'est souvent vrai.

*« La maternité » désigne l'établissement de soin prenant en charge les accouchements. Le même terme désigne l'état, la qualité de mère. En d'autres termes, la terminologie employée pour ces établissements ne considère pas la parentalité au sens large et n'accorde pas de place aux pères. Pourtant, ces dernières décennies, le nombre de pères qui souhaitent rester auprès de leur compagne durant les différentes étapes de l'accouchement et de la prise en charge postnatale augmente considérablement.*

Nous l'avons vu précédemment, le père est aujourd'hui encouragé à assister à l'accouchement. La place du père à ce moment précis n'est pas remise en question. Seulement, une fois que l'accouchement a eu lieu, le père est – la plupart du temps – renvoyé chez lui pour la nuit. Par ailleurs, la plupart des maternités, il y a quelques décennies, proposaient exclusivement des chambres multiples, ce qui laissait très peu d'intimité au couple (Dallay & Reyvaz, 2017). Cette configuration existe encore aujourd'hui dans de nombreux lieux de soin.

Certains pères souhaiteraient pourtant aujourd'hui rester auprès de leur compagne et de leur bébé durant l'ensemble du séjour en maternité, ou au moins la première nuit (Madec et Beijas 2017). Néanmoins, peu d'établissements disposent de matériel adéquat pour accueillir les pères pour plusieurs jours. Même si on voit apparaître de plus en plus de chambres équipées de lits doubles pour accueillir le couple, cela reste relativement rare. Dans les chambres classiques, si le père souhaite rester la nuit avec sa compagne et son bébé, il devra généralement dormir sur un lit d'appoint inconfortable ou dans un simple fauteuil (Quelvennec et al., 2003).

Enfin, au-delà de la place matérielle accordée, nombreux sont les pères qui peinent à trouver leur place au sein de la dyade mère-bébé durant le séjour en maternité. Les moments passés à trois sont souvent interrompus par les soins et les visites ou les courses à faire. Lorsqu'ils sont présents au moment des soins, les pères peuvent bénéficier du même accompagnement que les mamans. Néanmoins, de nombreux pères n'ont pas la possibilité de rester durant l'ensemble du séjour (obligations professionnelles, familiales, etc.). Dans ces situations, le père sera peu ou pas accompagné par le personnel soignant de la maternité, ce qui peut expliquer la raison pour laquelle 50% des pères effectueraient les changes, mais très peu se sentiraient capables de donner le bain ou de s'occuper d'autres soins durant le séjour à la maternité (Madec & Beijas, 2017).

Afin de contribuer à une meilleure information des pères et à une meilleure prise en charge de leurs questions et de leur vécu, certains auteurs proposent de créer des espaces de discussion ou de débriefing en postnatal réservés aux hommes (Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain, & Guillemain, 2014 ; Hanson, Hunter, Bormann, & Sobo 2009).

**IDÉE REÇUE N°6 :** Pendant les soins (allaitement, bains, changes, etc.) le père ne peut pas s'investir car ce sont des moments exclusifs entre la mère et l'enfant.

**C'est faux.** Le père peut s'impliquer à tout moment, mais cela peut dépendre des attentes de la mère.

*Les pères ont longtemps délégué la responsabilité des soins du nouveau-né aux mères (Molinari & Speltini, 1998). Une des principales raisons est que le père se sentait rejeté de la dyade mère-bébé, notamment durant l'allaitement, vécu comme étant un moment exclusif entre la mère et son bébé (Gamble & Morse, 1993 ; Jordan & Wall, 1990). Aujourd'hui, l'implication du père dans les soins du bébé est encouragée, compte tenu des effets bénéfiques pour le bébé, la relation père-bébé / mère-bébé et la relation de couple (de Montigny et al., 2018).*

La place prise par le père va dépendre de lui-même, de son implication personnelle, de ses représentations, de son vécu avec ses propres parents et de ses éventuelles expériences précédentes de paternité (Boiteau et al., 2019). Il peut motiver sa conjointe, la déculpabiliser et jouer un rôle de soutien (de Montigny et al., 2018). La place du père peut également dépendre des comportements de gatekeeping de la mère : ce sont des comportements qui facilitent ou limitent l'engagement du père en lui donnant de l'espace, des encouragements, des compliments, du soutien. Elle peut décider de son niveau d'investissement ou au contraire restreindre son implication en l'excluant, le critiquant, ou en ne lui offrant aucun espace (Frascarolo, Feinberg, Sznitman & Favez, 2017).

**IDÉE REÇUE N°7 :** En postpartum, le bien-être de la mère est un des facteurs essentiels au bon développement du bébé

**Oui mais le bien-être du père est aussi important.**

*Si la détresse maternelle est connue pour avoir une influence délétère sur le développement du bébé, la détresse paternelle – beaucoup moins considérée pour l'heure – peut elle aussi avoir de graves répercussions sur l'enfant.*

La dépression maternelle en postpartum est la pathologie la plus présente chez les femmes durant la première année après l'accouchement : elle touche 13 % de mères (Bydlowski, 2015). Les conséquences de cette détresse périnatale maternelle sont multiples. La détresse postnatale peut altérer la

capacité à répondre aux stimulations comportementales et affectives de l'enfant (Sutter-Dallay & Guédeney, 2010). Par ailleurs les mères dépressives seraient moins sensibles et moins réceptives aux signaux de leur bébé : signaux vocaux, le regard ou les contacts corporels (Field, 1984). Les soins peuvent également ne pas être adaptés aux besoins du bébé (Faure, Legras, Chocard & Duverger, 2008). En ce qui concerne les conséquences sur le développement de l'enfant, la détresse émotionnelle de la mère impacte négativement le développement émotionnel, social et cognitif (Hay et al., 2001; Milgrom, Ericksen, McCarthy, & Gemmill, 2006 ; Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003 ; Sutter-Dallay & Guédeney 2010). Notons que le risque sur le développement de l'enfant devient significatif seulement si la détresse maternelle est associée à d'autres facteurs de risque (socioéconomiques notamment, ou en l'absence d'une figure substitutive pouvant assurer un apport émotionnel de qualité permettant un effet « tampon » possible du père) (Tissot, Frascarolo, Despland & Favez, 2011).

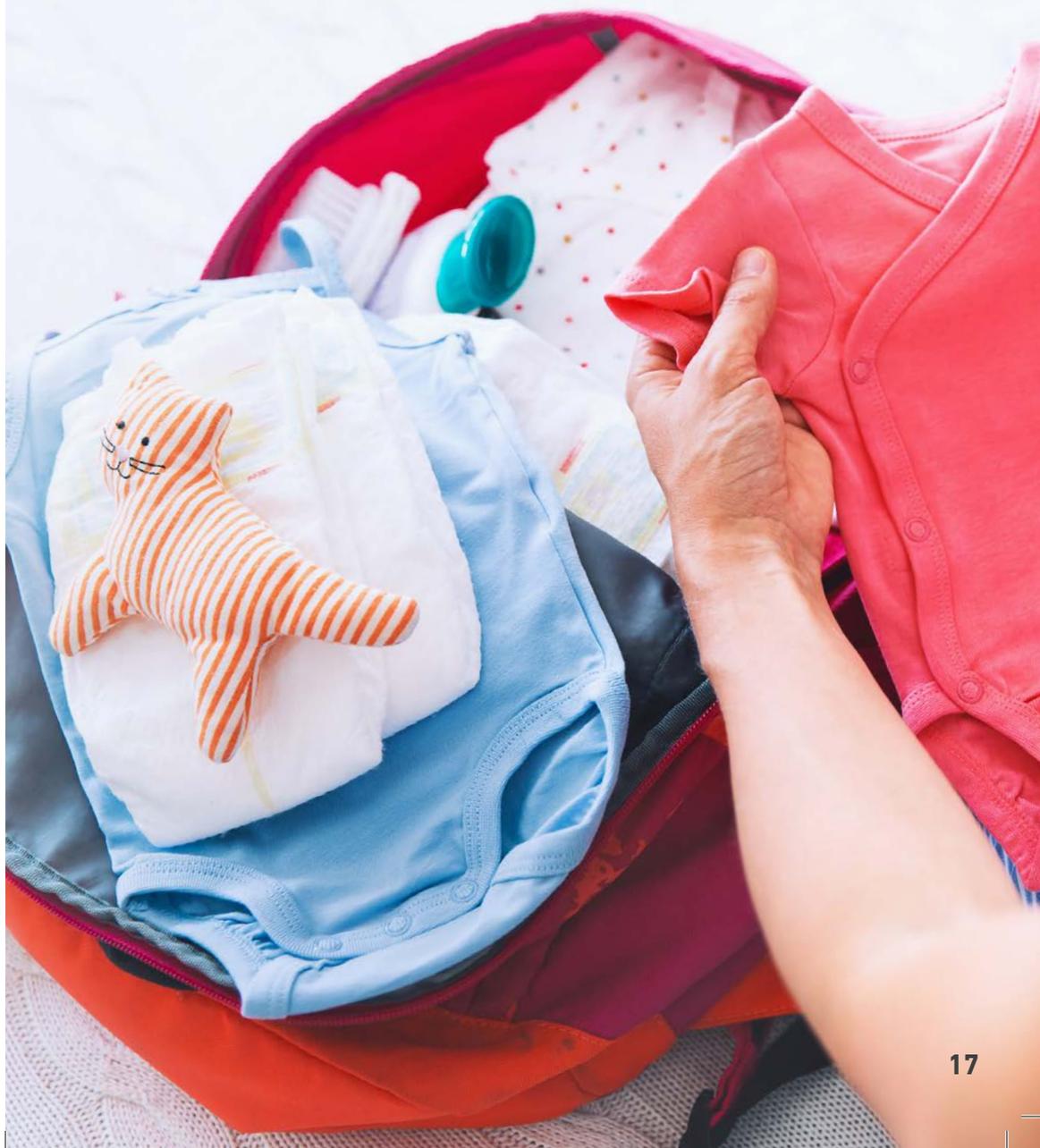
Le bien-être du père est également très important. Les pères peuvent également être concernés par des perturbations psychologiques graves (dépression, anxiété), ce qui peut avoir des répercussions sur les interactions père/bébé (Field, Hossain, & Malphurs, 1999) et augmenter le risque de développement de difficultés psychopathologiques chez l'enfant sur le long terme (Ramchandani et al., 2008).



