



HAL
open science

Attentes et ressentis des pères dans le post partum

Charlotte Kissel

► **To cite this version:**

Charlotte Kissel. Attentes et ressentis des pères dans le post partum. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04662094

HAL Id: dumas-04662094

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04662094v1>

Submitted on 25 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine de Rouen

Année 2024

Attentes et ressentis des pères dans le post partum

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2024 par Charlotte Kissel

Thèse dirigée par le Dr Elodie Rouzier

Membres du jury :

Pr. Matthieu Schuers

Dr. Frederic Renou

Pr. Gilles Gargala

Dr. Pierre Emmanuel Cailleaux

Faculté de Médecine de Rouen

Année 2024

Attentes et ressentis des pères dans le post partum

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 2024 par Charlotte Kissel

Thèse dirigée par le Dr Elodie Rouzier

Membres du jury :

Pr. Matthieu Schuers

Dr. Frederic Renou

Pr. Gilles Gargala

Dr. Pierre Emmanuel Cailleaux

Liste des enseignants

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023 - 2024
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH** HCN Nutrition
Mr Frédéric **ANSELME** HCN Cardiologie
Mme Gisèle **APTER** Havre Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR** HCN Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE** HCN Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER** HCN Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU** HCN Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU** HCN Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel **BESNIER** HCN Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier **BOYER** UFR Immunologie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** HCN Chirurgie Digestive
Mme Sophie **CANDON** HCN Immunologie
Mr François **CARON** HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** HCN Médecine interne (gériatrie)
Mr Thomas **CLAVIER** HCN Anesthésie-Réanimation
Mr Florian **CLATOT** CB Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition
Mr Vincent **COMPERE** HCN Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU** HCN Urologie
Mr Antoine **CUVELIER** HB Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER** HCN Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI** HCN Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE** HCN Nutrition
Mme Sophie **DENEUVE** HCN ORL
Mr Stéphane **DERREY** HCN Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE** CHB Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET** (*disponibilité*) HCN Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Franck **DUJARDIN** HCN Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC** HCN Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND** HCN Cardiologie
Mme Hélène **ELTCHANINOFF** HCN Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE** HCN Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François **GEHANNO** HCN Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN** HCN Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN** HCN Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL** HCN Physiologie
Mr Dominique **GUERROT** HCN Néphrologie
Mme Julie **GUEUDRY** HCN Ophtalmologie
Mr Olivier **GUILLIN** HCN Psychiatrie Adultes

Mr Florian **GUISIER** HCN Pneumologie
 Mr Claude **HOUDAYER** HCN Génétique
 Mr Vivien **HEBERT** HCN Dermatologie
 Mr Fabrice **JARDIN** CHB Hématologie
 Mr Luc-Marie **JOLY** HCN Médecine d'urgence
 Mr Pascal **JOLY** HCN Dermato – Vénérologie
 Mme Bouchra **LAMIA** Havre Pneumologie
 Mr Hervé **LEFEBVRE** HB Endocrinologie et maladies métaboliques
 Mr Thierry **LEQUERRE** HCN Rhumatologie
 Mme Anne-Marie **LEROI** HCN Physiologie
 Mr Hervé **LEVESQUE** HCN Médecine interne
 Mme Agnès **LIARD-ZMUDA** HCN Chirurgie Infantile
 Mr Pierre Yves **LITZLER** HCN Chirurgie cardiaque
 M. David **MALTETE** HCN Neurologie
 M. Florent **MARGUET** HCN Histologie
 Mr Christophe **MARGUET** HCN Pédiatrie
 Mme Isabelle **MARIE** HCN Médecine interne
 Mr Jean-Paul **MARIE** HCN Oto-rhino-laryngologie
 Mr Stéphane **MARRET** HCN Pédiatrie
 Mme Véronique **MERLE** (*disponibilité*) HCN Epidémiologie
 Mr Pierre **MICHEL** HCN Hépatogastro-entérologie
 M. Benoit **MISSET** (*détachement*) HCN Réanimation Médicale
 Mr Marc **MURAINÉ** HCN Ophtalmologie
 Mr Gaël **NICOLAS** UFR Génétique
 Mr Mourad **OULD SLIMANE** HCN Chirurgie Orthopédique
 Mr Christian **PFISTER** HCN Urologie
 Mr Jean-Christophe **PLANTIER** HCN Bactériologie - Virologie
 Mr Didier **PLISSONNIER** HCN Chirurgie vasculaire
 Mr Gaëtan **PREVOST** HCN Endocrinologie
 Mr Jean-Christophe **RICHARD** (*détachement*) HCN Réanimation médicale - Médecine d'urgence
 Mr Vincent **RICHARD** UFR Pharmacologie
 Mme Nathalie **RIVES** HCN Biologie du développement et de la reproduction
 Mr Frédéric **ROCA** HCN Médecine Gériatrique
 Mr Horace **ROMAN** (*détachement*) HCN Gynécologie - Obstétrique
 Mr Jean-Christophe **SABOURIN** HCN Anatomie – Pathologie
 Mr Mathieu **SALAUN** HCN Pneumologie
 Mr Guillaume **SAVOYE** HCN Hépatogastro-entérologie
 Mme Céline **SAVOYE-COLLET** HCN Imagerie médicale
 Mme Pascale **SCHNEIDER** HCN Pédiatrie
 Mr Lilian **SCHWARZ** HCN Chirurgie Viscérale et Digestive
 Mme Fabienne **TAMION** HCN Réanimation médicale
 Mr Luc **THIBERVILLE** HCN Pneumologie
 Mr Sébastien **THUREAU** CB Radiothérapie
 M. Gilles **TOURNEL** HCN Médecine Légale
 Mr Olivier **TROST** HCN Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
 Mr Jean-Jacques **TUECH** HCN Chirurgie digestive
 Mr Benoît **VEBER** HCN Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
 Mr Pierre **VERA** CHB Biophysique et traitement de l'image
 Mr Eric **VERIN** Les Herbiers Médecine Physique et de Réadaptation
 Mr Eric **VERSPYCK** HCN Gynécologie obstétrique
 Mr Olivier **VITTECOQ** HCN Rhumatologie
 Mr David **WALLON** HCN Neurologie
 Mme Marie-Laure **WELTER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT** HCN Virologie
 Mr Kévin **ALEXANDRE** HCN Maladies Infectieuses et Tropicales
 Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie

Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie
Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie
Mr Damien **COSTA** HCN Parasitologie
Mme Ivana **DABAJ** HCN Pédiatrie
Mme Charlotte **DESPREZ** HCN Physiologie
Mr Pierre **DECAZES** CB Médecine Nucléaire
Mr Maxime **FONTANILLES** GHH Oncologie Médicale
M. Vianney **GILARD** (*disponibilité*) HCN Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie
Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOCHE** UFR Biologie cellulaire
Mme Chloé **MELCHIOR** HCN Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien **MIRANDA** HCN Médecine Vasculaire
Mr Thomas **MOUREZ** (*détachement*) HCN Virologie
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail
Mme Maud **ROTHARMEL** HCN Psychiatrie Adultes
Mme Mélanie **ROUSSEL** HCN Médecine d'Urgences
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
M. Abdellah **TEBANI** HCN Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie
Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie **MARIE** UFR Communication
Mr Thierry **WABLE** UFR Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais
Mme Cécile **POTTIER-LE GUELLEC** UFR Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH) Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON** Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite) Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI** Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR** Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH) Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite) Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL** Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH) Microbiologie
Mme Malika **SKIBA** Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH) Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS** Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE** Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta **AL ZALLOUHA** Toxicologie
Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et Minérale
Mr Paul **BILLOIR** (MCU-PH) Hématologie Biologique
Mr Frédéric **BOUNOURE** Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS** Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie

Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)** (MCU-PH) Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON** Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mr Romain **COPPEE** Bio-Informatique
Mme Cécile **CORBIERE** Biochimie
Mme Sandrine **DAHYOT** (MCU-PH) Bactériologie
Mme Isabelle **DUBUC** Pharmacologie
Mr Thomas **DUFLOT** (MCU-PH) Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH) Parasitologie
Mr Henri **GONDÉ** (MCU-PH) Pharmacie
Mme Nejla **EL GHARBI-HAMZA** Chimie analytique
Mr Chervin **HASSEL** Virologie
Mme Maryline **LECOINTRE** Physiologie
Mme Hong **LU** Biologie
Mme Marine **MALLETER** Biologie Cellulaire
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH) Immunologie
Mr Valentin **PLATEL** Pharmacologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ** Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT** Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA** Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Caroline **BERTOUX** Pharmacie officinale
M. Charles **CALTOT DEUST** Pharmacie
Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ** Pharmacie officinale
Mme Christine **HAIMET-LEROY DEUST** Pharmacie
Mme Lucile **LOUIN DEUST** Officine
Mme Stéphanie **LAMOUREUX DEUST** Pharmacie
M. Damien **SALAUZE** Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Pierre **BOHN** Radiopharmacie
M. Mikaël **DAOUPHARS** Pharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN** Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric **BARAT** Pharmacie
Mme Marine **CAVELIER** Pharmacie
M. Guillaume **FEUGRAY** Biochimie Générale
M. Romain **LEGUILLON** Pharmacie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT** Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON** Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI** Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON** Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB** Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS** Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI** Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR** Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC** Parasitologie
Mme Christelle **MONTEIL** Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA** Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN** Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS** Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE** Chimie analytique

III – ODONTOLOGIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Rénata **KOZYRAKI**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Anne-Charlotte **BAS**

MAST

Mme Isabelle **FONTANILLES**

Mr Romain **JACQ**

Mr Benjamin **SOMMAIRE**

IV – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Blandine **BILLET** UFR Médecine Générale

Mr Julien **BOUDIER** UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE** UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU** UFR Médecine Générale

Mme Charlotte **SIEFRIDT** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Jonathan **BRETON** (med) Nutrition
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med) Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel **LETELLIER** (med) Physiologie
Mr Loïc **MARTIN** Sciences Rééducation et Réadaptation
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO** Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN** Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med) Biochimie (UMR 1079)

PAU

Mme Léopoldine **DEHEINZELIN** Orthophonie
Mme Séverine **ROBERT** Orthophonie

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Remerciements

Professeur Matthieu Schuers, je vous remercie sincèrement d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Dr Renou, merci de me soutenir encore une fois en acceptant de juger ma thèse. Votre soutien m'a été d'une grande aide pendant mon internat, j'ai eu beaucoup de chance de vous avoir comme tuteur.

