



**HAL**  
open science

# La dépression post-partum paternelle : revue de la littérature

Guillaume Selme

► **To cite this version:**

Guillaume Selme. La dépression post-partum paternelle : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-04901124>

**HAL Id: dumas-04901124**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04901124v1>**

Submitted on 20 Jan 2025

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

**ANNEE 2025 – N°25 – 003**

*La dépression post-partum paternelle :  
Revue de la littérature*

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement  
le 16/01/2025 à 11 h  
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

Guillaume SELME

Né(e) le 10/04/1993 à Lyon (69)

**La composition du jury est la suivante :**

<b>Président :</b>	BENNABI Djamila	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
<b>Directeur de la thèse :</b>	TREMEAU Anne-Lise	Médecin généraliste
<b>Juges :</b>	VULLIEZ COADY Lauriane	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
	BOLOT Anne-Lise	Professeur Universitaire associé
	LEBEAU-JEUNET Aurore	Maître de conférence associé





**ANNEE 2025 – N°25 – 003**

*La dépression post-partum paternelle :  
Revue de la littérature*

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement  
le 16/01/2025 à 11 h  
pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

Guillaume SELME

Né(e) le 10/04/1993 à Lyon (69)

**La composition du jury est la suivante :**

<b>Président :</b>	BENNABI Djamila	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
<b>Directeur de la thèse :</b>	TREMEAU Anne-Lise	Médecin généraliste
<b>Juges :</b>	VULLIEZ COADY Lauriane	Professeur Universitaire - Praticien Hospitalier
	BOLOT Anne-Lise	Professeur Universitaire associé
	LEBEAU-JEUNET Aurore	Maître de conférence associé





<b>DIRECTEUR</b>	<b>PROFESSEUR THIERRY MOULIN</b>	
<b>DIRECTEURS ADJOINTS</b>	<b>PROFESSEUR XAVIER BERTRAND</b>	DOYEN PHARMACIE
	<b>PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI</b>	DIRECTEUR DES ETUDES
<b>RESPONSABLE ADMINISTRATIVE</b>	<b>MME CAROLE COINTEAU</b>	
<b>DEPARTEMENT MEDECINE</b>		
	PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN	DIRECTEUR DES ÉTUDES
	PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS	ASSESEUR 1ER CYCLE
	PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE	ASSESEURS 2EME CYCLE
	PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE	ASSESEURS 3EME CYCLE
	PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE	COORDINATEUR MEDECINE
	PROFESSEUR BENOIT DE BILLY	COORDINATEUR CHIRURGIE
	PROFESSEUR BENOIT DINET	COORDINATEUR MEDECINE GENERALE
<b>DEPARTEMENT PHARMACIE</b>		
	PROFESSEUR XAVIER BERTRAND	DOYEN PHARMACIE
	PROFESSEUR LHAASSANE ISMAILI	DIRECTEUR DES ETUDES
	PROFESSEUR SAMUEL LIMAT	COORDINATEURS 3E CYCLE
	PROFESSEUR VIRGINIE NERICH	
<b>DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE</b>		
	MARILIA GIRAULT (SAGE-FEMME)	COORDINATRICE PEDAGOGIQUE
<b>DEPARTEMENT ODONTOLOGIE</b>		
	DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)	
	PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER	
<b>DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE</b>		
	PROFESSEUR ELOI MAGNIN	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
<b>DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE</b>		
	CHRISTOPHE DINET (MK- BESANCON)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
	ALEXANDRE KUBICKI (MK MONTBELIARD) (MCF)	
	YOSHIMASA SAGAWA (MK - BESANCON) (MCF)	

**DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE - PSYCHOMOTRICITE**

CLEMENCE VAILLIER (MAST) COORDINATRICES PEDAGOGIQUES  
JULIE LAPREVOTTE (MAST)

**DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES**

ALINE CHASSAGNE (MCF) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES  
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)  
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)  
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

**DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE**

PROFESSEUR CLEMENT PRATI RESPONSABLE  
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY CENTRE DE SIMULATION  
PROFESSEUR BENOIT DINET  
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN  
MARC PUDLO (PHARMACIE)  
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)  
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)  
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)

**RELATIONS HUMAINES DE L'UFR**

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF ASSESSEUR

**COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR**

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL ASSESSEUR RECHERCHE - PRESIDENTE  
PROFESSEUR FREDERIC AUBER VICE-PRESIDENT

**CHARGES DE MISSIONS**

*FORMATION CONTINUE* COORDINATEURS

MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT (MCF)

*HISTOIRE DE LA MEDECINE* COORDINATEURS

DOCTEUR PHILIPPE MERCET

*RELATIONS INTERNATIONALES* COORDINATEURS

DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)

DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

*ALUMNI-USB* COORDINATEUR

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER  
PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) PRESIDENT HONORAIRE

---

# MÉDECINE

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	<b>ADOTEVI</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>AUBER</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	<b>AUBIN</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jamal	<b>BAMOULID</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	<b>BARNIG</b>	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	<b>BENNABI</b>	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	<b>BESCH</b>	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	<b>BIBEAU</b>	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	<b>BIONDI</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	<b>BORG</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Kévin	<b>BOULLER</b>	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Hatem	<b>BOULAHDOUR</b>	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	<b>CHIROUZE</b>	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	<b>CHOPARD</b>	CARDIOLOGIE
M	Sidney	<b>CHOCRON</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	<b>COURIVAUD</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	<b>DAVANI</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Eric	<b>DECONINCK</b>	HÉMATOLOGIE
M	Eric	<b>DELABROUSSE</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	<b>DESMETTRE</b>	MÉDECINE D'URGENCE (DISPONIBILITE)
M.	Vincent	<b>DI MARTINO</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Alexandre	<b>DOUSSOT</b>	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Didier	<b>DUCLoux</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	<b>FEUGEAS</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	<b>GARBUIO</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	<b>GAUTHIER</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	<b>HAFFEN</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	<b>HERBEIN</b>	VIROLOGIE
M.	Bruno	<b>HEYD</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	<b>HOCQUET</b>	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	<b>JEANNOT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	<b>KLEINCLAUSS</b>	UROLOGIE
M.	Paul	<b>KUENTZ</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	<b>LAKKIS</b>	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	<b>LEPAGE</b>	ANATOMIE
M.	Quentin	<b>LEPILLER</b>	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Aurélien	<b>LOUVRIER</b>	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Eloi	<b>MAGNIN</b>	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	<b>MAGY-BERTRAND</b>	MEDECINE INTERNE

M.	Frédéric	<b>MAUNY</b>	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	<b>MENEVEAU</b>	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	<b>MEYER</b>	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	<b>MICHEL</b>	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	<b>MILLON</b>	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	<b>MOTTET</b>	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	<b>MOULIN</b>	NEUROLOGIE
M	Laurent	<b>OBERT</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	<b>PERROTTI</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	<b>PILI-FLOURY</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	<b>PITON</b>	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	<b>PRATI</b>	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	<b>PRETET</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	<b>RAMANAH</b>	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	<b>RINCKENBACH</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	<b>SAMAIN</b>	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
Mme	Marie-France	<b>SERONDE</b>	CARDIOLOGIE
M	Laurent	<b>TATU</b>	ANATOMIE
M.	Laurent	<b>TAVERNIER</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	<b>THEVENOT</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	<b>THINES</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	<b>THIRIEZ</b>	PÉDIATRIE
M.	Pierre	<b>TIBERGHIE</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	<b>TOUSSIROT</b>	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	<b>VANDEL</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES (DISPONIBILITE)
M.	Fabrice	<b>VUILLIER</b>	ANATOMIE
Mme	Lauriane	<b>VULLIEZ COADY</b>	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	<b>VUITTON</b>	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mme	Virginie	<b>WESTEEL-KAULEK</b>	PNEUMOLOGIE

### PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	<b>BRESSON</b>	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	<b>CAPELLIER</b>	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	<b>CHOPARD</b>	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	<b>CZORNY</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Benoît	<b>DEBILLY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Bernard	<b>DELBOSC</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	<b>DUMOULIN</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	<b>FELLMANN</b>	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	<b>MANTION</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	<b>MOUGIN</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	<b>PARRATTE</b>	ANATOMIE
M.	Patrick	<b>PLESIAT</b>	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	<b>ROUX</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	<b>SECHTER</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	<b>VUITTON</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	<b>WENDLING</b>	RHUMATOLOGIE