## SYNTHÈSE DES ÉCLAIRAGES APPORTÉS AUX IDÉES REÇUES

La maternité a longtemps désigné un endroit médicalisé réservé aux soins du bébé et de sa mère. Aujourd'hui ce sont le plus souvent les parents qui sont accueillis à la maternité pour la naissance de leur bébé. Pourtant, l'accompagnement du père durant le séjour à la maternité reste complexe (manque de moyen matériel, absence du père durant les périodes de soin, absence de formation spécifique des soignants pour accompagner les pères, etc.). Le père peut par ailleurs s'investir dans sa paternité à différents moments : avant la grossesse, à l'annonce de celle-ci, au moment de l'accouchement ou même quelque temps après. Chaque père est différent et va vivre ces instants en fonction de son propre vécu, de sa culture et des nombreux remaniements psychologiques qui se déroulent pendant la période périnatale. Certains pères peuvent par ailleurs être fragilisés en raison de leurs inquiétudes, de leurs émotions fortes et changeantes. C'est un bouleversement intérieur profond qui s'opère, pouvant entraîner des manifestations spécifiques comme la couvade, ou des perturbations psychologiques plus graves pouvant aller jusqu'à de l'anxiété ou de la dépression. L'accompagnement de ces pères en détresse psychologique constitue par ailleurs un enjeu considérable, au regard du risque accru d'effets délétères de cette détresse paternelle sur le développement du bébé.





## **PARTIE 2 :** LES RESSOURCES POUR L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PÈRES EN PÉRIODE PÉRINATALE

### **INTRODUCTION**

La place du père s'est considérablement modifiée au sein des familles au cours de ces dernières décennies. En effet, le père a longtemps été le pourvoyeur unique du ménage, celui qui donnait son nom à son bébé au moment de la naissance et qui se sentait père souvent bien plus tard dans son développement (Brugeilles & Sebille, 2013). Cette conception traditionnelle de la famille s'éteint progressivement depuis l'ère industrielle et depuis l'accession des femmes au monde du travail. Les rôles parentaux ont été reconsidérés et de plus en plus d'hommes souhaitent s'impliquer davantage dans leur relation père-bébé, parfois dès le début de la grossesse de leur compagne (Madec et Beijas, 2017). Aujourd'hui, l'implication des hommes pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale est par ailleurs recommandée depuis peu par l'OMS (Molénat & Roegiers, 2017).

Afin d'encourager l'implication des deux parents, la plupart des ressources et activités initialement créées pour les mères s'ouvrent peu à peu aux pères. Le père peut accompagner sa compagne à chaque étape de cette transition vers la parentalité (durant la grossesse, l'accouchement et en post-partum, voir figure 1). Des ateliers, ou groupes de paroles spécifiques aux pères se développent également ces dernières années et semblent particulièrement adaptés aux attentes des participants. Nous recensons ci-après ces différentes ressources afin d'avoir une vision d'ensemble de ce qui existe dans les pays francophones et à l'étranger.



# Les ressources disponibles pour l'accueil des pères en période périnatale

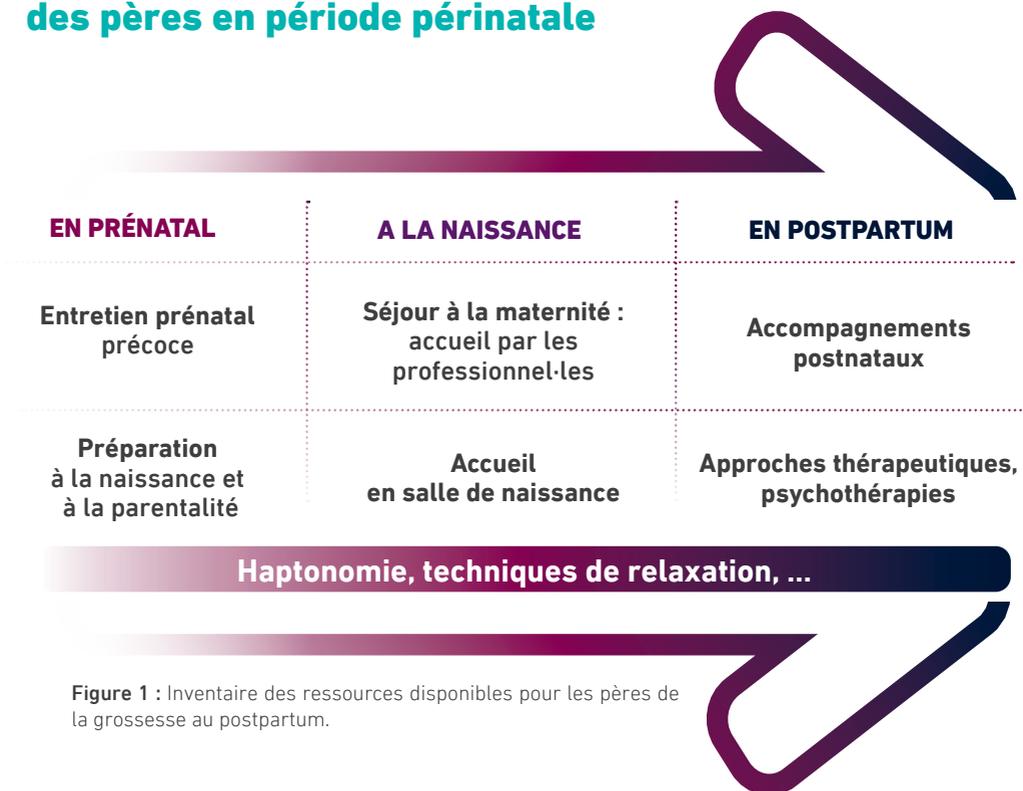


Figure 1 : Inventaire des ressources disponibles pour les pères de la grossesse au postpartum.

## EN PRÉPARATION À LA NAISSANCE

En Belgique, dès que les parents souhaitent avoir un enfant, il est possible de rencontrer des professionnel·les de la périnatalité lors de consultations préconceptionnelles. Ces consultations s'adressent à tous les parents qui souhaitent être conseillés et guidés en anticipant la grossesse (Raynal, 2010). La consultation préconceptionnelle est particulièrement recommandée chez les femmes atteintes d'une maladie chronique, systémique ou auto-immune (Le Guern, Guettrot-Imbert et Costedoat-Chalumeau, 2015).