Professeur Gargala, merci d'avoir accepté de juger mon travail. Sur un plan plus personnel, merci de m'avoir accueillie chez vous à de nombreuses reprises et d'avoir élevé la femme de ma vie.

Dr Cailleaux, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour l'intérêt que vous manifestez pour mon travail.

Dr Elodie Rouzier, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse. Merci également et surtout de m'avoir donné le goût de la médecine générale. Tu es un exemple pour moi. Je te dois beaucoup.

Dr Sophie Ozanne, Dr Julien Secret et Dr Elise Saillot, merci de votre engagement envers les internes. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

Merci à tous les super papas qui ont accepté avec bonne humeur de participer à cette étude.

Papa, Maman, les frérots, Popi, Didine, je ne trouve pas les mots qui rendraient justice à l'importance que vous avez dans ma vie. Bien sûr que je n'en serais pas là sans vous. Je ne serais nulle part d'ailleurs. Je vous aime.

Les copains, c'est pareil, vous m'êtes précieux et vous le savez.

Baptiste, t'es ma chèvre préférée.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

EPDS : Edimbourg post partum depression scale

DSM5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

GMDS : Gotland male depression scale

Table des matières

I.	Introduction	15
I.1.	Définition	15
I.2.	Rôle du père	16
I.3.	Place du père dans la grossesse	16
I.4.	Congé paternité	17
I.5.	Actuel suivi des pères dans le post partum	17
I.2.	Dépression du post partum masculine	18
II.	Schéma, matériel et méthode	20
II.1.	Type d'étude	20
II.2.	Population	20
II.3.	Elaboration du guide d'entretien	21
II.4.	Réalisation des entretiens	21
II.5.	Analyse des entretiens	21
II.6.	Ethique	21
III.	Résultats	22
III.1.	Population étudiée	22
III.2.	La grossesse	24
III.3.	Périodes difficiles du post partum	25
III.4.	Relation de couple	27
III.5.	Perception de l'état de santé de la compagne ; « comment va la maman ? »	28
III.6.	Sommeil et fatigue	30
III.7.	Ressentis, changements de façon d'être	31
III.8.	Comportements	34
III.9.	Soutien	35
IV.	Discussion	38
IV.1.	Résultats principaux	38
IV.2.	Comparaison avec la littérature	39
IV.3.	Forces et limites de l'étude	40
IV.4.	Application pratique	41
	Conclusion	42
	Références bibliographiques	43
	Annexes	47
	Serment D'Hippocrate	56

Table des tableaux et illustrations

Tableau 1 Caractéristiques de la population étudiée	22
Tableau 2 Liste des caractéristiques associées aux participants	23
Figure 1 Les périodes difficiles	25

Prologue

Nous sommes en décembre 2021, je commence mon internat en stage chez le praticien. Nous recevons un homme d'une trentaine d'années. Cela fait quelques semaines qu'il est suivi à intervalles réguliers par ma maître de stage parce qu'il a des difficultés "à créer un lien avec son bébé". Il dit ne ressentir que de l'indifférence pour lui, être incapable de s'en occuper et en souffrir. Il présente une anhédonie, une augmentation des comportements à risque (alcool, drogues, excès de vitesse en voiture), se dit irritable. La détresse de ce jeune papa m'interroge ; la dépression du post-partum masculine existe-t-elle ? Ne faudrait-il pas plus suivre les jeunes papas ? Vers qui peuvent-ils se tourner pour leurs interrogations ?

I. Introduction

En France, il est fréquent de recevoir uniquement la maman lors des consultations obligatoires de suivi du nouveau-né. C'est souvent à l'occasion de ces consultations, qu'on propose à la jeune maman de remplir le questionnaire EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) qui permet de dépister la dépression du post partum à 2 mois de la naissance.

La dépression du post partum est définie par des symptômes dépressifs qui durent plus de 2 semaines après l'accouchement et répondent aux critères d'une dépression majeure, c'est-à-dire regroupant 5 critères dans l'échelle dépression du DSM5 (Annexe 3).

Sa prévalence, chez la femme, était de 16,7% en 2021. (1). Le sujet peut aussi être abordé lors de la consultation de post partum obligatoire. Cette consultation, si elle n'est pas uniquement réservée à la mère, se concentre majoritairement sur elle et le bébé et aborde entre autres la contraception, la rééducation périnéale, l'allaitement, les vaccins (2).

I.1. Définition

Le mot « père » est d'origine latine, « pater », signifiant « fondateur », « ancêtre ». (3,4)

Sa définition est complexe. Le dictionnaire lui attribue 11 sens, voici ceux qui nous semblent pertinents pour cette recherche :

1. « Homme qui a engendré ou qui a adopté un ou plusieurs enfants. »

« Homme ayant autorité reconnue pour élever un, des enfants au sein de la cellule familiale, qu'il les ait ou non engendrés. »

La notion de famille est au premier plan. En découle directement la notion de paternité, qui est à la fois l'« État, qualité, sentiments de père » et le lien juridique entre un enfant et son père.

2. « Homme qui agit en père »

Une partie de la définition du père concerne donc ses actions, sa façon de se comporter.

3. « Créateur d'une œuvre, promoteur d'une doctrine, d'une technique. »

Ce sens ne correspond pas totalement à notre sujet, mais on retrouve l'idée du père qui guide, qui détient du savoir et le transmet.

4. « La première personne de la Trinité, Dieu Le Père. »

Également un peu hors sujet, il nous semblait difficile de ne pas évoquer ce symbole en théologie, le père tout puissant et protecteur.

I.2. Rôle du père

Le rôle du père a évolué selon les époques (5,6):

Depuis la Renaissance, le rôle éducatif du père est officiellement reconnu. Il doit permettre à l'enfant d'acquérir un héritage moral, spirituel, affectif et culturel. Il est le seul responsable de l'éducation de ses enfants. Il est le seul détenteur de l'autorité parentale.

En 1883, l'école primaire obligatoire apparaît. Le père n'est plus seul responsable de l'éducation.

Dans les années 1950 le père doit subvenir aux besoins du foyer, tandis que la mère est la gardienne du foyer. C'est à ce moment que ces rôles commencent à être remises en question, avec l'accès au travail des femmes et l'apparition de la contraception et de l'IVG.

En 1970 les femmes obtiennent l'autorité parentale au même titre que les hommes.

Aujourd'hui, les hommes ont une place prépondérante non seulement dans l'éducation de leurs enfants mais aussi dans la gestion du foyer en général.

I.3. Place du père dans la grossesse

Le père a une place importante dans l'accompagnement de la femme enceinte. Il est encouragé à être présent pendant le suivi de grossesse et les cours de préparation à l'accouchement. Il est souvent présent en salle de naissance. Il participe aux premiers

soins prodigués au bébé, du moins quand il est volontaire et qu'on lui en donne l'occasion. (7)

I.4. Congé paternité

Le congé paternité a été instauré en 2002.(8–10) Il consiste en l'autorisation d'un congé au moment de la naissance de leur enfant avec une garantie de maintien de leur emploi. A cette époque il était de 11 jours.

En 2019, un congé paternité prolongé est proposé si le nourrisson est hospitalisé. Depuis 2021, le congé paternité et d'accueil de l'enfant est accordé aux pères d'un enfant et comporte une partie obligatoire. Il est également accordé aux personnes en couple (marié, pacs) avec une femme ayant un enfant, même si cet enfant n'est pas le leur. Ce congé est accordé quel que soit le type de contrat.

La durée est fonction du nombre d'enfants à naître : 25 jours pour un enfant, divisés en 4 jours de congé de naissance (obligatoire) autour du terme puis 21 jours fractionnables. Pour une naissance multiple c'est 32 jours.

I.5. Actuel suivi des pères dans le post partum

Les occasions de voir le jeune papa sont parfois rares. Il existe une possibilité d'un examen de santé du futur père. L'article de loi L2122-3 du Code de la Santé Publique(11) énonce : « Chaque fois que l'examen de la future mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé à un examen médical du futur père accompagné, le cas échéant, des analyses et examens complémentaires appropriés. » Il est pris en charge à 100% mais il est peu connu et peu réalisé.(12) Moins présents aux consultations de suivi du nouveau-né, il est difficile de savoir comment se passe cette période si particulière pour eux. Pourtant, la dépression du post-partum paternelle existe. Les thèses de Laetitia Tang Ting en 2022 de Guillaume Genovese en 2015 retrouvaient un souhait des pères d'avoir une consultation dédiée pendant la grossesse. (12,13). Qu'en est-il du post partum ?