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	<b>AMIOT</b>	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Mme	Anne-Pauline	<b>BELLANGER</b>	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	<b>BEREAU</b>	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	<b>BOROT</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	<b>BOUHADDI</b>	PHYSIOLOGIE
Mme	Eleonore	<b>BRUMPT</b>	ANATOMIE
M.	Paul	<b>CALAME</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
M.	Yann	<b>CHAUSSY</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Guillaume	<b>CHARBONNIER</b>	NEUROLOGIE
M.	Alain	<b>COAQUETTE</b>	VIROLOGIE
Mme	Elsa	<b>CURTIT</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	<b>DAGUINDAU</b>	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	<b>DESMARETS</b>	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Irène	<b>GALLAIS-SEREZAL</b>	DERMATO-VENEREOLOGIE
Mme	Julie	<b>GIUSTINIANI</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
Mme	Dina	<b>IANDOLO</b>	DENTISTERIE RESTAURATRICE
M.	François	<b>LOISEL</b>	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	<b>MARX</b>	MEDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	<b>MEDEIROS</b>	NEUROLOGIE
M	Patrice	<b>MURET</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	<b>NARDIN</b>	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	<b>PELLETIER</b>	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	<b>PLUVY</b>	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
Mme	Anaïs	<b>POTRON</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	<b>SELMANI</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	<b>THIERY-VUILLEMIN</b>	CANCÉROLOGIE (DISPONIBILITE)
Mme	Célia	<b>TURCO</b>	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE CLINIQUE
M.	Frank	<b>VERHOEVEN</b>	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	<b>WEIL- VERHOEVEN</b>	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	<b>WINISZEWSKI</b>	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

Mme	Chérine	<b>ABDEL MALAK</b>	PR associé CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ;
M.	Rémi	<b>BARDET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	<b>BERTHIER</b>	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Hélène	<b>BIGEARD- JOUFFROY</b>	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	<b>BOLOT</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Marion	<b>BONVALOT</b>	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE

M.	Benoit	<b>DINET</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	<b>EUVRARD</b>	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	<b>GAY</b>	PR associé GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
M.	Marc André	<b>GOLTZENE</b>	MCF associé Médecine et santé au travail
M.	Alfredo	<b>IANDOLO</b>	PR associé DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE
M.	Abdo	<b>KHOURY</b>	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	<b>LEBEAU-JEUNET</b>	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	<b>LEPETZ</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	<b>MORENO</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	<b>PECHOUX</b>	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	<b>PERROT</b>	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	<b>RODRIGUEZ</b>	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	<b>ROMAGNA</b>	PR associé CHIRURGIE ORAL
M.	Thierry	<b>ROOS</b>	PR associé Endodontie
Mme	Esther	<b>SZWARC</b>	MCF associé SANTE AU TRAVAIL

---

## PHARMACIE

---

### PROFESSEURS

M.	Xavier	<b>BERTRAND</b>	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	<b>DEMOUGEOT</b>	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	<b>GARNACHE-OTTOU</b>	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	<b>GIRARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	<b>GODET</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	<b>GRENOUILLET</b>	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	<b>GUILLAUME</b>	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	<b>ISMAILI</b>	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	<b>LIMAT</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	<b>MEILLET</b>	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	<b>NERICH</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	<b>PELLEQUER</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	<b>REFOUVELET</b>	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	<b>SAAS</b>	IMMUNOLOGIE (DISPONIBILITE)
Mme	Marie-Christine	<b>WORONOFF-LEMSI</b>	PHARMACIE CLINIQUE

### PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	<b>NICOD</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

### MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Auréli	<b>BAGUET</b>	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	<b>BEDUNEAU</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	<b>BERMONT</b>	BIOCHIMIE
M.	Oleg	<b>BLAGOSKLONOV</b>	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	<b>BLAGOSKLONOV</b>	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	<b>BOUVIER-SLEKOVEC</b>	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	<b>CAVALLI</b>	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	<b>CLAIRET</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Jean-Patrick	<b>DASPET</b>	BIOPHYSIQUE

Mme	Sylvie	<b>SYLVIE BOBILLER - CHAUMONT</b>	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	<b>GALAINÉ</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie	<b>KROEMER</b>	PHARMACIE CLINIQUE
Mme	Jennifer	<b>LAGOUTTE-RENOSI</b>	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
Mme	Isabelle	<b>LASCOMBE</b>	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	<b>MIGUET ALFONSI</b>	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	<b>MORETTO</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	<b>MOULARI</b>	PHARMACIE GALENIQUE
M.	Frédéric	<b>MUYARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	<b>PUDLO</b>	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	<b>RENOSI</b>	HEMTOLOGIE
MME	Nathalie	<b>RUDE</b>	BIOMATHÉMATIQUES ET BIOSTATISTIQUES
M.	François	<b>SENEJOUX</b>	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	<b>TOTOSON</b>	PHARMACOLOGIE

### ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	<b>PAZART</b>	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Anne-Charlotte	<b>GRILLON</b>	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

### PROFESSIONS DE SANTE

Mme	Aline	<b>CHASSAGNE</b>	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	<b>DEVEVEY</b>	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	<b>KUBICKI</b>	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
M.	Yoshimasa	<b>SAGAWA JUNIOR</b>	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Julie	<b>LAPREVOTTE</b>	MAST ERGOTHERAPIE
MME	Aude	<b>GONCALVES</b>	MAST ERGOTHERAPIE
MME	Elodie	<b>DAMBRINE</b>	MAST ERGOTHERAPIE
MME	Clémence	<b>VAILLIER</b>	MAST PSYCHOMOTRICITE
M	Pierrick	<b>BOYER</b>	MAST PSYCHOMOTRICITE
MME	Lola	<b>VUILLAUME</b>	PAST PSYCHOMOTRICITE

### AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Vanessa	<b>MARTIN</b>	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Charles Dale	<b>SANTANA</b>	PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS
M.	Gulcin	<b>KABAKCI</b>	PROFESSEUR CERTIFIEE ANGLAIS
M.	Keith	<b>BRAND</b>	PROFESSEUR CERTIFIE ANGLAIS

Mise à jour 24/09/2024



# Remerciements

Au **Professeur Djamila BENNABI**. Vous m'avez fait l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour la confiance que vous m'avez accordée et pour votre disponibilité.

Au **Professeur Lauriane VULLIEZ COADY**. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assurée de ma gratitude et de ma plus grande considération.

À ma directrice de thèse, le **docteur Anne-Lise TREMEAU**, qui m'a accompagné lors de ce travail, malgré toutes les péripéties.

Aux membres du jury, les **docteurs Anne-Lise BOLOT** et **Aurore LEBEAU**, pour avoir accepté de juger cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

À ma conjointe, qui m'a assurée de son support tout au long de notre aventure commune, qui ne fait que commencer.

À mes enfants, dont les sourires innocents égayent mes journées.

À mes parents, pour leur soutien indéfectible durant toute ma scolarité et leur précieuse relecture.

À la Maison de santé de Montret, futurs collègues, pour votre accueil et votre bienveillance.



## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.*

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

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

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

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*



## **Glossaire**

<b>1 Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2 Méthode</b>	<b>5</b>
<b>3 Méthodes de dépistage</b>	<b>9</b>
<b>4 Prévalence</b>	<b>13</b>
<b>5 Facteurs de risque et protecteurs</b>	<b>19</b>
<b>6 Prise en charge</b>	<b>31</b>
<b>7 Conclusion</b>	<b>39</b>
<b>Appendice</b>	<b>41</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>51</b>
<b>Table des matières</b>	<b>63</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>65</b>
<b>Table des figures</b>	<b>67</b>



# Glossaire

---

BDI-2	Beck Depression Inventory-II
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DASS	Depression Anxiety Stress Scale-21
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5e édition
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GHQ28	General Health Questionnaire
GMDS	Gotland Male Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IC	Intervalle de confiance
K6	Kessler Psychological Distress Scale
OR	Odds-ratio, rapport de côte
PDSS	Post-partum Depression Screening Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PPD	Dépression post-partum paternelle
SCID-IV	Structured Clinical Interview for DSM-IV, entretien clinique guidé par le DSM-IV
WQ	Whooley Questions

---



# Chapitre 1

## Introduction

La dépression post-partum est une entité bien étudiée chez les femmes. Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5e édition (DSM-5) [1], ne fait pourtant état que d'un épisode dépressif caractérisé (Figure 1.1) avec une mention de début durant le péripartum, principalement après l'accouchement. Il n'en explore pas les spécificités et ne fait aucune mention de son existence chez l'homme.