Lorsque la grossesse est confirmée, les futurs parents peuvent choisir de consulter un·e sage-femme, un·e gynécologue obstétricien·ne ou le médecin traitant afin de programmer la première échographie et établir un dossier de surveillance de grossesse. L'ONE propose également des consultations prénatales qui sont ouvertes à tous les futurs parents qui souhaitent être accompagnés sur le plan médical et social durant le déroulement de la grossesse. En dehors des différentes rencontres médicales pour surveiller l'état de santé de la mère du bébé, il existe d'autres dispositifs qui permettent d'accompagner la grossesse. Le père y est souvent le bienvenu, même si ces derniers peinent à y trouver véritablement leur place.

## L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE (FRANCE)

L'entretien prénatal précoce ou « entretien du 4<sup>e</sup> mois » a initialement été développé en France à la suite du plan « Périnatalité 2005-2007 ». (Code de la santé publique : articles R2122-1 à R2122-3). C'est un entretien de prévention proposant à la femme enceinte ou au couple un moment d'écoute et d'expression sur le vécu de la grossesse (Dugnat, Glangeaud-Freudenthal, & Isserlis, 2008). Cet entretien s'inscrit dans une pratique éducative organisée au sein d'un réseau de professionnel·les (Tari & Riquet, 2016). L'objectif de ces entretiens est d'améliorer le bien-être des femmes, des nouveaux-nés et des familles en se basant sur l'écoute, le soutien et l'empathie (Tari & Riquet, 2016). Une femme enceinte sur trois se rend seule à ce type d'entretien (Devaux, 2012). La présence du père est très recommandée, notamment pour aborder le plus tôt possible les aspects médicaux (en cas de vulnérabilités ou de pathologies) ou l'organisation du postpartum (Levy, 2017).

Ouvrir le dialogue aux pères suffisamment tôt durant la grossesse permettrait par ailleurs de détecter les vulnérabilités et les besoins du père et du couple pour préparer le plus sereinement possible le projet de naissance (Dugnat et al., 2008). En effet, l'homme rencontre peu (ou pas) d'occasions d'être entendu par un·e professionnel·le de la périnatalité au début de la grossesse de sa compagne, ce qui peut limiter la qualité du suivi de la famille en construction (Levy, 2017).

La rencontre du père à ce moment de la grossesse pourrait constituer le point de départ d'un accompagnement adapté en cas de vulnérabilité psychologique. Ces vulnérabilités pourraient être repérées par les outils présentés dans la dernière partie de cette brochure.



## LES PROGRAMMES DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ (PNP)

Jusque dans les années 1970, les sages-femmes organisaient des préparations « psychoprophylactiques obstétricales » pour préparer les femmes à l'accouchement (exercices posturaux, respiration, temps de relaxation). Ces séances étaient organisées en groupe, sans les pères, et étaient souvent considérées comme impersonnelles par les participantes (Havasi, 2017). En 1990, la terminologie change pour devenir « préparation à la naissance ». Enfin, aujourd'hui, le terme est devenu « préparation à la naissance et à la parentalité » soulignant la volonté d'une approche inclusive pour les pères. Pourtant, peu d'études pour l'heure ont exploré les effets de ces programmes sur le vécu des pères ou futurs pères.

Les PNP sont proposés après l'entretien prénatal précoce (dans les pays qui le pratiquent), ce qui constitue le point de départ de l'accompagnement du couple. Ces programmes visent à renseigner les parents sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que sur les particularités du postpartum (voir Figure 2 page suivante). Ces séances peuvent être proposées individuellement (femme seule ou en couple) ou collectivement (plusieurs femmes ou plusieurs couples).



## LES PROGRAMMES DE PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET À LA PARENTALITÉ

Un programme complet de PNP se déroule généralement en **7 à 8 séances** (HAS, 2006). Celles-ci abordent différentes thématiques autour de la périnatalité, elles peuvent présenter des techniques pour la relaxation ou l'accouchement, donner des conseils et répondre aux nombreuses interrogations des futurs parents.

### Exemples d'activités ou de thématiques abordées:

- *Présentation de la maternité et de l'équipe.*
- *La grossesse, le travail, l'accouchement.*
- *Visite des salles de naissances.*
- *Exercices pratiques : gym, respiration, techniques de poussées.*
- *Déroulement de l'accouchement, accueil du bébé et soins à l'enfant.*
- *Les suites de couches, l'allaitement, la rééducation périnéale.*

### POUR ALLER PLUS LOIN :

Haute Autorité de Santé (2006).

Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).  
Recommandations professionnelles.

TÉLÉCHARGEABLE SUR [WWW.HAS-SANTE.FR](http://WWW.HAS-SANTE.FR)



Figure 2 : Organisation et contenu des programmes de préparation à la naissance et à la parentalité.

En Belgique, les recommandations de bonnes pratiques tirées du rapport KCE de 2019 (Benahmed et al., 2019) prévoient un suivi médical de 6 à 9 consultations. Le nombre de consultation peut être majoré en cas de grossesse à risque. En parallèle du suivi médical, les femmes enceintes peuvent être suivies par un.e gynécologue-obstétricien-ne ou un.e sage-femme. Ces professionnel·lel·s ont la possibilité d'organiser des PNP individuelles ou de groupes. L'accompagnement peut être réalisé à l'hôpital, en consultation prénatale ONE, à domicile, en maison de naissance, dans les maisons médicales ou en consultation privée à domicile.

Bien que les séances de PNP soient ouvertes aux futurs pères, ceux-ci déclarent le plus souvent qu'ils sont présents uniquement pour un rôle de soutien, plutôt que comme participants directs (Redshaw & Henderson, 2013). La revue de littérature de Fletcher, Silberberg et Galloway (2004) révèle par ailleurs que les hommes ayant assisté à ces séances ressortent le plus souvent avec un sentiment de frustration, d'impuissance, d'anxiété, d'inconfort, de nervosité et de peur pour leur partenaire. Une revue de littérature plus récente (Lee et al., 2018) montre cependant que l'implication des pères dans ce type de programme était associée à une augmentation de la qualité de la relation du couple parental et à une augmentation des comportements de soutien du père. Une corrélation entre la santé mentale du père et l'implication dans les activités de préparation à la naissance et à la parentalité a par ailleurs été mise en évidence. Cependant, les effets sur la santé mentale chez les pères ne sont pas systématiquement retrouvés. Ces résultats contradictoires peuvent s'expliquer par l'absence de consensus entre les programmes proposés (contenu des séances, durée du programme, professionnel·lel·s qui organisent la formation, nombre de participants, etc.). Par ailleurs, l'étude révèle que certaines variables n'étaient pas associées à l'implication du père dans ce type de programme : la qualité de la relation père-enfant, les connaissances parentales et le sentiment d'efficacité parentale.

En résumé, bien que ces programmes inclusifs soient prometteurs, il y a pour l'heure trop peu d'études qui permettent d'analyser en détail les effets bénéfiques de ces ateliers, cours ou programmes sur le vécu du père. Ces groupes et ateliers sont par ailleurs peu comparables en raison des différentes modalités d'organisation et des différences de contenu. Les premières études sur le sujet sont néanmoins encourageantes et montrent l'importance d'impliquer les pères le plus tôt possible dans le processus de parentalité. Les PNP ouverts aux couples semblent cependant peu adaptés aux besoins spécifiques des futurs pères, et ne semblent pas permettre de détecter ou de prendre en considération les éventuelles vulnérabilités des pères.

## **PNP SPÉCIFIQUES AUX PÈRES : LES GROUPES DE PAROLE**

Depuis les années 2000, des groupes de parole spécifiques aux hommes ont été proposés durant la grossesse de leur compagne (Legros, 2008). Ces groupes d'échanges constituent l'opportunité pour les pères de se préparer psychiquement à la paternité (Benoît, 2003). Durant les réunions, les futurs pères peuvent partager leurs craintes, leurs doutes, leurs angoisses, et peuvent trouver des réponses aux nombreuses interrogations autour de la grossesse (Legros, 2008) mais aussi sur l'accouchement et le postpartum qui semblent les concerner davantage (Jacques, 2012). Le fait de ne pas être accompagné par leur compagne respective leur permet d'être certain de ne pas les inquiéter et leur permet de décomplexer sur les questions qu'ils se posent (Missonnier & Robineau 2010). Des exemples de questionnements fréquents sont proposés (voir Figure 3).

Il n'existe pas pour le moment de recommandations pour l'organisation de ces groupes de parole spécifiques aux pères à l'instar de ce qui existe pour la mère ou le couple. Les groupes spécifiques aux hommes sont organisés selon les intervenants (sage-femme, médecins, psychologues) et selon les modalités définies pour chaque groupe (Kies, 2016).