I.6. Dépression du post partum masculine

Il est difficile d'obtenir une prévalence fiable de dépression du post partum masculine, d'une part parce que les études sont relativement peu nombreuses et utilisent des échelles et des méthodologies variées. Cependant, si on se réfère à une méta analyse relativement récente (2016) on retrouve une prévalence autour de 8.5%.(14) Une précédente méta analyse, en 2010, retrouvait plutôt 10%. (15)

D'autre part, il n'existe pas d'outil adapté. En effet, si on utilise l'EPDS, échelle de référence dans le dépistage de la dépression du post partum féminine, on risque de passer à côté de nombreux cas parce que les symptômes ne sont pas identiques (16). Les hommes seraient plus susceptibles d'avoir des troubles du comportements à type d'agressivité, d'irritabilité, des troubles du sommeil, une augmentation des conduites addictives, quand les femmes seraient plus sur un versant triste. (17–19) Sachant cela, plusieurs études ont essayé de faire varier les cut off de l'EPDS. (20–24) ou de combiner d'autres échelles plus adaptées à ces symptômes masculins, notamment la Gotland male depression scale (GMDS). Cette dernière échelle a une bonne sensibilité dans le dépistage de la dépression masculine et est rapide à réaliser (25,26). Finalement les 2 échelles semblaient assez performantes pour le dépistage à condition d'utiliser un cut off pour l'EPDS suffisamment bas.(27)

Les facteurs de risque de dépression du post partum masculine mis en évidence sont les suivants : en premier lieu une dépression du post partum maternelle (28,29), une relation maritale conflictuelle puis avec des niveaux de preuve moindres un faible niveau socio-éducatif, l'absence de soutien social, les difficultés financières, les antécédents de dépression, la grossesse non désirée et la durée du congé paternité. (28,30–33). La durée du congé paternité idéale reste à déterminer, l'étude de cohorte ELFE (33) retrouvant qu'une durée de 2 semaines permettait de réduire la prévalence de dépression du post partum masculine mais était potentiellement associée à une augmentation de celle de la dépression du post partum féminine.

Les jeunes pères peuvent avoir un sentiment d'illégitimité et ne pas oser demander de l'aide. En effet, la maman traversant les épreuves physique et psychique que sont la grossesse puis l'accouchement, il peut être considéré que c'est elle qui fait la majeure partie du travail, et que le rôle de l'homme est de la soutenir. L'homme ayant, si on suit ce raisonnement, une mission moins difficile, il peut avoir l'impression qu'il n'a pas le

droit de se plaindre. (34) Il n'est pas fait mention de différence entre le 1^{er} bébé et le/les suivants.

La période du post partum où il semble y avoir le plus de dépression du post partum masculine se situe entre 3 et 6 mois après la naissance. (14,31,35)

La dépression du post partum masculine peut avoir diverses répercussions aussi bien sociales que familiales. Un retentissement sur le neurodéveloppement et le comportement de l'enfant est possible mais les études, peu nombreuses, qui en parlent n'en font qu'une preuve peu significative. La revue systématique de 2023 par Sahar Ashraf (35) s'intéresse au neuro développement des enfants grandissant avec un père atteint de dépression. Elle mentionne notamment le risque accru de trouble du spectre autistique, de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, de trouble oppositionnel avec provocation et de retard d'acquisition du langage. La revue de la littérature par Shaun Sweeney (37) montre une association entre la dépression périnatale paternelle et les problèmes de comportement et émotionnels de leurs enfants et adolescents (à noter qu'aux vues des méthodes d'évaluation hétérogènes la puissance des conclusions est faible).

Il y a aussi un retentissement sur l'équilibre familial et une plus forte propension de difficultés sociales. (27,30). La dépression est citée par la HAS comme facteur de risque de maltraitance infantile. (38). L'étude japonaise de Kenji Takehara suppose également un risque de maltraitance infantile de la part des parents atteints de dépression. (39) Il semble fondamental, au vu de ces éléments, de la dépister et de la traiter.

Nous nous sommes demandées d'une part comment les jeunes pères vivaient le post partum et d'autre part s'ils verraient un intérêt à avoir une consultation dédiée à leur santé mentale pendant le post partum.

II. Schéma, matériel et méthode

II.1. Type d'étude

Nous avons choisi une étude qualitative rétrospective sous la forme d'entretiens semi structurés individuels. Nous avons choisi de faire du qualitatif afin de laisser les jeunes pères s'exprimer librement.

II.2. Population

La population étudiée était composée de jeunes pères dont l'enfant était né il y a moins de deux ans. Comme les études retrouvaient une prévalence de la dépression masculine du post partum entre 6 et 12 mois, nous nous sommes focalisées initialement sur les pères dont l'enfant avait moins de 1 an. Cependant après 2 entretiens, il nous est apparu licite d'interroger des pères dont l'enfant avait moins de 2 ans. En effet, il semble qu'un temps plus long soit nécessaire afin qu'ils puissent avoir une analyse critique du post partum et pour libérer leur parole sur leur ressenti.

Nous avons fait le choix de recruter à la fois des pères dont c'était le premier bébé et d'autres qui en avaient déjà car il était intéressant de comparer les 2 expériences. Le critère d'exclusion que nous avons retenu était d'avoir un enfant ayant un problème de santé grave (nécessitant une hospitalisation de plus de 5 jours). Nous avons essayé de réunir des personnes de milieux sociaux différents. Le recrutement s'est fait dans 4 cabinets de médecine générale de Seine Maritime, en demandant aux personnes répondant aux critères de nous recontacter si elles étaient disposées à participer. Le recrutement a été arrêté à saturation des données et 2 entretiens de confirmation ont été réalisés.

II.3. Elaboration du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien (annexe 4) a été pensée comme un mélange de deux échelles : l'EPDS et la GMDS, en s'efforçant de poser les questions de manière ouverte pour favoriser la discussion. A cela s'ajoutent des questions en rapport avec les principaux facteurs de risque.

Une dernière question ouverte permettait une expression libre.

II.4. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu en présentiel au domicile des jeunes pères ou au cabinet du médecin, et ont été enregistrés via un téléphone puis retranscrits à la main.

II.5. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens s'est faite en parallèle du recueil pour permettre l'enrichissement du guide d'entretien.

Un triple codage a été réalisé sur les 2 tiers des données avec l'aide des Dr Baptiste Routier (biologie médicale) et Dr Simon Kissel (neurologie) pour assurer une meilleure validité.

Un tableau Excel a été utilisé comme livre de codes.

II.6. Ethique

L'étude présentée à la CNIL a été approuvée par le délégué à la protection des données de l'université de Rouen (TG_UNIV_EnquetePopulationGenerale_AC_20220713-01R1). Les participants à l'étude ont reçu et signé un document explicatif comportant les buts de l'étude et recueillant leur consentement quant à l'enregistrement de l'entretien et l'utilisation des données.

III. Résultats

III.1. Population étudiée

Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2022 et janvier 2024.

Ils duraient entre 18 et 45 minutes, en moyenne 32 minutes.

15 jeunes pères ont été interrogés. Les verbatims ne sont pas présentés en annexe pour préserver l'anonymat.

Une lettre (de A à O) a été associée à chaque entretien dans un ordre aléatoire pour permettre de les citer facilement.

Les principales caractéristiques sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Participants (n=15)
Age	
20 - 25 ans	5
26 - 30 ans	6
31 - 35 ans	4
Nombre d'enfants	
1	7
2	6
3 +	2
Age de l'enfant	
Naissance à 3 mois	4
4 à 6 mois	5
7 à 12 mois	4

13 à 24 mois	2
Niveau de scolarité	
Brevet des collèges	1
Bac	6
Secondaire	8
Etat civil	
En couple	15
Célibataire	0
Tempérament anxieux	7
Activité professionnelle en cours	13
Congé paternité	
Moins d'une semaine	2
Entre 1 semaine et 1 mois	7
Plus d'un mois	4
Non applicable	2

Tableau 2 Liste des caractéristiques associées aux participants

	Age (années)	Nombre D'enfants	Age de l'enfant (mois)	Niveau scolaire (Brevet/Bac/Secondaire)	Tempérament anxieux	Activité professionnelle	Congé paternité (mois)
A	27	2	6	Secondaire	oui	oui	1
B	29	1	7	Secondaire	non	oui	3
C	22	1	6	Secondaire	non	oui	1/4
D	34	1	9	Secondaire	oui	oui	1
E	20	1	4	Brevet	oui	oui	1
F	32	3	13	Secondaire	non	oui	1/2
G	27	1	1	Bac	non	non	NA
H	28	1	5	Bac	oui	oui	2
I	23	2	2	Bac	oui	oui	1/4
J	21	1	4	Bac	non	Oui	1/2
K	39	3	9	Secondaire	non	non	NA
L	26	2	2	Bac	oui	oui	3

M	31	2	9	Secondaire	oui	oui	1
N	29	2	2	Secondaire	non	oui	1
O	24	2	23	Bac	non	oui	2

III.2. La grossesse

- Implication du père dans la grossesse

8 papas ont participé à au moins une séance de préparation à l'accouchement. 5 ont assisté à tous les rdv médicaux.

B : "J'ai trouvé plein de manières de faire du lien, très tôt, de le sentir, c'était chouette"

- Déroulement de la grossesse

10 papas décrivent que la grossesse s'est bien passée. 3 papas mentionnent des nausées très invalidantes surtout au premier trimestre. 2 parlent d'une grossesse globalement stressante, et d'une "vraie délivrance" au moment de l'accouchement.