La grossesse et la naissance d'un enfant sont des expériences importantes dans la vie d'une femme et d'un homme. Ces changements profonds de paradigme de vie peuvent entraîner des vulnérabilités et permettre l'apparition ou la résurgence de troubles psychiatriques, qui peuvent alors être passager ou se chroniciser. La portée de la dépression post-partum va au-delà de la santé du parent. Elle influe sur le co-parent mais aussi sur les enfants via une atteinte cognitive, socio émotionnelle, du langage, motrice mais aussi sur la gestion du comportement depuis le stade du nourrisson jusqu'à l'adolescence [2].

Le diagnostic de dépression post-partum paternelle (PPD sous acronyme anglais pour *paternal post-partum depression*) est moins aisé. Cette entité est reprise dans une littérature grandissante mais n'est pas mentionnée dans le référentiel de psychiatrie.

Dès les années 1970-80 la littérature commence à s'intéresser aux effets de la naissance sur le psychisme du père [3]. Les sociologues [4,5] évoquent que les pères vont faire l'expérience d'une transition conflictuelle entre le rôle traditionnel du père qui est celui qui subvient aux besoins du foyer et celui du père qui s'implique pour ses enfants. De plus l'emploi grandissant des femmes risque d'influer sur les rôles traditionnels. Ils évaluent à l'époque que ces changements faits sans réelle ligne de conduite socialement acceptée vont influer sur la santé mentale du père.

Les premières recherches confirment que celui-ci commence à prendre une part

plus importante dans le rôle du parent. Par exemple les tâches ménagères sont réorganisées pour l'inclure, ce qui contribue à une fatigue majorée dans le post-partum. De même, la relation avec la conjointe peut subir des changements et les considérations financières évoluent [6,7].

Dans une revue systématique d'études qualitatives sur la santé mentale des nouveaux pères, plusieurs axes sont évoqués [8] :

- L'identité paternelle, qui donne un nouveau rôle au père et qui annonce un changement dans les priorités et les responsabilités. Les pères se cherchent alors à être "un bon père" et "faire au mieux".
- Les challenges dus à la parentalité qui se cumulent. La balance vie privée et vie professionnelle, la relation avec la mère qui évolue tout autant que leur sexualité et la difficulté à créer un lien avec le bébé.
- La présence d'émotions négatives et les nouvelles peurs. La difficulté à trouver sa place, le sentiment d'inutilité durant la grossesse ou les premiers jours de vie sont des inquiétudes nouvelles.
- Le stress et les stratégies d'évitement. Ces changements de vie peuvent entraîner une augmentation de la fatigue, de l'irritabilité et de la frustration.
- Le manque de support qu'il soit familial ou professionnel car non considérés à part égal avec la mère. Les pères retrouvaient aussi une absence de ressources qui leur sont dédiées.

Cependant Baldwin et al. [8] remarquent que lorsque la grossesse et la transition vers la parentalité se passe de manière adéquate, l'expérience est gratifiante. Ils décrivent aussi que ce sont les pères qui reconnaissent qu'ils doivent changer et qu'ils doivent agir de concert avec la mère qui s'ajustent le mieux.

Zelkowitz et al. [9] montrent, en combinant l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), la *Symptom checklist 90-R* et une entrevue clinique, que les symptômes psychologiques sont majorés par la présence d'éléments stressant mais diminués par la présence de soutien de sources différentes (noyau familial, amis ou travail).

Dans la littérature existante, Cameron et al. [10] retrouvent que la prévalence de ces troubles est initialement très variable selon les études, en fonction des tailles d'échantillon, les mesures utilisées pour le dépistage, le diagnostic ou encore le moment des prises de mesures dans la périnatalité. Comme il n'est pas retrouvé de consensus pour l'établissement du diagnostic, de très nombreuses échelles sont alors utilisées pour essayer de définir la dépression post-partum paternelle et ses causes.

Le but de cette étude est de faire un état des connaissances actuelles de la dépression post-partum paternelle en recherchant sa prévalence, ses facteurs favorisants et protecteurs et les modalités de prise en charge, à l'aide d'une revue de la littérature

publiée entre 2016 et 2023.

<p>A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être 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. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.</p> <p>(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.</p> <p>(2) Diminution marquée 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).</p> <p>(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.</p> <p>(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.</p> <p>(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).</p> <p>(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.</p> <p>(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).</p> <p>(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).</p> <p>(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.</p> <p>B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.</p> <p>C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.</p> <p>NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.</p> <p>NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.</p> <p>Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.</p> <p>D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.</p> <p>E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p>
---

FIGURE 1.1 – Proposition de traduction de l'entrée dépression du DSM-5 par l'HAS

# Chapitre 2

## Méthode

Cette revue de la littérature a été réalisée avec les critères de recherche suivants :

- Toute étude en langue française ou anglaise.
- Concernant la dépression post-partum paternelle, sa prévalence, ses facteurs de risques ou protecteurs et les études des prises en charge,
- Dont les données sont accessibles en ligne,
- Pour des grossesses sans facteurs de risque avec des enfants nés sains.
- Entre 2016 et 2023.
- Dans les bases de données Pubmed et PsychInfo.

Avec comme équation de recherche, développée à l'aide de la bibliothèque universitaire de l'UFR de Franche-Comté :

```
((((((((((fathers[MeSH Terms]) OR (Father*)) OR (paternity[MeSH Terms])) OR (patern*) OR (Father-Child Relations[MeSH Terms])) OR (Male[MeSH Major Topic])) OR (Male/psychology[MeSH Terms])) OR (Men/psychology[MeSH Terms])) AND (((((((((((Anxiety[MeSH Terms]) OR (Anxiety)) OR (Nervousness)) OR (Anxiousness)) OR (Depression[MeSH Terms])) OR (Depression*) OR (Depressiv*)) OR (Depressive Disorder[MeSH Terms])) OR (Stress, Psychological[MeSH Terms])) OR (Stress)) OR (Psychological Distress[MeSH Terms])) OR (distress))) AND (((birth) OR (perinatal*)) OR (prenatal*)) OR (postnatal*))
```

Ont été exclues toute étude dont le texte intégral n'a pas pu être récupéré et dont les données brutes n'étaient pas disponibles.

Les données ont été assemblées dans un tableur Excel puis pré-incluses une à une en fonction du titre ou de l'abstract. Ensuite un nouveau tri a été organisé par lecture de l'article pour savoir s'il correspondait à une des trois catégories : prévalence,

facteurs modulateurs et prise en charge. Enfin un dernier tri a été organisé au sein de chaque catégorie une fois les données extraites.

À chaque étude incluse, les données suivantes ont été tirées : la date de publication, le pays de réalisation de l'étude, la taille de l'échantillon, le type d'échelle utilisé pour dépister la dépression, l'âge moyen des participants masculins.

Pour la catégorie prévalence ont été ajoutées la mesure de la prévalence en pourcentage et la date de remise du questionnaire transformée en numéraire, qui représente le délai entre la naissance et le remplissage du questionnaire. Cette transformation a respecté au plus près la date indiquée dans l'article (par exemple si l'article a évalué entre 3 et 6 mois mais que la majorité des participants a été évalué au 3e mois, il sera noté en tant que 3e mois, sinon il sera noté de la moyenne 4.5 mois). De même 6 semaines post-partum devient 1.5 mois post-partum. Lorsque plusieurs valeurs sont intégrées au sein d'une même tranche (par exemple au deuxième jour et au premier mois) seule la première est indiquée et si cette distinction est non disponible la plus sensible est indiquée. Enfin, le seuil retenu de chaque échelle utilisée si indiqué. Si plusieurs échelles sont présentes au sein de la même tranche, la valeur la plus sensible est indiquée.

Pour les facteurs favorisant et protecteurs ont été ajoutés : la date de remise du questionnaire, transformée comme précédemment indiqué, les odds-ratio et risques relatifs ainsi que leurs intervalles de confiance si indiqués. Des conversions ont pu être réalisées en fonction des valeurs retrouvées (par exemple odds ratio =  $\exp(B)$ ). Pour plus de lisibilité car les questions posées par les auteurs sont très variées, ces facteurs ont été regroupés en différentes catégories.

Pour la prise en charge ont été ajoutés : le type d'étude, la méthode d'intervention utilisée ainsi que les principaux thèmes abordés.

Il est à noter qu'aucun tri n'a été fait entre la paternité biologique et la paternité sociale. La majorité des études lues lors de la recherche bibliographique ne posait pas la question lors de l'inclusion et il était admis que la personne masculine accompagnant la femme enceinte était le père. Seules quelques études dans la catégorie prise en charge faisaient explicitement la différence et les co-parents non biologiques sont en grande minorité. Toutes les personnes ayant donc répondu aux questionnaires sur cette thèse seront donc nommées pères indistinctement.