Enfin, ce type de groupe de parole spécifique aux pères semble se développer peu à peu dans les maternités ou auprès de professionnel-le-s libéraux. Cependant, ces groupes sont pour l'heure très peu étudiés dans la littérature. Précisons que Missonnier (2003) constatait que seulement un père sur 40 venait aux groupes réservés aux hommes, ce qui souligne un intérêt limité de la part des pères pour ces séances telles qu'elles sont aujourd'hui parfois proposées. De futures recherches pourraient permettre d'identifier plus précisément les attentes et les besoins des pères afin de les intéresser et de trouver les ressources les plus adaptées pour les accompagner, notamment en ce qui concerne les pères les plus vulnérables.



## Questions fréquentes posées par les pères

### **QUESTIONS DE MAITRISE TECHNIQUE :**

*« Comment reconnaît-on le moment ? » ; « Comment se passe le déclenchement ? » ; « Combien de temps dure l'accouchement ? » ; etc.*

### **QUESTIONS SUR LE RÔLE DU PÈRE :**

*« Expliquez- nous les deux, trois choses à faire et à ne pas faire pendant l'accouchement ? », « Faut-il absolument couper le cordon ? » ; « Apprend-on aux pères à faire la toilette du bébé ? » ; « Le père doit-il toujours avoir ce côté sanction dans l'éducation ? » ; etc.*

### **QUESTIONS SUR LE DÉSIR ET LA SEXUALITÉ :**

*« Quand peut-on reprendre les relations sexuelles ? » ; « Les rapports sexuels peuvent-ils provoquer des contractions ? » ; « Quand le ventre de la mère redevient-il normal ? » ; etc.*

### **POUR ALLER PLUS LOIN :**

Jacques (2012). Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. *L'information Géographique*. Vol. 76. 108 – 121.

Figure 3 : Exemples de préoccupations fréquentes des pères en période périnatale.

## HAPTONOMIE

L'haptonomie est désignée comme étant la science de l'affectivité (Veldman, 2007). En période périnatale, l'haptonomie consiste à communiquer avec son enfant dans le contact « thymotactile » (Décant-Paroli & Dolto, 2018 p.72). Les séances précoces durant la grossesse permettent d'instaurer un dialogue entre la mère et l'enfant mais également entre le père et l'enfant (Dolto-Tolitch & Dugnat, 2004). Selon Havasi (2017), l'haptonomie permet d'impliquer directement les pères et de leur offrir une vraie place au sein de la triade père-mère-enfant. L'accompagnement débute vers le 4<sup>ème</sup> mois de la grossesse. Une douzaine de rencontres sont généralement proposées jusqu'à la naissance. L'accompagnement se poursuit en postpartum, jusqu'à ce que l'enfant puisse marcher seul (Dolto-Tolitch & Dugnat, 2004).

Les témoignages des pères ayant eu l'opportunité d'être accompagnés par cette technique s'accordent sur la possibilité d'entrer en contact avec leur enfant et de faire connaissance avec lui (Linou, 2018). Des exemples de témoignages sont repris dans la figure 4.

L'accompagnement haptonomique ne peut se faire qu'en présence du père, ou avec une personne suffisamment proche de la famille (Dolto-Tolitch & Dugnat, 2004). Les séances d'haptonomie constituent donc une opportunité de s'intéresser aux pères, à leur vécu, leurs émotions et leur bien-être afin d'interagir au mieux avec l'enfant à naître.



## TÉMOIGNAGES DE PÈRES SUR L'HAPTONOMIE

*« C'est beau de voir le sourire de Marie au moment où je la touche, je ne fais presque rien, par exemple, je pose ma main sur son pied et je vois son sourire, ça veut dire qu'elle se sent bien et je sais alors que mon enfant aussi se sent bien, et ça, c'est génial ! »*

*« Le plus important que j'ai appris avec l'haptonomie, c'est comment poser mes mains sur mon enfant pour lui parler. »*

*« Cela m'a apporté une prise de conscience (pour le premier) que j'allais devenir papa. Le voir à l'échographie trois fois n'apporte pas cette prise de conscience. C'est trop brutal, fugace... Ce n'est pas très intime, personnel mais très technique (écran, bip, gel poisseux...). Tandis que l'haptonomie, on vous donne la technique mais le plus gros du travail est fait à la maison, dans un endroit calme, pendant un moment tranquille à partager avec sa femme. Je ne dis pas que la "communication" se fait à chaque fois, mais cela permet de se poser à deux, de partager un moment paisible et de commencer à sentir la petite chose qui deviendra grande »*

### POUR ALLER PLUS LOIN :

Linou (2018). Pratique de l'haptonomie pré et postnatale. Spirale. N°85. 47-49.

Figure 4 : Exemples de préoccupations fréquentes des pères en période périnatale.

## PENDANT LE SÉJOUR À LA MATERNITÉ

### LE PÈRE EN SALLE DE NAISSANCE

Dans les années 1990, 85 % des pères issus de foyers biparentaux assistent à la naissance de leur enfant contre 27% avant les années 70. En Europe, trois pères sur quatre accompagnent et soutiennent leur conjointe pendant l'accouchement (Kies, 2016). En cas de césarienne, il est plus difficile d'accorder une place au père au moment de la naissance. Seuls 18% des pères sont présents au moment des césariennes en France (Levy, 2017).

Il est admis aujourd'hui que la présence du père durant l'accouchement apporte des bienfaits tant pour la mère que pour le bébé. Les femmes qui bénéficient du soutien de leur conjoint au cours de l'accouchement perçoivent cette épreuve de façon beaucoup plus positive que celles qui ont accouché avec l'équipe obstétricale pour seule compagnie (de Montigny et al., 2015). Ces effets bénéfiques se retrouvent également dans la relation père-enfant : la présence du conjoint en salle de naissance permet au père de renforcer l'attachement à son bébé (Trupin, 2007).

Une enquête réalisée en 2003 révèle que les pères en salle d'accouchement sont à la fois inquiets et heureux, en général émus, ou bouleversés par des charges émotionnelles intenses (Audier et al., 2003). L'enquête révèle également un sentiment de retrait et de mise à l'écart des pères lorsqu'une tierce personne de la famille assiste à l'accouchement (ex : grand-mère maternelle). Le père se sentirait exclu, voire dépossédé dans cet environnement devenu exclusivement féminin (Audier et al., 2003).

Pour beaucoup de pères, leur rôle est de soutenir leur compagne durant le travail (Kopff-Landas et al., 2008). Le soutien peut être physique (massage, hydratation) ou mental (rassurer, encourager) (Premberg, Carlsson, Hellstrom & Berg, 2011). Cependant, plusieurs études révèlent que les pères peuvent se sentir paniqués, inutiles, désinvestis et peu soutenus par le personnel soignant (Kopff-Landas et al., 2008 ; Johansson, Fenwick & Premberg 2015). Certains ont par ailleurs déclaré avoir été contraints de couper le cordon ombilical, induisant de fortes émotions négatives (Premberg et al., 2011). Pour d'autres, couper le cordon ombilical représente un acte important pour les pères, et pour certains, c'est un des seuls moments pour lequel le père se sent réellement utile (Johansson et al., 2014).

La qualité de l'engagement et de l'implication des pères durant l'accouchement semble dépendre fortement des interactions et de la communication avec les professionnel·les (Boiteau et al. 2019). Le soutien des sages-femmes est par ailleurs un des facteurs les plus corrélés au vécu positif des pères durant l'accouchement (Hildingsson, Cederlöf, & Widén, 2011). Par ailleurs, le fait de tenir au courant le père sur le déroulement de l'accouchement leur procure un

sentiment de sécurité, de contrôle de la situation, ainsi que le sentiment d'être utile dans le soutien de leur compagne (Johansson et al., 2014). Lorsque les pères ne se sont pas sentis soutenus ou informés, ils étaient moins calmes mais aussi moins impliqués dans l'accompagnement de leur compagne (Bäckström et Wahn, 2011).

### **LE PÈRE DURANT LE SÉJOUR DE SA COMPAGNE À LA MATERNITÉ**

La littérature s'accorde sur les difficultés ressenties par les pères pour trouver leur place dans un service de maternité (Levy, 2017 ; Truc, G. (2006) ; Quelvenec et al., 2003). Observer les pères en maternité est par ailleurs complexe, compte tenu de ces difficultés (voir figure 5). Leur place est souvent réduite à une simple chaise ou un fauteuil (Quelvenec et al., 2003). Ils peuvent par ailleurs se sentir comme « un simple visiteur » (Levy, 2017). Un lit pliant est parfois à disposition, ce qui les rendrait plus légitimes (Levy, 2017 ; Quelvenec et al., 2003).