III.3. Périodes difficiles du post partum

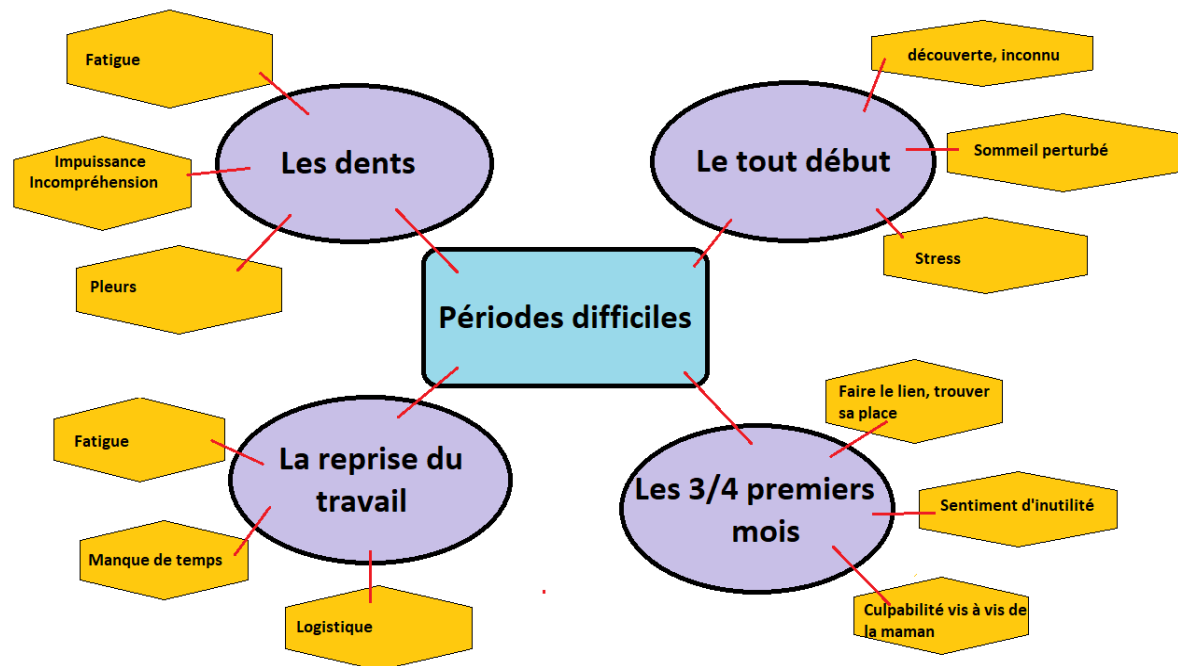


Figure 1 Les périodes difficiles

- Le tout début

Les premiers jours à la maison sont souvent une source d'angoisse. 10 papas sur les 15 les évoquent comme difficiles : tout est nouveau, les choses ne se passent pas exactement comme prévu, le sommeil est fragile à cause d'un état de tension permanent. Plusieurs expliquent qu'ils ne se sentaient pas prêts à être seuls avec le bébé. Parfois un sentiment de ne pas être à sa place est ressenti.

H : "C'était très compliqué au début, j'avais du mal à faire ma place, tout était nouveau pour moi alors que la maman elle le porte donc c'est pas pareil."

B : "Le retour à la maison c'était très difficile, il faut beaucoup de confiance en soi "

- Les premiers mois

La période des 3 à 5 premiers mois était parfois citée (5 papas). Ils parlaient notamment d'un sentiment d'inutilité et d'une difficulté à faire du lien avec leur nouveau-né. Cela pouvait conduire à des conduites d'évitement. Une certaine culpabilité vis-à-vis de la maman peut être présente, avec l'impression que la maman a une charge de travail plus importante, en particulier quand un allaitement est en place.

L : "Je servais pas à grand parce que le bébé au début, mis à part manger dormir... C'était long, j'avais pas l'impression de créer de relation avec lui."

F : "Au début, les 2 premiers mois y'a rien d'intéressant, c'est de l'élevage. Je m'enfuyais pas mal, on avait une maison à retaper. J'étais vraiment content de retourner bosser"

● La reprise du travail

La reprise du travail a parfois été un moment culpabilisant. Qu'il s'agisse de laisser la maman seule ou de confier le jeune enfant à une tierce personne, un sentiment d'abandon est souvent présent. De plus, une organisation logistique est souvent à trouver.

E : "La reprise du travail c'est compliqué, on passe d'un rythme ou on prend le temps de faire les choses à un rythme ou tout est speed"

J : "Le laisser à la nounou, franchement c'est dur, on a les larmes qui montent."

La durée du congé paternité était variable. Autant certains n'en ont pas pris du tout : "j'ai besoin de bosser sinon je tourne en rond" (C), autant d'autres ont pu prendre jusqu'à 3 mois et expriment que "c'est pas possible de rester qu'un mois à 2 avec le bébé, il faut se soutenir au début" (B). Globalement la durée de 1 mois semblait être un bon compromis pour la plupart des papas. Le retour au travail s'accompagne d'une logistique parfois compliquée à gérer, l'impression de ne plus pouvoir prendre autant le temps de faire les choses.

● Les dents

Souvent citée, la période “des dents” ne correspond pas à un moment précis de la croissance de l’enfant mais plutôt à une période de pleurs fréquents et particulièrement épuisante pour les parents. Ils peuvent avoir l’impression de recevoir des informations contradictoires (sources d’information personnelle, internet, lectures diverses). Ils se sentent impuissants vis-à-vis de la souffrance de leur enfant.

H : “Tu sais pas pourquoi ça va pas, tu sais pas ce qu’il veut, il pleure tout le temps, ça joue sur les nerfs.”

L’aspect nouveau, la logistique et l’incertitude semblent les choses les plus difficiles à gérer. Après avoir évoqué ces différentes périodes difficiles, passons à l’analyse de l’évolution du couple.

III.4. Relation de couple

- Tensions

Des tensions peuvent apparaître notamment par rapport à des divergences de point de vue. Se mettre d’accord sur ce qui est bien ou non pour l’enfant n’est pas aisé. Certains pères pensent que, parce qu’il y a plus d’enjeux, on peut se disputer plus vite. Un rythme, des limites sont à mettre en place.

B : « Au début ça pétait souvent. On voulait que tout soit millimétré, maintenant qu’on est plus laxistes ça va mieux. »

- Répartition de l’attention

A l’arrivée du bébé le rôle de parent passe au premier plan. En plus du côté pragmatique et organisationnel, certains patients décrivent un changement de leur état d’esprit, de leurs priorités. Il y a moins de temps passé à 2 et moins de temps accordé l’un à l’autre. Pourtant, plusieurs patients décrivent que justement ils se sentent plus soudés avec leur compagne, « formant un bloc ». Les moments passés ensemble sont différents mais pas forcément moins plaisants.

A : « Un bébé ça laisse peu de place au couple. C'est le rôle de parent x 1000 mais c'est normal et on s'y attend. »

H : « On se maintient l'un l'autre parce que si l'un tombe l'autre tombe. »

- Changement de perception

Voir sa compagne changer peut être difficile. Celle-ci passe d'un statut de femme à celui de mère, aussi bien sur le plan psychique que physique.

M : « La femme elle est shootée aux hormones, elle se rend peut-être moins compte du changement. Mais toi tu vois ta femme changer de corps, devenir une mère, et ça, ça fait drôle. »

- Intimité et relations sexuelles

L'intimité est mise à mal dans le post partum. Sur les 15 papas interrogés, 7 ont pratiqué le cododo (bébé dormant dans la même pièce) jusqu'à au moins 3 mois. 13 ont repris les relations sexuelles dans les 6 mois suivant l'accouchement. 7 ne décrivent pas de problèmes majeurs, avec même un papa décrivant des relations sexuelles plus fréquentes et épanouies. 2 décrivent un manque de libido. 4 décrivent des douleurs. 2 couples n'ont pas repris de relations sexuelles du fait l'un de douleur (à 5 mois du post partum) et l'autre de manque de libido (à 9 mois du post partum).

Le manque de libido s'explique, d'après les patients, par le manque d'intimité, le manque de sommeil, et parfois par l'allaitement.

F : « T'as du mal à revoir ta femme comme une femme et pas, bah... Comme une vache à lait. »

III.5. Perception de l'état de santé de la compagne ; « comment va la maman ? »

- Une période de « réparation »

L'accouchement est souvent marquant. Il est qualifié d'épreuve par 5 papas et de « violent » par 2 autres.

D : « Au début c'était compliqué. Elle a eu une épisiotomie donc il y avait pas mal de douleurs, puis même mentalement elle était un peu obsédée par son poids. Maintenant elle est réparée. »

2 papas décrivent un véritable baby blues d'environ 10 jours de leur compagne avec des pleurs importants, une forte culpabilité, une incapacité à s'occuper de l'enfant. Un des papas a contacté la sage-femme qui s'occupait d'eux et a organisé une visite à domicile qui a permis de calmer les choses. L'autre s'est tourné vers sa famille qui a été aidante. Tous 2 décrivent cette période comme extrêmement stressante et pleine de remise en question sur leurs capacités. Pour autant, ils ne décrivent pas avoir ressenti eux même un baby blues. Ils n'ont pas pensé à avoir recours à leur médecin traitant.

D : « Je me suis dit qu'on avait fait une connerie, qu'on n'était pas prêts, que ma femme ne s'en remettrait jamais. »

- Moral fluctuant

Plusieurs patients décrivent un état mental fluctuant de la part de leur compagne pendant les 3 premiers mois. Certains jours tout va bien et d'autres tout est difficile. 3 patients décrivent une impression que tout repose sur eux parce que la maman a porté le bébé et maintenant c'est à eux d'assurer.

A : « Un jour elle va être trop contente, adorer avoir son bébé. Et le lendemain, c'est le jour et la nuit, c'est-à-dire que tout lui paraît insurmontable, qu'elle se sent nulle, qu'elle peut plus le voir. C'est dans ces moments-là qu'il faut être présent, j'avais vraiment peur pour la reprise du boulot. »

- Fatigue

Sans surprise, ce terme revient dans chaque entretien.