L'analyse des données et les figures ont été réalisées avec JASP 0.19.1, Excel et Power Point (Microsoft 365). L'organigramme décisionnel (Figure 2.1) est indiqué ci-dessous.

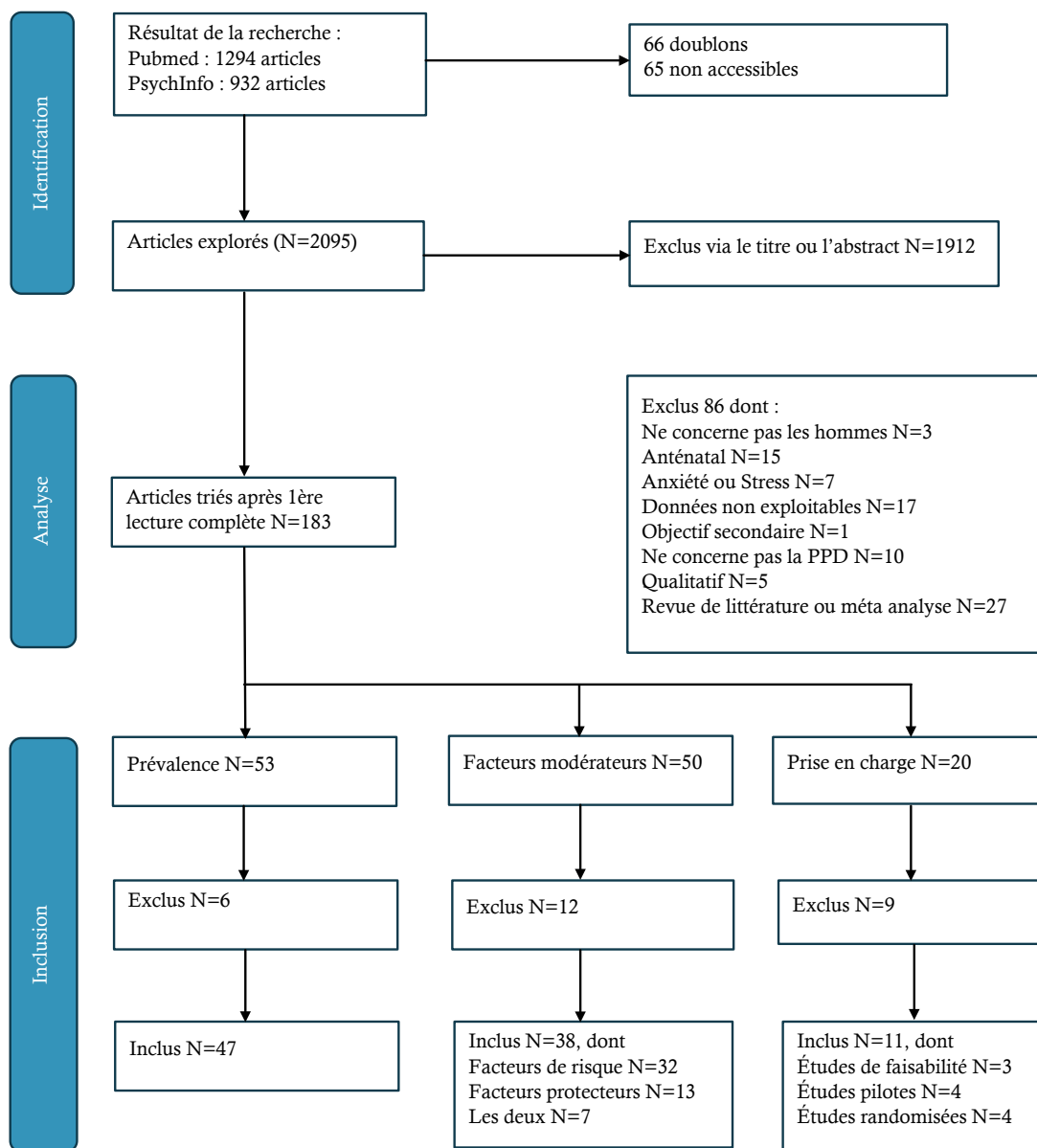


FIGURE 2.1 – Flowchart



# Chapitre 3

## Méthodes de dépistage

### 3.1 Échelles

Il existe de nombreuses méthodes pour dépister la PPD. Les auteurs recensés dans cette étude en ont utilisé dix différentes (Figure 3.1). Toutes sont des auto questionnaires administrable dans un temps restreint. Afin d'éviter un biais de mémorisation, elles évaluent toutes la dépression dans une temporalité restreinte, de moins d'un mois à moins d'une semaine.

La plus représentée dans notre étude est l'EPDS (la traduction française est disponible en appendice : Figure 7.1).

Ces outils sont avant tout des moyens de dépistages bien que de nombreux auteurs l'utilisent comme moyen de diagnostic. Ils peuvent être aussi utilisés comme moyen de suivi au cours du temps.

Chacun de ces outils a une cohérence interne validée en langue originale (alpha de Cronbach  $> 0.7$ ), montrant qu'il sont reproductibles et que chaque item n'est pas redondant avec les autres. Cependant, chaque échelle nécessite sa propre validation selon la population sur laquelle ils sont utilisés.

Sigle	Nom	Nb d'item	Temporalité	Résumé	Traduction en français	Validé en français
BDI-2 [11]	<i>Beck Depression Inventory-II</i>	21	2 semaines	Auto questionnaire historique pour mesurer la dépression clinique	oui	oui, mais pas en post-partum masculin
CES-D [12]	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>	20	7 jours	Auto questionnaire pour mesurer la dépression en population générale	oui	oui, mais pas en post-partum masculin
EPDS [13]	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>	10	7 jours	Auto questionnaire créé pour le dépistage de la dépression post-partum maternelle	oui	oui mais pas pour la France
GHQ28 [14]	<i>General Health Questionnaire</i>	28	2-3 semaines	Auto questionnaire pour détecter un trouble psychologique ; 6 items spécifiques à la dépression	oui	oui, mais pas en post-partum masculin
GMDS [15]	<i>Gotland Male Depression Scale</i>	13	1 mois	Auto questionnaire récent pour dépister la dépression chez l'homme	oui	non
K6 [16]	<i>Kessler Psychological Distress Scale</i>	6	1 mois	Auto questionnaire pour dépister la détresse psychologique	oui	non
PDSS [17]	<i>Post-partum Depression Screening Scale</i>	35		Auto questionnaire pour dépister la dépression post-partum chez les nouvelles mères	non	non
PHQ-9 [18]	<i>Patient Health Questionnaire</i>	9	2 semaines	Auto questionnaire pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression	oui	non
SCID-IV	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>			Interrogatoire par un clinicien formé : le gold standard pour le diagnostic		
WQ [19]	<i>Whooley Questions</i>	2	1 mois	Auto questionnaire court. Positif si oui à au moins une question	non	non

TABLE 3.1 – Méthodes communes de dépistage de la dépression

## 3.2 Validation d'une échelle

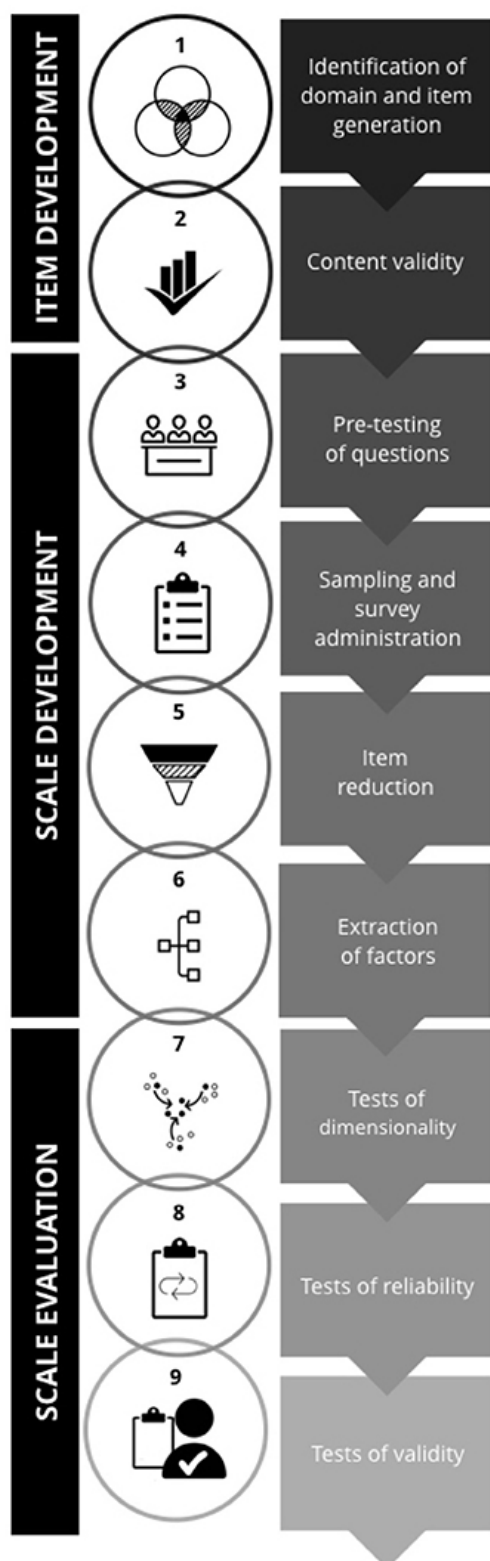


FIGURE 3.1 – Étapes de validation d'une échelle

Construire et valider une échelle est un processus complexe.