## La place des pères à la maternité

### OBSERVATIONS DE L'ETHNOLOGUE TRUC, G. (2006) :

« À peine arrivé dans le service, notre question théorique (quelle est la « place » des pères en Maternité ?) a rencontré notre question méthodologique (où les observer et les interroger ?). Observer les pères dans une Maternité suppose de savoir définir où ils se trouvent, où ils sont visibles, ce qui ne va pas de soi dans la mesure où aucun espace particulier ne leur est explicitement assigné. En règle générale, les mères sont dans leur chambre, les bébés dans les crèches ; quant aux pères, on les « croise » avant tout dans les couloirs du service, ce qui signifie qu'ils sont dans la Maternité sans y être réellement. Au sens propre, beaucoup « ne tiennent pas en place » : ils vont et viennent en permanence, passant furtivement dans le service, sans y rester. Certains pères tentent aussi de se faire oublier en restant cloîtrés dans la chambre de leur conjointe, et rasant les murs quand ils en sortent. Ces deux attitudes traduisent une même volonté de se montrer discret dans un service où ils sont pourtant a priori bienvenus (ce qui est le cas dans la Maternité observée mais ne l'est pas forcément ailleurs). Seule une minorité des pères semblent vraiment « à l'aise » dans le service ».

### POUR ALLER PLUS LOIN :

Truc, G. (2006). La paternité en maternité. *Ethnologie française*, 36(2), 341-349.

Figure 5 : Observations de l'ethnologue Truc (2006) à propos de la place du père en maternité.

Selon Levy (2017), l'équipe soignante de la maternité joue un rôle majeur dans la place attribuée au père. Le fait de proposer un lit pour eux dans les chambres de leur compagne constitue un point de départ pour la reconsidération de la place du père par les soignants (Levy, 2017). Le père étant plus disponible et plus présent à la maternité, sa présence constitue une opportunité d'échanges entre père, mère et soignants qui peuvent révéler des fragilités ou, au contraire, renforcer la solidité du couple (Levy, 2017) Par ailleurs, en cas de fragilités, il devient possible d'orienter les pères vers des ressources externes, telle qu'une prise en charge psychologique (Levy, 2017).





## EN POSTPARTUM

### ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL PARENTAL

En Belgique, le séjour à la maternité se réduit de plus en plus : il est passé de 6.9 jours en 1991 à 4.1 jours en 2011 (Rapport KCE de Benahmed et al., 2014). En 2015, la ministre de la Santé Publique Maggie De Block a proposé une réforme visant à raccourcir davantage le séjour en maternité : entre 48 et 72 heures pour les accouchements par voie basse, ou entre 72 et 96 heures par césarienne (De Block, 2015). Cette réduction de la durée du séjour en maternité a entraîné un glissement des soins postnataux hospitaliers vers le domicile en Belgique. En ce sens, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé a proposé un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques (Rapport KCE de Benahmed et al., 2014). Parmi ces recommandations, la 7<sup>e</sup> souligne l'importance de soutenir « les mères et les pères » dans leur rôle de parents (voir figure 6). Les points d'action associés à cette recommandation précisent que l'éducation parentale par des groupes de soutien aux parents est à proposer aux parents.

En France, c'est un entretien postnatal qui est proposé pour accompagner les parents après la naissance de leur enfant. La Haute Autorité de Santé (2014) recommande de réaliser cet entretien dans les 8 à 15 jours après la sortie de la maternité. Il vise à répondre au bien-être global du bébé et de ses parents, à porter attention à leur sécurité somatique, émotionnelle et psychique, à la sécurité environnementale de cette famille, à soutenir le développement des compétences parentales par des connaissances théoriques et pratiques (Capgras-Baberon, Lefèvre-Penel & Dugnat, 2014).

Bien que les recommandations soulignent la volonté d'inclure les pères dans l'accompagnement postnatal, il n'existe pas à notre connaissance d'étude francophone sur le vécu des pères et les effets de l'accompagnement postnatal sur eux. La littérature internationale sur le sujet souligne l'importance de reconsidérer l'accompagnement postnatal pour les pères en s'adaptant aux besoins et spécificités des hommes (Lau & Hutchinson, 2020).

## EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS DE L'ORGANISATION DES SOINS APRÈS L'ACCOUCHEMENT (KCE, 2014)

### Recommandation numéro 7

Soutenir les mères et pères dans leur (nouveau) rôle de parents en développant le potentiel des assistantes maternelles à domicile, et en encourageant les parents à rechercher le soutien de leurs pairs.

- **Point d'action 7.1 :** Professionnaliser l'assistance maternelle à domicile et l'intégrer dans un cadre cohérent de suivi postnatal à domicile.
- **Point d'action 7.2:** Intégrer les groupes de soutien de parents à l'offre structurelle pour stimuler le soutien par les pairs et l'éducation parentale. CenteringParenting, en continuation de Centering Pregnancy, peut être un bon modèle.



### POUR ALLER PLUS LOIN :

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (2014). L'organisation des soins après l'accouchement. KCEReport 232Bs. Health Services Research.

Figure 6 : Extrait des recommandations de l'organisation des soins après l'accouchement (KCE, 2014).



## **ACCOMPAGNEMENT POSTNATAL DES PÈRES PSYCHOLOGIQUEMENT VULNÉRABLES**

Les pères en situation de vulnérabilité psychologique peuvent être pris en charge de différentes manières. A l'instar de ce qui existe pour les mères, les pères qui présentent une dépression postnatale peuvent par exemple suivre une psychothérapie individuelle (Glatigny-Dallay et al., 2017) ou débiter une thérapie familiale périnatale (Darchis & Benghozi, 2019). Précisons que les approches thérapeutiques spécifiques à la dépression paternelle en période périnatale sont pour l'heure peu étudiées. La revue de la littérature de Goldstein, Rosen, Howlett, Anderson, et Herman (2019) révèle par ailleurs que la majorité des études sur le sujet évaluent indirectement la détresse paternelle en raison du focus quasi-systématique sur la mère, l'enfant ou le couple.

D'autres approches thérapeutiques peuvent être proposées : techniques de massages, luminothérapie, acuponcture, sophrologie, musicothérapie (Abel & Leclercq, 2017). Les effets de ces approches sont encore peu étudiés. Les premières études sur le sujet montrent un effet significatif sur la santé mentale, et plus particulièrement, sur l'anxiété des pères pour certaines approches psychothérapeutiques basées sur des programmes d'éducation pour les pères (Li et al., 2009 ; Tohotoa et al., 2012). Certaines techniques de massages ont également montré leur efficacité (Field, Hernandez-Reif, Diego, Feijo, Vera & Gil, 2004 ; Cheng, Volk, & Marini, 2011). Notons que les interventions en couple n'ont pas montré d'effet significatif sur la santé mentale des pères (Rominov, Pilkington, Giallo, & Whelan, 2016).

## **SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS**

Malgré l'existence des dispositifs décrits, certains pères ne se sentent pas accueillis de manière positive par les institutions (Jungmarker, 2010), ou marginalisés et peu soutenus par l'équipe soignante en période périnatale (Dallay & Reveyaz, 2017). Pourtant, les différentes ressources existantes pour les mères s'ouvrent progressivement aux pères (entretien prénatal et postnatal, échographies, séances de préparation à la naissance et à l'accouchement, groupes de parole, etc.). Bien que de plus en plus de pères participent à ce type d'activité, beaucoup déclarent être présents surtout pour soutenir leur conjointe (Boiteau et al., 2019). Au regard de ces éléments, il semble important aujourd'hui de repenser l'accompagnement du père en période périnatale.

La revue de la littérature réalisée par Plantin et al. (2011) montre que les ressources en ligne telles qu'une librairie dématérialisée adressée aux pères, ou des forums de discussion entre pères avec interventions de sages-femmes, semblent permettre aux pères de se sentir davantage soutenus et considérés durant la période périnatale.

Il serait donc intéressant de développer ce type d'outils au sein des maternités, eu égard à ce qui existe déjà dans la littérature internationale (sites internet, applications pour smartphone). Enfin, il semble que les activités réservées uniquement aux pères soient mieux perçues par ces derniers (groupes de parole ou ateliers). Ils se sentent plus libres de partager leurs inquiétudes et peuvent poser des questions, sans se préoccuper de ce que pourrait penser leur conjointe (Friedewald, 2007).