G : « à bout », E : « épuisée », I : « du mal à se reposer »

- Tristesse

Elle est rarement évoquée en dehors des 2 papas décrivant le baby blues. Est parce qu'elle n'est pas présente, pas ressentie par le père, ou parce que je n'ai pas réussi à briser un tabou ?

III.6. Sommeil et fatigue

- Sommeil

Les tout premiers mois sont souvent difficiles du côté du sommeil. Ce n'est pas seulement les réveils nocturnes physiologiques, mais aussi des difficultés d'endormissement. Elles s'expliquent, d'après les patients, par un état « alerte » où on ne se sait pas si l'enfant va se réveiller ou pas et si « ça vaut le coup » de s'endormir soi-même. De plus, il existe des ruminations qui semblent majorées à cette période. Des réveils spontanés sont aussi présents, c'est-à-dire que le bébé n'a pas fait de bruit mais le parent se réveille spontanément pour vérifier que tout va bien. Certains pères dont le bébé était allaité considéraient ces réveils frustrants car « inutiles », étant donné que le bébé avait besoin du sein.

Cependant, ces troubles des sommeils semblent restreints à une période limitée d'environ 3 mois pour la plupart des patients interrogés. Ensuite un équilibre s'installe, l'enfant fait de meilleures nuits ou les parents s'organisent pour se relayer et se reposer au mieux. Ils adaptent eux même leur rythme, se couchant plus tôt. Le stress lié à ces réveils nocturnes s'atténue, il y a moins de réveils spontanés.

1 papa décrit que son sommeil n'a pas changé du tout. Ayant un sommeil très profond, c'est sa compagne qui se réveillait à chaque fois.

B : « Les premières nuits c'était compliqué, je me réveillais en panique persuadé que quelque chose n'allait pas. Ça s'est estompé peu à peu et maintenant [6 mois après la naissance] mon sommeil est plutôt bon. »

- Fatigue

Citée à chacun des entretiens, la fatigue est très présente. Le lien avec le sommeil n'est pourtant pas si évident : le papa qui avait un sommeil inchangé décrit tout de même une fatigue bien plus importante depuis qu'il a son enfant.

Plusieurs primipères décrivent une fatigue mentale qui va de pair avec les nouvelles responsabilités. La découverte de nouvelles choses et le stress que tout ne se passe pas correctement est également épuisant.

Pour les parents de plusieurs enfants ce sont plutôt les chamailleries et les « caprices » des autres qui sont fatiguant. Il leur semble difficile de régler les conflits dans le calme, de garder patience.

Les périodes où les enfants sont malades et pleurent beaucoup sont associées à une recrudescence de fatigue.

Pour tous il y a une part logistique et organisationnelle qui fait qu'une charge mentale supplémentaire est présente.

A : « La fatigue elle est surtout mentale. Parfois t'as juste envie de mettre sur pause les cris, les pleurs, mais tu peux pas donc tu gères comme tu peux, t'essaies de ne pas crier toi aussi. »

III.7. Ressentis, changements de façon d'être

- Plus de douceur

Commençons par le positif : 6 papas m'ont spontanément dit s'être adoucis. Quand je m'attendais à des choses un peu plus négatives, ils m'ont expliqué que depuis qu'ils avaient un enfant ils étaient plus sensibles, plus dans l'écoute, de leur enfant mais aussi de leurs proches en général. Ce sont en général des papas avec les enfants les plus âgés qui ont ce regard sur eux-même.

I : « Je me suis adouci, j'apprends la patience, tout est plus long mais on se rend compte qu'on n'a pas besoin d'aller plus vite. Je deviens mielleux. ».

J : « Les gens disent qu'un bébé ça change la vie. C'est vrai, c'est beaucoup de bonheur, ça change tes priorités. »

- Irritabilité

L'irritabilité revient très souvent, en particulier chez les papas d'enfants de moins de 6 mois. L'impression d'être à fleur de peau, que la moindre contrariété prend des proportions déraisonnables. D'après les patients, elle est très liée à la fatigue. 1 papa évoque « une période d'adaptation pendant laquelle le corps et l'esprit s'habituent, et après ça va mieux. » (N). Parfois cette sensation est si forte que certains ressentent le besoin de s'éloigner. 7 papas ont déjà eu peur d'être violent. C'est une pensée récurrente chez 1 des papas. Aucun n'a eu de gestes regrettables. Par contre des violences verbales, rarement dirigées contre l'enfant ont pu avoir lieu.

A : « Il y a un moment donné où je peux plus, je gueule très fort, « merde ! », des choses comme ça, c'est déjà violent en soi. C'est pas la représentation que t'as envie de donner à ton enfant. »

B : « Tous les jours j'ai peur d'être violent. Je pense que personne ne le dit mais le discours de « c'est que de l'amour » c'est pas vrai, moi comme elle parfois on a envie de le claquer, de le jeter dans son lit et claquer la porte en lui disant « débrouille toi, t'es grand » ce qui est faux mais voilà. Ça détruit ton mode de vie, un enfant. »

- Culpabilité

C'est un des thèmes qui est le plus revenu. Que ce soit de la culpabilité par rapport à la maman, qui « gère mieux » (D) , « en fait plus » (K) ou par rapport à l'enfant en lui-même, « je suis moins présent/plus maladroit/patient que je ne le devrais »(N,O,C) elle a été citée par quasiment tous les patients. Certains culpabilisaient de ne pas réussir à avoir le lien qu'ils souhaitaient avec leur enfant. Ceux qui ont d'autres enfants se demandent si l'équilibre entre le temps passé avec les uns et les autres est optimal.

D : « Je ne me sens pas à la hauteur et parfois c'est trop dur, je n'y arrive pas et j'aimerais faire plus et mieux. Je me dis qu'il aurait dû tomber sur mieux en fait, comme papa. »

- Tristesse

3 papas évoquent des moments de franche tristesse, avec des larmes et une véritable détresse sans qu'ils aient identifié une raison. Ces moments restent rares et passagers. D'autres papas évoquent, plutôt que de vrais moments de tristesse, des moments de « coup de mou » à des moments clés : l'un évoque la première fois qu'il a laissé son enfant à la nourrice et le pincement au cœur en ayant l'impression qu'il la préfère. Un autre parle des coliques de son enfant qu'il ne savait pas comment soulager. Un autre évoque le fait que sa vie de couple soit en pause.

E : « Ça m'est arrivé de me retrouver tout seul et de me mettre à pleurer, d'être vraiment pas bien. Est ce que c'est lié au bébé, à la fatigue, au stress je sais pas. C'est ça qui m'a décidé à essayer de déléguer un peu plus aux grands parents. »

- Stress

Les patients qui se décrivent comme anxieux ont tendance à dire que cette anxiété s'est majorée depuis qu'ils ont un enfant. Certains autres décrivent aussi plus d'inquiétudes au quotidien et le fait qu'ils doivent s'obliger à être plus organisés. Ils ont parfois l'impression d'être dépassés par le nombre de choses à faire. Parfois ces préoccupations prennent tellement de place qu'elles empêchent de penser à autre chose.

Une autre source de stress est la santé de l'enfant. Ne pas savoir si le comportement de l'enfant est normal ou si d'éventuels symptômes médicaux sont graves est source d'anxiété. La plupart des pères décrivent avoir été facilement rassurés par leur médecin.

N : « Tu rentres du boulot, t'as le bain, le ménage, le repas, le linge, tu penses à tout ça, à comment tu vas gérer, et en fait t'oublies de sourire à ton gosse, t'oublies l'important. »

K : « Au début, il pète tu paniques. C'est fou hein, mais il faut un peu de temps pour relativiser. »

- Frustration

La frustration est souvent citée. 8 papas expriment que, même s'ils étaient préparés, ils n'avaient pas mesuré l'ampleur du changement. La réduction de la fréquence des

sorties et du temps de sport sont souvent cités. D'autres disent qu'il n'y en a que peu parce qu'ils acceptent que ce sont des moments différents et « tout aussi plaisant ».

C : « J'ai pas le temps de tout faire, le jardin, la maison, les copains, donc oui un peu de frustration par rapport à ça. »

- Prise de décisions

Prendre des décisions ne semblait pas plus difficile aux jeunes papas. Au contraire, certains disent aller plus facilement à l'essentiel.

- Craintes par rapport à l'avenir

Plusieurs patients évoquent leurs craintes pour le futur. Sont citées souvent la politique actuelle au sens large, les conflits internationaux, l'éducation, les maladies. Certains ont peur de ne pas réussir à transmettre les valeurs auxquelles ils tiennent. Pour autant, aucun n'a évoqué des inquiétudes invalidantes au quotidien.

III.8. Comportements

- Temps pour soi/ Sport

Les jeunes pères interrogés essaient tous de se ménager un peu de temps libre. Le temps du midi semble être souvent mis à profit pour le sport. D'une manière générale, le temps consacré à l'activité physique est quand même beaucoup réduit. Le soir et le week end sont consacrés aux moments en famille, qui sont eux aussi considérés comme trop peu nombreux.

Plusieurs papas m'expliquent qu'ils s'organisent avec la maman pour trouver du temps libre, en essayant qu'il y ait un équilibre afin que les 2 puissent en profiter. Il y a aussi le moment après le coucher des enfants, ou certains rituels sont en place : par exemple un papa cite sa demie heure de jeux vidéo.

J : « Je m'imagine mal quand on est tous ensemble dire que je m'en vais 2h faire un tennis. »

- Alcool et autres toxiques

La consommation d'alcool est souvent plutôt réduite. En effet, les patients interrogés avaient une consommation d'alcool plutôt festive et comme ils sortent moins, ils boivent moins. 3 des papas me racontaient boire un verre de vin ou de bière plusieurs fois dans la semaine. 1 papa me décrivait un verre de vin quotidien, mais c'était déjà son habitude avant d'avoir son bébé. Les épisodes de binge drinking sont réduits aux moments où l'enfant peut être gardé par une tierce personne (souvent les grands parents). C'est à la fois la fréquence et la quantité qui sont réduites.