Boateng et al. [20] nous proposent une visualisation graphique du processus en neuf étapes sur la Figure 3.1. Chacune de ces étapes peut nécessiter de nombreux tests statistiques, une formulation claire, pour permettre une grande reproductibilité au sein d'une population donnée. Il doit y avoir une attention particulière à la création de chaque item du questionnaire, il doit être simple, clair, cohérent avec le thème mais surtout non redondant (alpha de Cronbach) [21,22].

Berg et al. [23] montrent que parmi toutes les échelles utilisées dans la PPD, très peu sont validées dans une autre langue que l'originale (généralement l'anglais) et encore plus rarement pour une population masculine.

L'EPDS semble la plus pertinente, créée en 1987 par Cox et al. [13] c'est un auto-questionnaire en dix questions, cotées de 0 à 3, qui demande aux femmes qui viennent d'enfanter, d'exprimer leurs émotions ressenties sur les sept derniers jours. Le total est la somme des scores pouvant aller de 0 à 30. Le seuil initial validé par Cox et al. était entre 9 et 10 (9,5) pour une "possible dépression" et entre 12 et 13 (12,5) pour une "probable dépression". Sa facilité de mise en place et sa rapidité à compléter (moins de cinq minutes) en font un outil efficace pour détecter des signes de dépression dans le

post-partum.

Elle a été validée en 2001 en langue anglaise par Matthey et al [24] dans la dépression post-partum paternelle avec le même seuil entre 9 et 10, pour une population australienne. Certains auteurs gardent ce même seuil pour leur étude, cependant il serait à adapter à chaque population [25].

En effet, Shafian et al. [25] ont analysé la validation de l'EPDS chez l'homme selon les pays. Seuls sept pays proposent une validation dans leur langue et pour leur population : l'Arabie Saoudite, l'Australie, Hong-Kong, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et le Vietnam avec des seuils pouvant aller de 4 à 10. Si le seuil considéré par l'auteur est entre 7 et 10 alors la sensibilité moyenne se situe entre 0,71 (IC95% : 0,62–0,79) et 0,87 (IC95% 0,78–0,93), et la spécificité moyenne entre 0,71 (IC95% 0,68–0,74) et 0,86 (IC95% 0,83–0,87).

L'unique validation de l'EPDS en français date de 1998 et est validée seulement pour les femmes [26] avec un seuil entre 10 et 11 (10,5). Elle a été comparée au GHQ-28 et CES-D mais n'a pas été vérifiée par des entretiens cliniques guidés par le DSM-5 (SCID). Ce seuil différant des recommandations de Shafian et al. [25] montre bien qu'il est nécessaire de l'adapter à chaque population.

Pour mieux généraliser les résultats d'une étude sur la PPD en France, il est nécessaire de réaliser ces tests avec une population masculine et les comparer aux entretiens guidés par le DSM-5 par des cliniciens, ce qui n'a pas encore été fait à ce jour.

# Chapitre 4

## Prévalence

### 4.1 Résultats

Quarante sept articles ont été inclus, provenant de 18 pays différents répartis sur 6 zones géographiques différentes, représentant 45 289 pères. Les prévalences sont très disparates (de 0.01% à 55.4%) et la prévalence moyenne globale est de **12.16%** (IC 95% 10,4-13,9%). Les tailles d'échantillon varient considérablement (N=51-12 386) avec une médiane à 396 participants. L'âge moyen est supérieur à 30 ans et inférieur à 35 ans, son calcul exact étant impossible car certaines études utilisent des tranches d'âge. La table 7.1, en appendice, référence les résultats pour chaque étude.

#### 4.1.1 Par échelle de dépistage

Dans notre étude, parmi les 9 méthodes de dépistage de la PPD (sans compter l'entretien clinique), l'échelle majoritairement utilisée est l'EPDS, que l'on retrouve 39 fois (sur 48 études). Les autres échelles utilisées dans cette partie sont le CES-D, le PDSS, le PHQ-9, le GHQ-28, l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) et les questions Whooley.

Sept études ont utilisé plus d'un seuil :

- Carlberg et al. [27], ont utilisé à la fois l'EPDS aux seuils de 9 et 11, deux seuils différents car comme dit précédemment les études de validation possèdent des seuils différents. Ainsi que le GMDS au seuil de 12 qui indique une possible dépression majeure,
- Carmela et al. [28], le PDSS aux seuils de 60-79, pour des "symptômes significatifs" et supérieur à 80 pour "dépistage positif" de la PPD,
- Giallo et al. [29] le PHQ-9 aux seuils de 4-8 pour dépression légère, 9-13 pour dépression modérée, 14-18 pour dépression modérément sévère et supérieur à

- 19 pour dépression sévère,
- Gray et al. [30], l'EPDS à trois seuils différents dont supérieur à 8 et 12 car ce sont les seuils les plus communs retrouvés dans les études et supérieur à 9 car semblant mieux correspondre à leur population,
  - Philpott et al. [31], l'EPDS aux seuils de supérieur à 8 et 11, représentant respectivement un risque de dépression mineure et majeure,
  - Philpott et Corcoran [32], l'EPDS aux mêmes seuils que précédemment,
  - Vismara et al. [33], l'EPDS aux seuils de supérieur à 8, ce qui correspond à la validation italienne chez la femme et supérieur à 12 ce qui correspond aux valeurs proposées par Cox et al. [13] pour une dépression sévère.

Pour l'échelle EPDS, les seuils utilisés varient grandement allant de supérieur ou égal à 8, jusqu'à supérieur ou égal à 13, le seuil majoritairement utilisé est supérieur ou égal à 10. Il est nécessaire de rappeler que l'EPDS a été inventé pour dépister la dépression périnatale chez la femme britannique et que depuis, de nombreuses études la valident avec des seuils différents selon les pays, mais la plupart de ces validations concernent les femmes.

#### 4.1.2 Par pays

Des 6 zones géographiques représentées, que sont l'Afrique, l'Amérique du Nord, l'Asie du Sud-Est, l'Europe, le Moyen-Orient et l'Océanie, c'est en Europe qu'est tirée la plus grande part des articles (36.1%). La Suède est le pays le plus représenté avec N=7 articles. En Asie du Sud Est on observe une différence de prévalence élevée entre la Chine avec une prévalence moyenne sur 4 études de 20.52%, et le Japon avec une moyenne sur 4 études de 10.79% pour des échantillons de population similaires. Ce qui met en exergue que les pays dit émergents (ceux du Moyen-Orient, la Chine et la Jamaïque) présentent une prévalence plus élevée que les pays dit du Nord. Le Niger est une exception avec la prévalence moyenne la plus basse de notre recherche (4.45%). Cette différence est significative ( $p=0.028$ ).

Le cas du Niger peut être dû à sa méthode, qui, à l'opposé des autres études, n'a utilisé aucune échelle de dépistage mais uniquement des entretiens semi-structurés (SCID). En effet, Lyubenova et al. [34] et Levis et al. [35] révèlent que les échelles de dépistage ont tendance à surestimer le diagnostic de dépression.

En ce qui concerne l'Australie avec Giallo et al. [29], l'utilisation de quatre seuils différents du PHQ-9 rend son interprétation difficile. Si l'on utilise le seuil proposé initialement par Kroenke et al. [18], qui est de supérieur ou égal à 15, alors le résultats serait de 3,5% (7/205).