## **DES IDÉES CONCRÈTES POUR INSPIRER LES PRATIQUES EN BELGIQUE**

Si les soignants et professionnel-le-s de santé sont de plus en plus sensibilisé-e-s à la place et au vécu du père en période périnatale, les dispositifs concrets pour accueillir et soutenir les devenant pères restent trop souvent peu spécifiques et peu adaptés aux attentes, et parfois ne sont simplement pas développés et accessibles en Belgique. Pour une revue complète des dispositifs en Fédération Wallonie-Bruxelles, voir le rapport « Dispositifs à destination des (futurs) papas dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles » de Godesart (Direction Recherches et Développement, ONE, 2020) Si certains établissements proposent des activités pour les parents, intégrant explicitement les pères, cela reste l'exception plus que la règle.

Au regard des attentes et des besoins spécifiques des hommes devenant pères, il est aujourd'hui nécessaire de repenser l'accueil et l'accompagnement du père en développant des approches pour, d'une part, encourager l'implication du père compte tenu des effets protecteurs de l'implication paternelle sur leur propre santé physique et émotionnelle, sur le couple, sur la dépression maternelle et sur le développement du bébé (de Montigny et al., 2018) et, d'autre part, pour accompagner les pères qui en ressentent le besoin, en leur proposant des ressources adaptées à leurs attentes. C'est certainement en multipliant les sources d'informations et les supports que nous pourrions répondre aux attentes et besoins spécifiques de chaque homme devenant père. Alors que certains ont besoin d'échanger avec leur compagne ou leurs proches, d'autres préfèrent un espace de parole réservé aux hommes. D'autres encore vont uniquement consulter des supports écrits (brochures, livres, ressources connectées). Il semble donc important aujourd'hui de proposer différents types de supports pour les encourager à se renseigner et à s'impliquer en fonction de leurs besoins et de leurs attentes autour de la paternité en période périnatale. Nous pouvons également nous inspirer de ce qui existe à l'étranger, et notamment d'interventions qui ont fait leurs preuves tels que les programmes parentaux « Evidence based practice » (Lee et al., 2018).

Des recommandations sont par ailleurs proposées pour encourager l'implication paternelle dans ces programmes, telles que favoriser une équipe avec une femme et un homme pour organiser le programme, intégrer des moments réservés exclusivement aux hommes, distribuer des brochures permettant d'informer les pères sur les soins à apporter au bébé ou sur la gestion du stress. Notons cependant la limite des recommandations de bonnes pratiques qui sont souvent peu flexibles et ne permettent pas de s'adapter aux contextes très différents des pratiques professionnelles de la périnatalité. Chacun devrait donc prendre connaissance de ce qui existe pour réfléchir ensuite à l'intégration de ces connaissances sur le terrain, en ajustant au mieux en fonction du contexte de travail.

Enfin, précisons que le père rencontre peu (ou pas) d'occasions d'être entendu par un.e professionnel.le de la périnatalité au début de la grossesse de sa compagne, ce qui peut limiter la qualité du suivi de la famille en construction (Levy, 2017) et souligne l'importance de développer des supports facilement disponibles. Enfin, lorsque les pères ont la possibilité de rencontrer un.e professionnel.le de la périnatalité, il semble essentiel de ne pas le considérer uniquement comme le partenaire de la mère, mais comme un père ayant ses propres attentes, craintes, préoccupations et questionnements.

Certains peuvent par ailleurs présenter des signes de détresse paternelle très spécifiques qui nécessitent une prise en charge adaptée en fonction de la sévérité des manifestations symptomatiques. Pourtant, malgré la reconnaissance récente de cette détresse paternelle dans la littérature, il n'existe pas d'outils spécifiques en Belgique pour la repérer. Il est néanmoins possible de faciliter ce repérage par d'autres outils (voir section suivante).

# CE QU'IL FAUT RETENIR

## **PARTIE 1 :**

### **IDÉES REÇUES AUTOUR DE LA PATERNITÉ**

Malgré de nombreux travaux scientifiques, certaines idées reçues concernant la paternité persistent autour de nous.

Il est essentiel de mettre à jour ses connaissances sur la paternité pour réfléchir sur sa pratique professionnelle et adopter les comportements adéquats pour accueillir les pères et les accompagner.

Les pères peuvent aussi être concernés par des perturbations psychiques et physiques, c'est pourquoi il est essentiel de repérer leurs vulnérabilités et leur détresse en période périnatale.

## **PARTIE 2 :**

### **RESSOURCES POUR L'ACCUEIL ET L'ACCOMPAGNEMENT DES PÈRES EN PÉRIODE PÉRINATALE**

La plupart des dispositifs existants s'ouvrent progressivement aux pères.

Pour les activités en couple: les pères participent avant tout pour soutenir leur compagne.

Des interventions spécifiques pour les pères commencent à être proposées et celles-ci semblent plus efficaces pour soutenir les pères que les interventions en couple.

Les interventions sont souvent inspirées de ce qui existe pour les mères et manquent de spécificités, impliquant une efficacité limitée.

Il semble nécessaire de développer les outils et des interventions plus ciblées pour une prise en charge plus efficace des pères en période périnatale.

## **PARTIE 3 :**

### **LES OUTILS POUR FACILITER LE REPÉRAGE DE LA DÉTRESSE PATERNELLE**

Les conséquences possibles de la détresse paternelle en période périnatale sur l'enfant justifient l'importance de mieux repérer les pères vulnérables par les professionnel·les de première ligne.

Il existe des outils rapides et gratuits qui permettent d'identifier certains signes de détresse (symptomatologie anxieuse et/ou dépressive, stress perçu).

Il ne s'agit pas d'outils diagnostiques mais de questionnaires permettant d'évaluer rapidement certaines dimensions de la détresse paternelle qui peuvent aider les professionnel·les à orienter les pères vers des ressources adaptées.

---

## **POUR ACCUEILLIR ET ACCOMPAGNER LES PÈRES EN PÉRIODE PÉRINATALE:**

il faut en premier lieu réfléchir à comment leur faire une place pour renforcer les échanges avec les professionnel·les de la périnatalité et faciliter le repérage d'éventuelles vulnérabilités psychologiques.

Ces outils sont disponibles sur demande à l'adresse : [one.academy@one.be](mailto:one.academy@one.be)

## Bibliographie

Abel, S. & Leclercq, S. (2017). Autres approches thérapeutiques en périnatalité : cas particulier de la musicothérapie. Dans : Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthaléd., *Accueillir les pères en périnatalité*: Cahier Marcé n° 7 (pp. 221-226). Toulouse, France: Eres. doi:10.3917/eres.glang.2017.01.0221.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Åsenhed, L., Kilstam, J., Alehagen, S., & Baggens, C. (2014). Becoming a father is an emotional roller coaster—an analysis of first-time fathers' blogs. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9-10), 1309-1317. doi:10.1111/jocn.12355.

Audier, L., Blancho, A., Callamand, P., Malavialle, L., & Pérez, F. (2003). La place des pères en maternité, A propos d'une enquête: quelques réflexions. *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité*, Ramonville-Saint-Agne, Erès

Bäckström, C., & Wahn, E. H. (2011). Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. *Midwifery*, 27(1), 67-73. doi:10.1016/j.midw.2009.07.001.

Benahmed, N., Devos, C., San Miquel, L., Vinck, I., Vankelst, L., & Verschueren, M. (2019). Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque-Synthèse. Health Services Research (HSR). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Url: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_326B\\_Soins\\_prenatal\\_synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_326B_Soins_prenatal_synthese.pdf)

Benahmed, N., Devos, C., San Miquel, L., Vinck, I., Vankelst, L., et al. (2014). L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. *Health Services Research* (HSR). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_232Bs\\_soins\\_postnatal\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf)

Benoît, A. (2003). Paroles d'hommes. In *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité* (pp. 57-63), Ramonville Saint-Agne, Eres.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2): 69-77. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3.

Boiteau, C., Apter, G., & Devouche, E. (2019). À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. *Devenir*, 31(3), 249-264. doi: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3.

Brennan, A., Ayers, S., Ahmed, H. & Marshall-Lucette, S. (2007). A critical review of the couvade syndrome: The pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3), 173-189. doi: 10.1080/02646830701467207.

Brugelles, C. & Sebille, P. (2013). Le partage des tâches parentales : les pères, acteurs secondaires. *Informations sociales*, 176(2), 24-30. doi:10.3917/ins0.176.0024.

Budur, K., Mathews, M. & Mathews, M. (2005). Couvade syndrome equivalent ? *Psychosomatics*, 46 (1), 71-72. doi:10.1176/appi.psy.46.1.71.