La consommation de tabac, par contre, est pour certains supérieure à ce qu'elle n'était avant. Une cigarette permet selon eux d'évacuer du stress et de prendre un moment de pause.

2 pères ont une consommation régulière de cannabis, qui est stable par rapport à avant d'avoir leur enfant.

C : « Avant je conduisais en ayant trop bu. Maintenant c'est un risque que je prendrais plus, avec le petit. Et quand on sort il faut toujours qu'il y en ait un qui soit alerte pour veiller sur lui. »

III.9. Soutien

- Couple

La première personne à qui les pères se livrent est leur compagne. Plusieurs ont fait part de leur besoin de « débriefing » régulièrement, afin de garder la communication ouverte et de se libérer de certaines émotions. Souvent l'idée des liens qui se resserrent, de faire équipe revient, d'être « fusionnels ».

I : « On s'est soudés comme un bloc »

- Famille/amis

La famille et en particulier les grands parents sont souvent cités comme un soutien. Les patients se sentent compris et rassurés, en confiance pour confier leurs enfants. Cependant certains font face à des remarques et conseils indésirables, qui sont vécus comme intrusifs. De plus, certains de ces conseils sont en contradiction avec ceux du corps médical, les mettant parfois dans des positions délicates.

B : « Quand tu te confies les gens ne comprennent pas que tu n'attends pas forcément de solution, de conseil. Juste un « c'est normal, je suis là pour ça, comment je peux t'aider ? » et pas « fais plutôt ça ou ci, c'est parce que tu n'as pas essayé ça. » ».

Les discussions avec les amis ne sont pas les mêmes : plutôt que de la réassurance par rapport à l'enfant, elles ont un but de décharge.

C : « Avec les copains, c'est sans filtres. Et ça, ça fait du bien ! »

- Médecin traitant

Aucun des jeunes pères n'a cité spontanément le médecin traitant comme étant une personne vers qui ils auraient pu se tourner si ça n'allait pas. Ils n'y avaient simplement pas pensé. 2 papas me disent qu'en effet ils auraient pu se tourner vers lui si ça n'avait pas été. 7 n'en avaient pas, 2 le connaissent peu. Après l'avoir suggéré, plusieurs m'ont dit qu'ils n'auraient pas osé le déranger pour cela. Plusieurs n'avaient pas vu leur médecin traitant pour eux depuis plusieurs années. Un d'eux trouvait le sujet trop intime pour être évoqué. Un autre ne voyait pas l'intérêt d'en discuter, ne voyant pas ce que le médecin pouvait y faire.

5 ont assisté aux 3 premiers rdvs chez le médecin de leur enfant. 11 étaient au moins à l'un des 3.

F : « Déjà que quand ça ne va pas je n'en parle pas facilement alors en parler à mon médecin... »

- Proposition consultation

Tous les papas approuvent l'idée d'une consultation orientée santé mentale à disposition des jeunes pères. 12 sur 15 pensent qu'ils y seraient allés ; les autres évoquent des contraintes logistiques et le fait qu'ils n'en ressentaient pas le besoin,

même s'ils pensent que ça pourrait être utile à certains. Certains pensent qu'il faudrait la rendre obligatoire ou du moins systématique car, pour eux, si ça ne l'est pas les pères ne prendront pas ce temps. L'un d'entre eux évoque qu'il trouve que la démarche d'aller parler de sa santé mentale est difficile et que si c'était obligatoire elle serait facilitée.

Pour ce qui est du moment de cette consultation les avis divergent ; 7 évoquent les 3 mois car « c'est le moment où on réalise l'ampleur du changement qui se produit dans notre vie, on est un peu sortis de la sidération du début » (J). D'autres parlent du moment de la reprise du travail, à 1 mois, quand l'organisation est compliquée et la fatigue intense. Un autre encore pense qu'autour de 6 mois on est vraiment apte à faire un bilan.

K : « J'y serais allé, c'est important, que ça aille bien ou pas personne n'est complètement bien, c'est un gros chamboulement, c'est bien d'en discuter et d'essayer d'avoir du recul sur sa propre situation. »

IV. Discussion

IV.1. Résultats principaux

Les objectifs de cette étude étaient d'une part de savoir comment les jeunes pères vivaient le post partum et d'autre part de leur demander s'ils verraient un intérêt à avoir une consultation dédiée à leur santé mentale pendant le post partum.

Les jeunes pères interrogés avaient pour la plupart aimé cette période, avec son lot de difficultés. C'est d'ailleurs une chose qui revient très souvent au moment de la question ouverte : la notion de bonheur, de changement très positif dans leur vie.

Pour beaucoup, la fatigue explique les différentes difficultés. En résultent l'irritabilité, le manque de patience qui amènent une certaine culpabilité. Cette fatigue semble partiellement liée au manque de sommeil, surtout les 3 premiers mois, mais aussi à une fatigue mentale résultant de l'augmentation des responsabilités et des contraintes logistiques.

La tristesse est assez peu évoquée et, quand elle l'est, semble passagère chez les personnes interrogées.

La reprise du travail est une période difficile dans le sens où le rythme qu'on commençait à trouver avec l'enfant est chamboulé, et qu'il est plus difficile de prendre le temps de faire les choses.

La relation avec la mère du bébé, et en particulier le soutien que le couple s'apporte, est très importante. Une bonne communication semble être une clé pour que la frustration soit la moins forte possible, en débriefant sur son état émotionnel et en s'accordant du temps pour soi et pour le couple. L'intimité sexuelle peut prendre un peu de temps à redémarrer, là aussi un nouvel équilibre est à trouver.

Un bon étayage familial et amical est aidant, permettant à la fois de se reposer en confiant le bébé, de discuter des difficultés et de se changer les idées. Il paraît donc judicieux de redoubler de vigilance envers les couples isolés.

Par ailleurs, trouver son rythme permettant de se reposer suffisamment tout en conservant la vie sociale nécessaire à son épanouissement semble être une autre clé. Cette vie sociale peut prendre différentes formes, allant des sorties avec des amis aux réunions de famille, de l'activité physique aux jeux vidéo.

Le médecin traitant est une option rarement envisagée par les patients quand ils sont en difficulté psychologique. Bien souvent les patients, en particulier les hommes, ont l'impression que les difficultés psychologiques ne sont pas un motif de consultation. Leur relation avec leur médecin est purement technique, surtout à ces âges (homme entre 20 et 40 ans). Rappeler qu'il est présent et disposé à les écouter pourrait être aidant.

Les patients seraient favorables à une consultation systématiquement proposée.

IV.2. Comparaison avec la littérature

Aucun des patients n'avait fait ou ne s'était vu proposé l'examen du futur père au moment de la grossesse.

On ne leur a proposé aucun suivi particulier dans le post partum.

Aucun des patients n'était atteint de dépression du post partum au moment de l'entretien. Nous avons réalisé à posteriori les échelles EPDS et GMDS avec les verbatims des 2 patients qui me semblaient avoir le plus de symptômes en faveur d'une dépression du post partum (patients D et E). Elles étaient à 6 et 6 pour l'EPDS et à 7 et 9 pour la GMDS, donc en dessous des cut off toutes études comprises. Nous les avons réalisés d'une part pour se faire une idée de leur praticité (temps de réalisation, facilité de compréhension des questions) et d'autre part pour voir si l'impression clinique ressentie pendant les entretiens était cohérente avec le résultat des échelles.

Cependant, les jeunes pères décrivent en effet une augmentation des symptômes décrits dans les études à propos de la dépression du post partum : irritabilité, agressivité verbale, troubles du sommeil. Une augmentation de la consommation de tabac est parfois rapportée, pas d'augmentation de celle d'alcool en revanche.

Le facteur de risque principal de dépression du post partum masculine retrouvé dans les études était la dépression du post partum de la mère. Les entretiens réalisés retrouvent en effet un fort besoin d'être un couple soudé, de traverser ensemble les moments plus difficiles. On imagine aisément que si l'un va mal l'autre aussi.

Concernant les autres facteurs de risque, l'absence de soutien social semble logique : les jeunes pères expriment qu'avoir une famille et des amis aidants est essentiel. Les difficultés financières n'ont pas été évoquées avec les patients et ils n'en ont pas parlé

spontanément. Le temps du congé paternité est un temps qui permet de prendre le rythme, de faire du lien avec son enfant et d'épauler la maman, sa durée influe probablement sur le risque de dépression. Aucun des patients n'avait d'antécédent de dépression et toutes les grossesses étaient désirées. Il m'est difficile de donner un avis concernant le niveau socioéducatif.

Dans les études il est mentionné un sentiment d'illégitimité des pères à consulter leur médecin pour un motif psychologique. C'est quelque chose qui a également été mis en évidence dans les entretiens réalisés.

La période des 3 à 6 mois a également été citée comme moment préférentiel pour réaliser une consultation par près de la moitié des patients. Une visite au 3eme mois pour le père pourrait être envisageable, ou même simplement demander à ce qu'au moins une des consultation des premiers mois de l'enfant se fasse systématiquement en sa présence, pour permettre de dépister une éventuelle fragilité et reconvoquer si besoin.

IV.3. Forces et limites de l'étude

- Forces

La méthode qualitative semblait bien adaptée à ce sujet. En effet, il était souhaitable que les patients puissent s'exprimer librement et cela a permis de faire évoluer le questionnaire en fonction des réponses, d'amener de nouveaux sujets. L'entretien semi structuré a permis d'avoir une certaine comparabilité des réponses.