Pays	Nombre d'étude	Nombre de données	Taille d'échantillon	Prévalence moyenne
<b>Afrique</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>331</b>	<b>4,45%</b>
Niger	1	2	331	4,45%
<b>Amérique du Nord</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>9 367</b>	<b>9,41%</b>
Canada	4	11	4 515	9,18%
Jamaïque	1	3	3 425	8,07%
Etats-Unis	2	6	1 427	10,52%
<b>Asie du Sud-Est</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>2 663</b>	<b>13,86%</b>
Chine	4	6	1 130	20,52%
Japon	4	13	1 533	10,79%
<b>Europe</b>	<b>17</b>	<b>30</b>	<b>25 925</b>	<b>11,96%</b>
Allemagne	1	1	276	5,40%
Finlande	2	6	2 160	7,47%
France	1	1	12 386	7,02%
Irlande	2	4	435	19,30%
Italie	4	8	3 911	12,79%
Suède	7	10	6 757	11,48%
<b>Moyen-Orient</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>1 974</b>	<b>21,44%</b>
Arabie Saoudite	1	1	290	27,90%
Iran	4	5	1 244	20,92%
Pakistan	1	1	51	23,50%
Turquie	3	4	389	19,95%
<b>Océanie</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5 029</b>	<b>10,61%</b>
Australie	3	6	1 390	11,42%
Nouvelle-Zélande	2	2	3 639	8,15%

TABLE 4.1 – Prévalence par pays

### 4.1.3 Par date d'inclusion

Lorsque l'on regarde la prévalence moyenne indexée par la date d'inclusion des patients, on peut observer une relative stabilité de cette moyenne en fonction du temps :

- 13% (IC95% 9-15) au premier trimestre (Figure 4.1)
- 11% (IC95% 7-15) au deuxième trimestre (Figure 4.2)
- 14% (IC95% 10-16) au troisième trimestre (Figure 4.3)
- 12% (IC95% 8-16) au quatrième trimestre (Figure 4.4)
- puis une chute sur la deuxième année avec 8% (IC95% 6-11) (Figure 4.5)

On peut observer que le nombre de mesure diminue avec le temps, avec seulement 4 mesures après 12 mois. Ces données sont similaires avec celles de Cameron et al. [10]

sauf pour le post-partum immédiat qui était à 8% (IC95% 6-10) contre 13% (IC95% 9-15) dans notre étude.