- Bydlowski, S. (2015). Les troubles psychiques du postpartum: dépistage et prévention après la naissance: recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 44(10), 1152-1156. doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.016.
- Cameron, E. E., Sedov, I. D., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 206, 189-203.
- Capgras-Baberon, D., Lefèvre-Penel, A., & Dugnat, M. (2014). Enjeux et objectifs de l'entretien postnatal précoce. *Vocation Sage-femme*, 13(109), 17-20. doi: 10.1016/j.vsf.2014.05.010.
- Capponi, I. (2015). L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(1), 9-16. doi: 10.1016/j.neurenf.2014.09.004.
- Chalmers, B., & Wolman, W. (1993). Social support in labor-a selective review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14(1), 1-15. doi: 10.3109/01674829309084426.
- Cheng, C. D., Volk, A. A., & Marini, Z. A. (2011). Supporting fathering through infant massage. *The Journal of perinatal education*, 20(4), 200-209. doi: 10.1891/1058-1243.20.4.200.
- Clinton, J. (1985). Couvade: patterns, predictors, and nursing management: a research proposal submitted to the division of nursing. *Western journal of nursing research*, 7(2), 221-243. doi: 10.1177/0092055X8500700206.
- Culot, S. & Gaugue, J. (2019). Mieux connaître la détresse psychopathologique des devenant pères : enjeux pour l'accompagnement et les soins en périnatalité. Dans : Denis Mellier éd., *Quelles psychothérapies pour bébé* (pp. 191-206). Toulouse, France: ERES. doi:10.3917/eres.melli.2019.01.0191.
- Culot S., Mauroy A., Carla Fragnito L. & Gaugue J. (2020). Évaluation de la détresse psychologique paternelle en périnatalité : revue des instruments pour un screening de première ligne, *Devenir*, 32(2), 87-104. doi: 10.3917/dev.202.0087.
- Dallay D. & Reveyaz, F. (2017). La place du père en salle de naissance. In N.M.C. Glangeaud-Freudhental & F. Gressier (Eds.), *Accueillir les pères en périnatalité*, Erès, Paris, pp. 69-74.
- Darchis, É., & Benghozi, P. (2019). Une approche familiale opérante pour la prévention en pspérinatalité. *Spirale*, (4), 79-83. doi:10.3917/spi.092.0079.
- De Block, M., Communiqué de presse : Maggie De Block recherche des projets pilotes «accouchement avec séjour hospitalier écourté». 2015 [consulté le 20 février 2020]. <https://www.deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-recherche-des-projets-pilotes-%C2%AB-accouchement-avec-s%C3%A9jour-hospitalier-%C3%A9court%C3%A9-%C2%BB>
- Décant-Paoli, D. & Dolto, F. (2018). *L'haptonomie: L'être humain et son affectivité*. Presses Universitaires de France, Paris.
- de Montigny, F., Gervais, C., & Tremblay, J. (2015). L'expérience de pères québécois de la naissance de leur enfant. *Recherches familiales*, (1), 125-136. doi:10.3917/rf.012.0125.

- de Montigny, F., Larivière-Bastien, D., Gervais, C., St-Arneault, K., Dubeau, D., & Devault, A. (2018). Fathers' perspectives on their relationship with their infant in the context of breastfeeding. *Journal of Family Issues*, 39(2), 478-502. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.001.
- Devaux, J. (2012). *Entretien prénatal précoce: état des lieux au sein du réseau périnatal de proximité nord Franche-Comté, Belfort, Montbéliard. Etude rétrospective menée au Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard, à propos de 200 accouchées* (mémoire). Université de Franche-Comté, Besançon.
- Dolto-Tolitch, C., & Dugnat, M. (2004). L'haptonomie prénatale: une pensée du devenir de l'enfant. In Dugnat M (Ed.) *Pévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Erès, «Hors collection, 135-149.
- Dugnat, M., Glangeaud-Freudenthal, N., & Isserlis, C. (2008). *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce*. Eres, Toulouse.
- Dupret, E., & Bocéréan, C. (2013). La mesure du stress en milieu professionnel avec l'échelle de stress perçu (Perceived Stress Scale): pertinence des versions en dix et quatre items. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 19(4), 362-384. doi: 10.1016/S1420-2530(16)30049-8.
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure, *Journal of Affective Disorders*, 125(1): 365-368. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.069.
- Faure, K., Legras, M., Chocard, A. S., & Duverger, P. (2008). Troubles psychiques de la grossesse et du postpartum. *Revue du praticien*, 58(13), 1475-1482.
- Fenwick, J., Bayes, S. & Johansson, M. (2012). A qualitative investigation into the pregnancy experiences and childbirth expectations of Australian fathers-to-be. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3 (1), 3-9. doi: 10.1016/j.srhc.2011.11.001.
- Field, T. M. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7(4), 517-522. doi: 10.1016/S0163-6383(84)80010-7.
- Field T., Hernandez-Reif M., Diego M., Feijo L., Vera Y., & Gil K. (2004). Massage therapy by parents improves early growth and development. *Infant Behavior & Development*, 27(4), 435-442 doi:10.1016/j.infbeh.2004.03.004.
- Field, T. M., Hossain, Z., & Malphurs, J. (1999). "Depressed" fathers' interactions with their infants. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 20(3), 322-332.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum, *Archives of Women's Mental Health*, 14(3): 247-255. doi: 10.1007/s00737-011-0217-3.
- Fletcher, R., Silberberg, S., & Galloway, D. (2004). New fathers' postbirth views of antenatal classes: *satisfaction, benefits, and knowledge of family services*. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 18-26. doi: 10.1624/105812404X1734.

- Frascarolo, F., Feinberg, M., Sznitman, G. & Favez, N. (2017). Professional gatekeeping toward fathers: a powerful influence on family and child development. *Devenir*, volume 29(3), 185-198. doi: 10.3917/dev.173.0185.
- Friedewald, M. (2007). *Facilitating discussion among expectant fathers: is anyone interested?*. *The Journal of perinatal education*, 16(2), 16-20. doi: 10.1624/105812407X192424.
- Gamble, D., & Morse, J. M. (1993). Fathers of breastfed infants: postponing and types of involvement. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 22(4), 358- 369. doi: 10.1111/j.1552-6909.1993.tb01816.
- Glatigny-Dallay, É., Barandon, S., Lacaze, I., Omay, O., & Sutter-Dallay, A. L. (2017). Psychothérapie interpersonnelle et périnatalité, de l'anté- au postnatal. *Vocation Sage-femme*, 16(128), 35-38. doi: 10.1016/j.vsf.2017.06.008.
- Godesart, C. (2020). *Dispositifs à destination des (futurs) papas dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance en Fédération Wallonie-Bruxelles* ». Direction Recherches et Développement, ONE.
- Goldstein, Z., Rosen, B., Howlett, A., Anderson, M., & Herman, D. (2019). Interventions for Paternal Perinatal Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*. doi: 10.1016/j.jad.2019.12.029.
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties, *European Psychiatry*, 13(2): 83-89. doi: 10.1016/S0924-9338(98)80023-0
- Guittier, M. J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M., & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 254. doi: 10.1186/1471-2393-14-254.
- Hanson, S., Hunter, L. P., Bormann, J. R., & Sobo, E. J. (2009). Paternal fears of childbirth: a literature review. *The Journal of perinatal education*, 18(4), 12-20. doi: 10.1624/105812409X474672.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Asten, P., Mills, A., & Kumar, R. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*, 42(7), 871-889. doi: 10.1017/S0021963001007624.
- Havasi, K. (2017). Les pères: de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) au retour à domicile. *Revue de médecine périnatale*, 9(4), 230-234. doi: 10.1007/s12611-017-0433-9.
- Haute Autorité de Santé (2006). *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles*. Téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Haute Autorité de Santé (2014). *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Hildingsson, I., Cederlöf, L., & Widén, S. (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women and birth*, 24(3), 129-136. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003.
- Jacques, B. (2012). Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. *L'Information géographique*, 76(2), 108-121. doi:10.3917/lig.762.0108.

- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, Å. (2015). A meta-synthesis of fathers' experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), 9- 18. doi: 10.1016/j.midw.2014.05.005
- Jordan, P. L., & Wall, V. R. (1990). Breastfeeding and fathers: Illuminating the darker side. *Birth*, 17(4), 210-213. doi: 10.1111/j.1523-536X.1990.tb00024.
- Jungmarker, E. B., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2010). Playing second fiddle is okay—Swedish fathers' experiences of prenatal care. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 421-429. doi: 10.1016/j.jmwh.2010.03.007.
- Kies, M. (2016). *La préparation à la naissance spécifique pour les pères : étude descriptive sur 158 pères dans une maternité auvergnate de type III (mémoire)*. Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand.
- Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (edgmont)*, 4(2), 35.
- Klein, H. (1991). Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21(1), 57-69. doi: 10.2190/FLE0-92JM-C4CNJ83T.
- Kopff-Landas, A., Moreau, A., Séjourné, N. & Chabrol, H. (2008). Vécu de l'accouchement par le couple primipare: étude qualitative. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36 (11), 1101-1104. doi: 10.1016/j.gyobfe.2008.08.013.
- Lamour, M. (2013). *La paternité et ses troubles*. Bruxelles : Frédéric Delcor.
- Lau, R., & Hutchinson, A. (2020). A narrative review of parental education in preparing expectant and new fathers for early parental skills. *Midwifery*, 102644. doi: 10.1016/j.midw.2020.102644.
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 190, 675-686. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.063.
- Lee, E. H. (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*, 6(4), 121-127. doi: 10.1016/j.anr.2012.08.004.
- Lee, J. Y., Knauer, H. A., Lee, S. J., MacEachern, M. P., & Garfield, C. F. (2018). Fatherinclusive perinatal parent education programs: A systematic review. *Pediatrics*, 142(1), e20180437. doi: 10.1542/peds.2018-0437.
- Legros, J. P. (2008). La préparation des futurs pères. Vers la reconnaissance d'une langue paternelle. *Spirale*, (3), 91-95. doi: 10.3917/spi.047.0091.
- Le Guern, V., Guettrot-Imbert, G., & Costedoat-Chalumeau, N. (2015). La consultation pré-conceptionnelle. *La Revue de Médecine Interne*, 36(3), 151-153.
- Levy, G. (2017). *Pourquoi le gynéco-obstétricien s'occupe-t-il des pères?*. *Revue de médecine périnatale*, 9(4), 211-215. doi: 10.1007/s12611-017-0429-5.
- Li, H. T., Lin, K. C., Chang, S. C., Kao, C. H., Liu, C. Y., & Kuo, S. C. (2009). A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety. *Birth*, 36(4), 289-296. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00356.
- Linou, C. (2018). Pratique de l'haptonomie pré et postnatale. *Spirale*, 85(1), 47-49. doi: 10.3917/spi.085.0047.

Madec, C., & Beija, M.L. (2017). Les pères à la maternité : où sont-ils ? Que font-ils ? Un questionnement par un groupe de sages-femmes en maternité. In N.M.C. Glangeaud-Freudenthal & F. Gressier (Eds.), *Accueillir les pères en périnatalité*, Érès, Paris, pp. 75-80.

Mason, C. & Elwood, R. (1995). Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies*, 32 (2), 137-48. doi: 10.1016/0020-7489(94)00038-L.

Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64(2): 175-184. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00236-6.

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. & Kavanagh, D. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74 (2), 139-147. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00012-5.

Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., & Gemmill, A. W. (2006). Stressful impact of depression on early mother-infant relations. *Stress and Health*, 12(3), 177-186. doi:10.1002/smi.1101.

Missonnier, S. (2003). Pour une démocratie périnatale. *Enfances Psy*, (2), 97-107. doi:10.3917/ep.022.0097.

Missonnier, S. (2007). Le premier chapitre de la vie ? Nidification foetale et nidation parentale. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 61-80. doi:10.3917/psyse.501.0061.

Missonnier, S., & Robineau, C. (2010). La barbe à papa, l'ogresse et les petits Hans: des apprentis pères en groupe à la maternité. *Désirs de pères*. Érès, Toulouse. doi:10.3917/eres.escab.2010.01.0093.

Molénat, F., & Roegiers, L. (2017). Les pères en médecine périnatale-problème ou solution?. *Revue de médecine périnatale*, 9(4), 193. doi: 10.1007/s12611-017-0445- 5.

Molinari, L., & Speltini, G. (1998). Breast feeding, practices and values: A study of social representations. *Swiss journal of psychology*, 57(4), 235-247. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.001

Moreau, A. (2001). De l'homme au père: un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Dialogue*, 152, 9-16. doi: 10.3917/dia.152.0009.

Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the shortand long-term effect of psychological treatment of postpartum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*, 182, 420-427. doi: 10.1192/bjp.182.5.420.

Pierrehumbert, B., Borghini, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004). Validation française d'un questionnaire de stress posttraumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. In 45 *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 162, No. 9, pp. 711-721). Elsevier Masson. doi : 10.1016/j.amp.2003.10.017.

Plan Périnatalité (2004). Périnatalité 2005-2007. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf>.

Plantin, L., Olykoya, A., & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. *Fathering*; 1, 9. doi : 10.3149/fth.0901.87.

Poh, H. L., Koh, S. S. L., & He, H. G. (2014). An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *International nursing review*, 61(4), 543-554. doi: 10.1111/inr.12137.

Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A. L., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study. *Midwifery*, 27(6), 848-853. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.002.

Quelvenec, F., Griffond, V., Blanquet, C., Vasselin, É. & Bonnerue, M. (2003). Pères en maternité ou quelle place pour les pères dans l'institution maternité ?. Dans : Paul Marciano éd., *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité* (pp. 33-38). Toulouse, France: Eres. doi:10.3917/eres.marci.2003.01.0033.

Quinnell, F. A., & Hynan, M. T. (1999). Convergent and discriminant validity of the perinatal PTSD questionnaire (PPQ): A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 193-199. doi: 10.1023/A:1024714903950.

Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu, in Bruchon-Schweitzer, M. & Danser, R. (Eds) : *Introduction à la psychologie de la santé*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 43-66.

Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 70. doi: 10.1186/1471-2393-13-70.

Raynal, P. (2010). La consultation préconceptionnelle. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 38(7-8), 481-485. doi: 10.1016/j.gyobfe.2010.05.015.

Rominov, H., Pilkington, P. D., Giallo, R., & Whelan, T. A. (2016). A systematic review of interventions targeting paternal mental health in the perinatal period. *Infant mental health journal*, 37(3), 289-301. doi: 10.1002/imhj.21560.

Schauder C., & Noël R. (2017) Construction et co-construction de la paternité : Pendant que ma femme porte dans son ventre un bébé, je fais pousser un papa dans ma tête. In N.M.C. Glangeaud-Freudenthal & F. Gressier (Eds.), *Accueillir les pères en périnatalité*, Erès, Paris, pp. 100-110.

Steen, M., Downe, S., Bamford, N., & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 422-431. doi: 10.1016/j.midw.2011.06.009.

Storey, A. E., Walsh, C. J., Quinton, R. L., & Wynne-Edwards, K. E. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and Human Behavior*, 21(2), 79-95. doi: 10.1016/S1090-5138(99)00042-2.

Sutter-Dallay, A. L., & Guédeney, N. (2010). Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *Nourrisson*, 21, 22. doi: 10.1016/S0246-1072(10)50484-X.

Tari, C., & Riquet, S. (2016). L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Education Thérapeutique du Patient-Therapeutic Patient Education*, 8(2), 20105. doi : 10.1051/tppe/2016012.

Tissot, H, Frascarolo, F., Despland, J. N., & Favez, N. (2011). Dépression postpartum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enfance*, 54(611-637). doi:10.3917/psyse.542.0611.

Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Dhaliwal, S., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2012). Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 75. doi: 10.1186/1471-2393-12-75.

Trethowan, W. H., & Conlon, M. F. (1965). The couvade syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 111(470), 57-66. doi: 10.1192/bjp.111.470.57.

Truc, G. (2006). La paternité en maternité. *Ethnologie française*, 36(2), 341-349. doi:10.3917/ethn.062.0341. doi: 10.3917/ethn.062.0341.

Trupin, D. (2007). La paternité ne commence pas à la maternité. *Annales Médico-Psychologiques*, 165 (7), 472-477. doi: 10.1016/j.amp.2006.02.014.

Veldman, F. (2007). Haptonomie. Science de l'affectivité: Redécouvrir l'humain. *Presses universitaires de France*, Paris.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86-92. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.003.



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles  
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51  
info@one.be - ONE.be

D/2021/74.80/02

Editeur-trice-s responsables : Benoît Parmentier (ONE) - Justine Gague (UMons)



Service de  
Psychologie Clinique  
de l'Enfant et de  
l'Adolescent



Faculté  
de Psychologie  
et des Sciences  
de l'Éducation

**UMONS**  
University of Mons