Les verbatims étant retranscrits dans la journée ou se passait l'entretien, on a pu en tirer le plus de précisions possible. Le codage était enrichi tous les 2 entretiens.

La triangulation des données a permis une augmentation de la validité interne.

La saturation des données a été atteinte autour du 13eme entretien, les 2 derniers l'ont confirmé.

- Limites

Le biais de volontariat est ici évident. Les personnes atteintes de dépression sont probablement moins à même de se sentir disponibles pour ce genre d'entretiens. De plus, ils ont été proposés aux papas qui étaient présents aux consultations de l'enfant

ou qui consultaient pour eux même, ce qui sous-entend qu'ils voyaient régulièrement un médecin, même s'ils n'avaient pas forcément de médecin traitant attiré.

Il existe également un biais de recrutement : la taille de l'échantillon ne permet pas d'être représentatif de la population générale, même si on a essayé d'avoir différents profils de patients. Le recrutement était localisé sur 4 cabinets de médecine générale.

Un biais d'induction est probable : il est possible qu'on ait induit certaines réponses par une attitude non neutre ou des questions trop orientées.

Nous n'avons pas cherché à évaluer l'efficacité des échelles de dépistages de la dépression du post partum masculine ; la méthodologie de cette étude ne s'y prêtait pas.

IV.4. Application pratique

Ce que l'on retiendra de cette thèse est la chose suivante : la période du post partum est un véritable chamboulement dans une vie, tant pour la mère que pour le père. Les papas sont les grands oubliés de cette période et ont de plus en plus tendance à consulter pour ce genre de motif. C'est à nous, médecins généralistes, de proposer notre aide et notre soutien quand nous en avons l'occasion. Au moment où nous voyons le bébé pour ses premières consultations, il serait opportun de rappeler que notre métier est aussi d'accompagner la détresse psychologique, et que les jeunes parents peuvent nous solliciter pour cela. Peut-être serait-il intéressant d'avoir un document type à insérer dans le carnet de santé de l'enfant si le papa n'est pas présent à cette consultation. J'en fais une proposition en annexe 6. Il ne me semble pas forcément licite d'y insérer d'emblée les échelles de dépistage, les faire en consultation avec le médecin pouvant permettre de débloquent le dialogue.

Informé les médecins comme les patients de l'existence de la dépression du post partum masculine et de ses symptômes pourrait permettre de soulager certains parents. Et sans aller jusqu'à parler de dépression, prendre ce temps d'écoute ne peut être que positif.

Conclusion

Le suivi des jeunes pères dans le post partum est un sujet important. Le dépistage de la dépression du post partum masculine pourrait permettre de soulager les personnes atteintes, de prévenir le risque de maltraitance sur les enfants et de favoriser leur bon développement.

A travers cette thèse, nous avons tenté d'appréhender les ressentis des pères dans le post partum. Différentes difficultés sont décrites : certaines périodes sont associées à un stress important, la relation de couple et la perception de sa compagne changent, le sommeil est perturbé, des changements de caractères se font, certains comportements changent. Tous passent par des moments compliqués et ont à un moment ou un autre besoin de soutien. Dans ces cas-là, ils se tournent souvent vers leurs amis et leurs familles, qui malgré leur bonne volonté n'ont pas toujours les mots justes, et peuvent parfois renforcer l'inquiétude.

Aucun des papas interrogés n'a pensé à en parler à son médecin traitant.

Une information minimale devrait, à mon sens, être proposée. Sa forme reste à discuter.

Une consultation orientée santé mentale à 3 mois du post partum est une possibilité à envisager. Tous les patients interrogés ont approuvé cette initiative. Pour informer les jeunes pères de cette possibilité, nous proposons soit de leur en parler au cours d'une consultation ou de leur transmettre un document explicatif par le biais de leur conjointe.

Il serait intéressant de recueillir le point de vue des médecins généralistes à propos de cette période du post partum masculin : voient-ils les papas ? Pensent-ils à leur demander comment ils vont ? Ont-ils déjà entendu parler de la dépression du post partum masculine ?

Une autre problématique est soulevée : celle de la difficulté des jeunes hommes à évoquer des préoccupations psychologiques avec leur médecin. Est-ce un problème sociétal ? Les médecins traitants sont-ils inconsciemment moins attentifs à la santé mentale des hommes, en particulier des jeunes ? Peut-être faudrait-il réaliser un travail pour évaluer si on retrouve cette difficulté des hommes jeunes à parler de santé mentale avec leur médecin à plus grande échelle ?

Références bibliographiques

1. SPF. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale [Internet]. [cité 23 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-de-la-depression-de-l-anxiete-et-des-idees-suicidaires-a-deux-mois-postpartum-donnees-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-en-franc>
2. Szerment J. Prise en charge de la consultation postnatale par les médecins généralistes de Normandie.
3. française A. père | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P1498>
4. Larousse É. Définitions : père, pères - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A8re/59470>
5. Calappi M. Le vécu de la grossesse par les pères: analyse de l'évolution du sentiment de paternité.
6. Autorité parentale en France. In: Wikipédia [Internet]. 2022 [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Autorit%C3%A9_parentale_en_France&oldid=197504772
7. Vander Linden R, Roegiers L. Place du père dans le champ périnatal. Rev Médecine Périnatale. 2017;9(4):241-6.
8. Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du secteur privé [Internet]. [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>
9. Premiers jours de l'enfant : un temps de plus en plus sanctuarisé par les pères via le congé de paternité | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/premiers-jours-de-lenfant-un-temps-de-plus-en>

10. Congé de paternité en France. In: Wikipédia [Internet]. 2024 [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cong%C3%A9_de_paternit%C3%A9_en_France&oldid=214279569
11. Article L2122-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687385
12. Ting LT. L'examen de santé du futur père: étude des représentations et attentes du « "primipère" » sur une consultation dédiée lors de la grossesse. 2020;
13. Genovèse G. N'oublions pas le père. Intérêt d'une consultation dédiée au futur père pendant la grossesse en médecine générale.
14. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord.* déc 2016;206:189-203.
15. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA.* 19 mai 2010;303(19):1961.
16. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The First-Time Fathers Study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry.* janv 2004;38(1-2):56-64.
17. Chavis AT. Paternal Perinatal Depression in Modern-Day Fatherhood. *Pediatr Rev.* 1 oct 2022;43(10):539-48.
18. Lamour M. La paternité et ses troubles.
19. Dennis CL, Marini F, Dol J, Vigod SN, Grigoriadis S, Brown HK. Paternal prevalence and risk factors for comorbid depression and anxiety across the first 2 years postpartum: A nationwide Canadian cohort study. *Depress Anxiety.* mars 2022;39(3):233-45.
20. Madsen SA, Juhl T. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *J Mens Health Gend.* mars 2007;4(1):26-31.

21. Psouni E, Agebjörn J, Linder H. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scand J Psychol.* déc 2017;58(6):485-96.
22. Berg RC, Solberg BL, Glavin K, Olsvold N. Instruments to Identify Symptoms of Paternal Depression During Pregnancy and the First Postpartum Year: A Systematic Scoping Review. *Am J Mens Health.* 19 sept 2022;16(5):15579883221114984.
23. Shafian AK, Mohamed S, Nasution Raduan NJ, Hway Ann AY. A systematic review and meta-analysis of studies validating Edinburgh Postnatal Depression Scale in fathers. *Heliyon.* mai 2022;8(5):e09441.
24. Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery.* janv 2018;56:121-7.
25. Martin LA. Challenging Depression Criteria: An Exploration of Men's Experiences of Depression.
26. Sigurdsson B, Palsson SP, Aevarsson O, Olafsdottir M, Johannsson M. Validity of Gotland Male Depression Scale for male depression in a community study: The Sudurnesjamenn study. *J Affect Disord.* 1 mars 2015;173:81-9.
27. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health.* juill 2018;12(4):720-9.
28. Schumacher M, Zubaran C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* juin 2008;21(2):65-70.
29. Smythe KL, Petersen I, Schartau P. Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 1 juin 2022;5(6):e2218969.
30. Nakamura A, van der Waerden J, Melchior M. Facteurs associés à la dépression maternelle et paternelle en période périnatale : données de la cohorte nationale ELFE. *Fr J Psychiatry.* 1 nov 2018;1:S167.
31. Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord.* 1 oct 2021;293:51-63.

32. Glasser S, Lerner-Geva L. Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health*. juill 2019;139(4):195-8.
33. Barry KM, Gomajee R, Benarous X, Dufourg MN, Courtin E, Melchior M. Paternity leave uptake and parental post-partum depression: findings from the ELFE cohort study. *Lancet Public Health*. janv 2023;8(1):e15-27.
34. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 janv 2017;17(1):45.
35. Ashraf S, Shah K, Vadukapuram R, Shah B, Jaiswal S, Mansuri Z, et al. Impact of Paternal Depression on Child Neurodevelopmental Outcomes and Disorders. *Prim Care Companion CNS Disord*. 7 févr 2023;25(1):22r03303.
36. Ramchandani PG, Psychogiou L, Vlachos H, Iles J, Sethna V, Netsi E, et al. Paternal Depression: An Examination of Its Links with Father, Child and Family Functioning in the Postnatal Period. *Depress Anxiety*. juin 2011;28(6):471-7.
37. Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 15 nov 2016;205:44-59.
38. maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
39. Takehara K, Suto M, Kakee N, Tachibana Y, Mori R. Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. *Child Abuse Negl*. 1 août 2017;70:231-9.