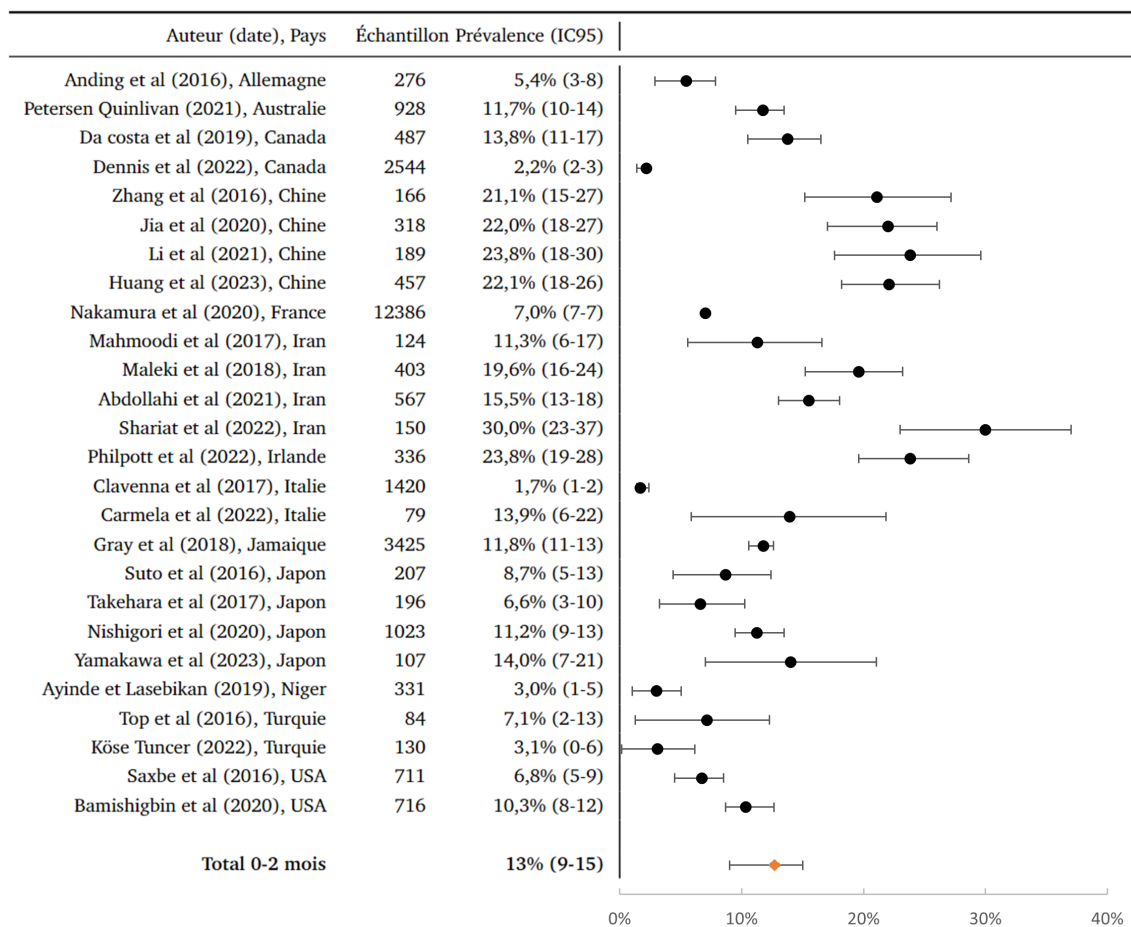


FIGURE 4.1 – Prévalence 0-2 mois

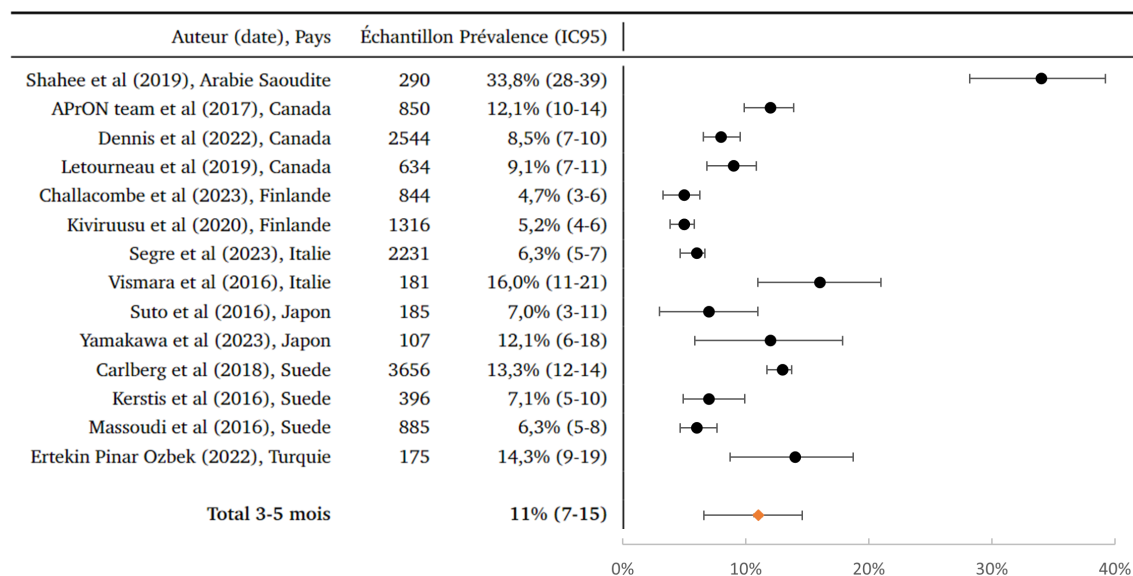


FIGURE 4.2 – Prévalence 3-5 mois

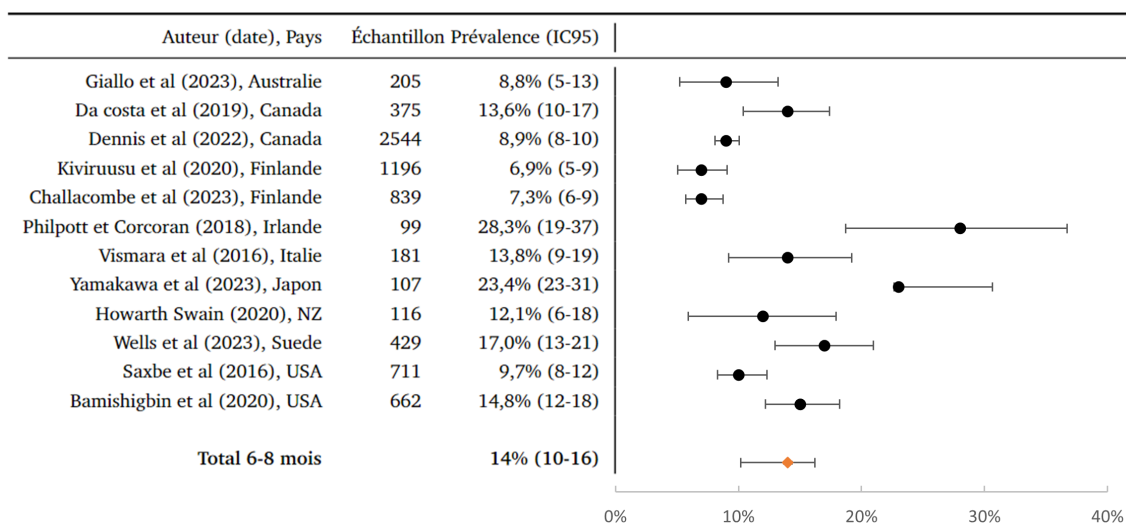


FIGURE 4.3 – Prévalence 6-8 mois

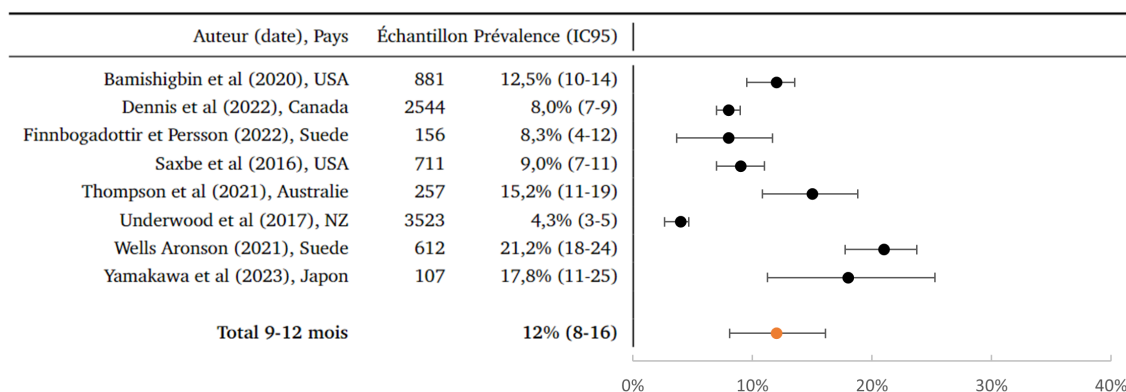


FIGURE 4.4 – Prévalence 9-12 mois

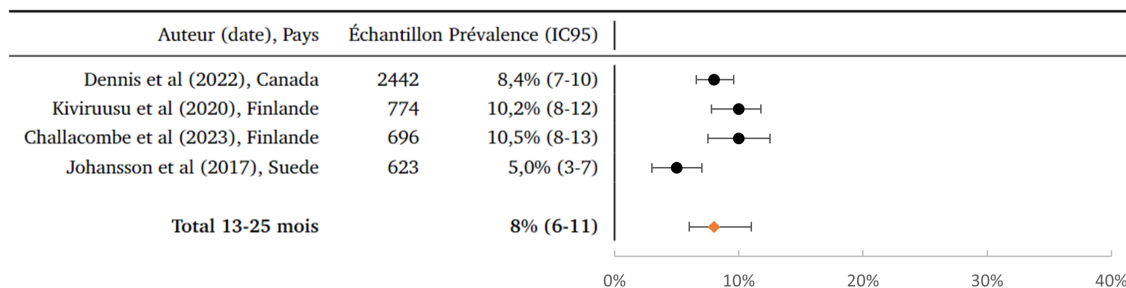


FIGURE 4.5 – Prévalence 13-25 mois

## 4.2 Discussion

En 2010, Paulson et al. [36] identifient 43 études entre janvier 1980 et octobre 2009 impliquant 28004 participants, dans lesquelles la prévalence globale varie entre 1% et 34% mais pour une moyenne de 10,4% (IC95% , 8.5-12.7). Cameron et al [10] actualisent ces données pour retrouver une prévalence globale de 8,4% (IC95% 7,2-9,6). Cependant ces deux méta-analyses incluent aussi la dépression pré-partum. La prévalence post-partum est située entre 8% et 13%, sans effet significatif du temps sur la prévalence.

Selon le Baromètre de Santé publique en France en 2021, 9,3% des hommes âgés de 18-85 ans auraient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois [37], avec 11.8% chez les 25-34 ans, ce qui correspond à la tranche d'âge des patients atteint de dépression post-partum paternelle. Il serait intéressant que cette étude inclue le paramètre d'avoir eu un enfant dans l'année afin d'obtenir des données robustes quant à l'importance de la naissance sur le psyché d'un homme. Cette prévalence masculine reste cependant relativement moins élevée que chez la femme, Liu et al retrouvant 14% [38] et même 17% pour Shorey et al. [39].

Les pays en voie de développement sont les plus atteints, en particulier la Chine, la Turquie, ou l'Iran ce qui pourrait indiquer que les conditions socio-économiques sont des facteurs importants dans l'incidence de la dépression post-partum.

Une seule étude française, celle de Nakamura et al. [40] est recensée dans notre étude, avec une cohorte de 12 386 couples. Chez les hommes, elle retrouve une prévalence de 7%. Cependant la prévalence est estimée à l'aide d'un seuil de 10 et plus sur l'échelle EPDS, un seuil choisi en se basant sur les travaux de Edmonson et al. [41]. Ces derniers n'ont validé l'échelle que pour la population britannique, et avec un seuil de 11 et plus. Comme évoqué dans la partie précédente, il faudrait valider cette échelle dans la population masculine française et définir les seuils de positivité. Il serait intéressant d'organiser une telle étude avec un comparatif avec des interrogatoires semi-structurés, ce qui validerait les travaux de Nakamura et al.

La dépression post-partum paternelle est de mieux en mieux étudiée avec le temps et les chiffres de prévalence montrent que c'est un événement qui touche de nombreux français, bien que celle-ci soit encore trop peu évoquée par les autorités. Sa prévalence est si importante qu'elle mérite une mention dans le DSM 5 ainsi qu'une meilleure information tant auprès des professionnels de santé que de la population générale ce qui permettrait de mieux la dépister. En ce sens, on peut déjà retrouver des articles comme sur le site de la Caisse des Allocations Familiales [42] ou bien celui de Naître et Grandir [43], destinés aux nouveaux parents.

# Chapitre 5

## Facteurs de risque et protecteurs

### 5.1 Facteurs de risque

Trente deux études ont été retrouvées sur 17 pays différents avec 43 382 patients. La Suède, le Japon et les USA présentent quatre études, suivis du Canada et de l'Italie avec trois études chacun. Seize catégories différentes ont été créées pour essayer de rassembler les différents facteurs de risque recherchés. Dans la catégorie "autre" sont rassemblées des données qui n'ont été présentées qu'une seule fois.

Représenté par la Figure 5.1, nous retrouvons les catégories de facteurs de risque associées à la dépression post-partum paternelle, chaque point représentant un odds-ratio, peu importe la temporalité dans lequel il s'inscrit. On peut observer que 86% des données représentent des odds-ratio strictement inférieurs à 5 et 48% strictement inférieurs à 2.

Parmi les seize catégories recherchées dans les facteurs de risque on retrouve deux catégories qui sont étudiées par plus d'un tiers des articles : les antécédents personnels de maladie psychiatrique (39%) et les facteurs socio-économiques (35%). Les catégories détresse au sein du couple, dépression maternelle et stress ou l'anxiété d'être parent sont étudiées par 22% des auteurs.