Annexes

Annexe 1. Questionnaire EDPS	2
Annexe 2. Gotland male depression scale	2
Annexe 3. Critères d'épisode dépressif majeur selon le DSM5	2
Annexe 4. Document consentement	2
Annexe 5. Guide d'entretien (version finale)	2
Annexe 6. Proposition de document patient	2

Annexe 1. **Questionnaire EDPS**

<p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> As much as I always could <input type="checkbox"/> Not quite so much now <input type="checkbox"/> Definitely not so much now <input type="checkbox"/> Not at all 	<p>6. * Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all <input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual <input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well <input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever
<p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> As much as I ever did <input type="checkbox"/> Rather less than I used to <input type="checkbox"/> Definitely less than I used to <input type="checkbox"/> Hardly at all 	<p>7. * I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, not at all
<p>3. * I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, some of the time <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, never 	<p>8. * I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Not very often <input type="checkbox"/> No, not at all
<p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, not at all <input type="checkbox"/> Hardly ever <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> Yes, very often 	<p>9. * I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, most of the time <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Only occasionally <input type="checkbox"/> No, never
<p>5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, quite a lot <input type="checkbox"/> Yes, sometimes <input type="checkbox"/> No, not much <input type="checkbox"/> No, not at all 	<p>10. * The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yes, quite often <input type="checkbox"/> Sometimes <input type="checkbox"/> Hardly ever <input type="checkbox"/> Never

Annexe 2. Gotland male depression scale

Les items sont cotés de 0 à 3

The Gotland Male Depression Scale				
Wolfgang Rutz, M.D., Ph.D. Psychiatrist, Visby	Zoltán Rihmer, M.D., Ph.D. Psychiatrist, Budapest	Arne Dalteg, Ph.D. Psychologist, Visby		
English version: Per Bech, Lis Raabæk Olsen, Vibeke Nørholm, Psykiatrisk Forskningsenhed, Hillerød				
During the past month, have you or others noticed that your behavior has changed, and if so, in which way?				
	Not at all	To some extent	Very true	Extremely so
1. Lower stress threshold/more stressed out than usual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. More aggressive, outward-reacting, difficulties keeping self-control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Feeling of being burned out and empty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Constant, inexplicable tiredness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. More irritable, restless and frustrated	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Difficulty making ordinary everyday decisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sleep problems: sleeping too much/too little/restlessly, difficulty falling asleep/waking up early	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In the morning especially, having a feeling of disquiet/anxiety/uneasiness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Overconsumption of alcohol and pills in order to achieve a calming and relaxing effect. Being hyperactive or blowing off steam by working hard and restlessly, jogging or other exercises, under- or over-eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do you feel your behavior has altered in such a way that neither you yourself nor others can recognize you, and that you are difficult to deal with?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Have you felt or have others perceived you as being gloomy, negative, or characterized by a state of hopelessness in which everything looks bleak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you or others noticed that you have a greater tendency to self-pity, to be complaining or to seem "pathetic"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. In your biological family, is there any tendency towards abuse, depression/dejection, suicide attempts or proneness to behaviour involving danger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score				
0–13: No signs of depression.				
13–26: Depression possible. Specific therapy, including psychopharmacological, possibly indicated.				
26–39: Clear signs of depression. Specific therapy, including psychopharmacological, clearly indicated.				

Annexe 3. Critères d'épisode dépressif majeur selon le DSM5

Critères DSM-IV épisode dépressif majeur

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
 - (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
 - (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 4. Document consentement

Attentes et ressentis des pères dans le post partum - Etude qualitative

Charlotte Kissel (interne de médecine générale)

Introduction

Vous êtes invité à participer à une enquête destinée à recueillir les attentes et les ressentis des pères dans la période qui suit la mise au monde de leur enfant par rapport à leur suivi en médecine générale.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette enquête, veuillez lire ce document d'information et n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez à la personne qui fera l'enquête.

Si vous participez à ce projet, vous devez savoir que :

Cette enquête n'a lieu qu'après l'information et l'aval du DPO de l'université de Rouen, chargée entre autres de la protection des participants à une recherche et du respect de leurs droits et de leur vie privée.

Votre participation est **volontaire** : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'enquêteur.

Les données recueillies à cette occasion sont **confidentielles** et votre **anonymat** est garanti.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à signer un consentement. L'enquêteur signera également ce document et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'enquête et qu'il s'engage à ne conserver aucune information qui pourrait lui permettre plus tard de faire le lien entre les propos exprimés au cours de l'entretien et une personne donnée.

Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Description du protocole de l'enquête

Pour cette enquête, nous allons organiser des entretiens avec environ 20 participants qui répondent aux critères suivants : avoir eu un enfant dans les 2 ans précédant l'entretien et que cet enfant n'ai pas de problèmes de santé majeur.

Nous souhaitons récolter des informations sur votre état d'esprit depuis la naissance de votre enfant, discuter des difficultés que vous avez pu rencontrer et de l'intérêt, de votre point de

vue, de mettre en place une ou plusieurs consultations de suivi pour la santé mentales des jeunes pères. Cet entretien sera complètement anonymisé. Un enregistrement sera réalisé pour des raisons de praticité technique et sera détruit des que la retranscription sera faite, retranscription lors de laquelle aucune donnée personnelle ne sera conservée (vous serez identifié par un chiffre, aucun nom prénom aucune date ne sera conservée).

Si certains thèmes, certaines questions vous paraissent embarrassantes, vous êtes libres de ne pas y répondre.

Merci de votre collaboration

Attentes et ressentis des pères dans le post partum - Etude qualitative

Consentement éclairé

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'enquête.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que les données recueillies seront strictement anonyme et que l'enquêteur se porte garant de cet anonymat.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Date et signature du participant.

Je soussignée Charlotte Kissel, interne de médecine générale, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'enquête et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'enquête et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques relatifs aux droits du patient et à la protection de sa vie privée.

Date et signature de l'enquêteur

Annexe 5. **Guide d'entretien (version finale)**

1) Explications sur la these, recueil consentement

2) Eléments de contexte : 1er bébé ? Age ? Structure familiale ?
Déroulement de la grossesse ? Patho psy/temperament du père (anxiété etc)
?

3) Questions

- Y a-t-il eu des périodes plus difficiles que d'autres pour vous ? Lesquelles et pourquoi ?
- Comment décririez-vous votre relation avec la mère du bébé ? A-t-elle changé depuis le post partum ?
- Comment se porte votre femme depuis le post partum ?
- Votre caractère a-t-il été affecté par la naissance de votre enfant ?
- Vous arrive-t-il d'être triste à en pleurer sans raison que vous jugez valable ?
- Vos proches vous font-ils des remarques sur un changement de votre part ?
- Y a-t-il des comportements qui ont changé chez vous depuis le post partum ?
- Comment est votre sommeil depuis le post partum ?
- Avez-vous plus de mal à prendre des décisions au quotidien ?
- Comment envisagez-vous l'avenir ?
- Vers qui vous tournez vous dans les moments où vous allez moins bien ?
- Comment pourrait-on aider les jeunes pères ? (+/- suggérer la consultation post partum et demander avis)
- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 6. Proposition de document patient

A l'attention des jeunes papas

Vous êtes papa depuis peu, félicitations !

C'est un grand changement dans votre vie.

Il arrive que ce changement soit difficile.

Il arrive que l'on se sente dépassé, pas à la hauteur.

Il arrive que l'on soit triste, que l'on se sente vide, parfois désespéré.

Il arrive que l'on soit anxieux, stressé.

Il arrive d'avoir des troubles du sommeil.

Il arrive que l'on se sente irritable, en colère.

Il arrive que la communication avec sa compagne soit difficile.

Il arrive que l'on ait peur d'être violent avec son enfant.

Il arrive d'avoir besoin d'aide. Si vous ressentez cela, vous n'êtes pas le seul.

Votre médecin est là pour vous écouter.



Serment D'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas d'usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Attentes et ressentis des pères dans le post partum

Introduction : Les pères sont les grands oubliés du post partum. Pourtant, l'arrivée d'un enfant est un changement considérable. La dépression du post partum masculine existe. En France, le suivi des jeunes pères est quasi inexistant. Nous nous sommes demandé comment les jeunes pères vivaient le post partum.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative via des entretiens semi dirigés auprès de pères ayant eu un enfant dans les 2 ans.

Résultats : A travers cette thèse, nous avons tenté d'appréhender les ressentis des pères dans le post partum. Différentes difficultés sont décrites : certaines périodes sont associées à un stress important, la relation de couple et la perception de sa compagne changent, le sommeil est perturbé, des changements de caractères se font, certains comportements changent. Tous les pères passent par des moments compliqués et ont à un moment ou un autre besoin de soutien. Le médecin traitant est rarement une personne ressource dans ce cas.

Conclusion : Il semble nécessaire de renforcer le suivi des pères dans le post partum, par exemple via une consultation orientée santé mentale proposée systématiquement.

Mots-clés : paternité, post partum, dépression, père, suivi, médecin traitant

Father's expectations and experience in the postpartum period

Introduction: Fathers are often forgotten in the postpartum period. However, the arrival of a child is a big change. Male postpartum depression exists. In France, we don't follow much young fathers. We wondered how young fathers experience postpartum.

Method: We choose a qualitative study with semi-directed interviews for fathers who had a child within 2 years.

Results: Through this thesis, we attempted to understand the feelings of fathers in the postpartum period. Different difficulties are described: certain periods are associated with stress, the couple's relationship and the perception of one's partner change, sleep is disrupted, character changes occur, certain behaviors change. All fathers go through difficult moments and may need help. General practitioners are rarely requested.

Conclusion: We may need to increase father's monitoring in the postpartum period, for example by proposing a systematic mental health-oriented consultation.

Keywords : fatherhood, postpartum, depression, father, monitoring, general practitioner