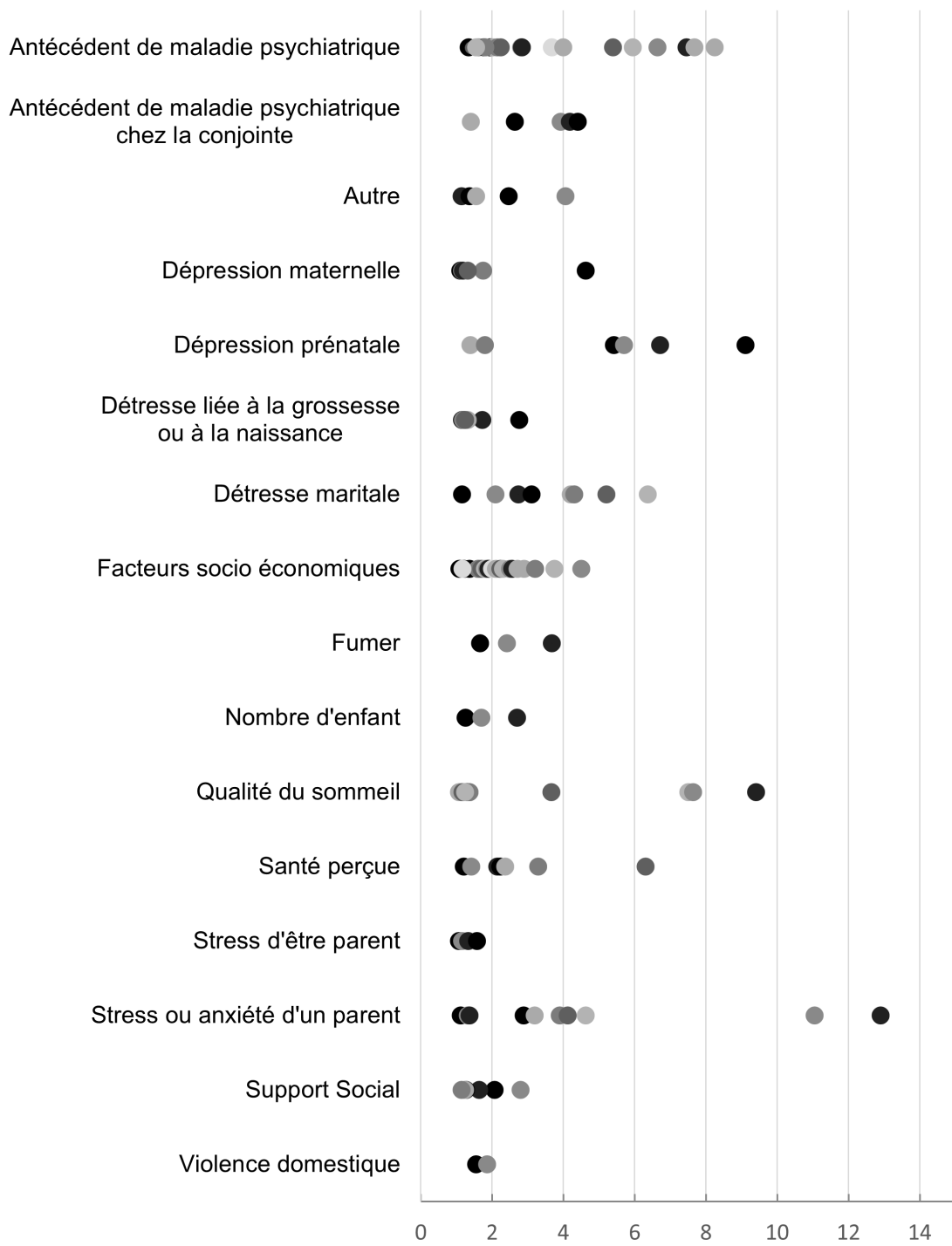


FIGURE 5.1 – Facteurs de risque

### 5.1.1 Facteurs liés à la santé mentale

La maladie psychiatrique, dans tout son spectre, prend une place prépondérante dans le risque de PPD.

Premièrement on peut retrouver les antécédents de maladie psychiatriques comme :

- le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) [44],
- les "troubles mentaux" [31, 45–47],
- la dépression, quelle que soit la temporalité mais hors peri-partum (adolescence, avant la grossesse) [31, 44, 48, 49]
- les antécédents de dépression prénatale durant la grossesse et en post-partum [50–54],
- la présence de stress ou d'anxiété [31].

Les odds-ratio sont situés entre 1,34 et 8,24 avec une moyenne non pondérée par le poids des études à 4,07.

Deuxièmement, on s'intéresse plus précisément à l'anxiété. Qu'elle soit un trait de caractère ou un état passager comme définie par la *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) [55], elle est fortement associée au risque de développer un PPD [31] en analyse univariée [OR 32,91 (IC95% 13,2-82,04)] et multivariée [OR 12,9 (IC95% 4,45-35,76)]. Dennis et al [44] montrent une stabilité de cette association au cours du temps, dans la première année du post-partum [OR 2,88 (IC95% 1,96-4,23)] et dans la deuxième [OR 3,19 (IC95% 2,22-4,59)]. Nishigori et al [45] ont préféré l'échelle Kessler-6 item (K6) qui mesure la détresse psychologique, ce qui intègre autant les éléments de dépression que d'anxiété. Le risque de PPD reste élevé si durant la grossesse le score était élevé ( $\geq 13$ ), que ce soit en début de post-partum [OR 4,1 (IC95% 1,6-10,6)] ou après 6 mois [OR 4,6 (IC95% 2,1-10,1)]. Underwood et al. [49] et Anding et al [56] montrent une association plus faible entre anxiété et risque de développer une PPD, le premier en utilisant la *Perceived Stress Scale* [OR 1,12 (IC95% 1,08-1,17)] et le second le *German Parent Stress Questionnaire* [OR 1,32].

Troisièmement, on remarque l'influence des événements de vie stressant sur le risque de PPD. Massoudi et al. [48] ont utilisé une échelle construite par Eberhard et al. [57] pour évaluer l'impact du stress déclenché par les événements de vie (par exemple séparation du couple, trouble de la relation avec le travail, les amis ou les voisins, une blessure sérieuse) dans les 12 derniers mois et retrouvent une forte association avec le risque de PPD [OR 3,9 (IC95% 1,7-9,0)]. L'équipe APrOn l'ont utilisée pour le post-partum avec une association plus faible [OR 1,36 (IC95% 1,01-1,85)].

Enfin, on s'intéresse à la trajectoire de la dépression acquise précédemment au cours de la grossesse qui est fortement associée avec le risque de PPD, entre 1,6 et 9,11

fois [46,51,58–60], alors qu'il n'y avait pas de dépression pré-existante à la grossesse.

### 5.1.2 Facteurs liés à la conjointe ou aux enfants

Les troubles au sein de la famille sont aussi des éléments que l'on retrouve associés au risque de PPD.

Un dépistage de la dépression post-partum chez la mère est associé à la dépression chez le père. L'association est significative mais de faible ampleur sur 5 études [51, 56, 59, 61, 62], avec un odds-ratio entre 1,11 et 1,75. C'est plus élevé chez Nishigori et al. [45] qui retrouve un odds-ratio à 4,61 (IC95% 2,11-10,11). Enfin, Segre et al. [63] retrouvent des données aberrantes : [OR 85,53 (IC95% 26,8-272,69)]. Cette dernière valeur s'explique par le fait que la méthode de dépistage utilisée était les questions Whooley, un questionnaire de seulement deux questions qui a une bonne valeur prédictive négative (97%) mais une valeur prédictive positive discutable (33%) [19]. Cette valeur a été retirée de la Figure 5.1 pour des questions de lisibilité.

Si sa partenaire fait l'expérience de stress durant la grossesse ou si elle possède des antécédents de stress ou d'anxiété, le risque de PPD augmente de 2,64 à 4,4 [64,65].

Les troubles au sein du couple sont associés à la dépression post-partum paternelle [30, 48], comme l'isolement parental, qu'il soit ressenti [66] ou suivant une séparation [27, 49, 64]. Ces troubles peuvent aussi être causés par des questions économiques comme avoir des dépenses mensuelles plus élevées que la médiane [67]. Cette fois-ci, les valeurs sont situées entre 1,15 et 6,36, la moyenne non pondérée est à 3,64.

La violence domestique n'a été étudiée que par Dennis et al. [44], qui l'a évaluée dans la première année [OR=1,55 (IC95% 1,16-2,06)] puis la deuxième année post-partum [OR=1,86 (IC95% 1,44-2,4)].

Bien que notre étude se concentre uniquement sur les pères d'enfants nés sains, ils peuvent au cours de leur vie peuvent être confrontés à des complications. Celles-ci pourraient influencer sur le risque de PPD, comme des comorbidités néonatales [OR 2,6 (IC95% 1,76-4,34)] [61] ou une maladie infantile sous traitement médical [OR 1.72 (IC95% 1,0-2,9)] [45].

Toujours chez le père, l'anxiété durant la grossesse et l'efficacité d'un traitement non médicamenteux pendant l'accouchement influe sur le risque de PPD. Si la mère subit des complications, ce risque augmente fortement [OR 10,9], mais les causes ne sont pas précisées [60].

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le risque induit par le fait d'être un parent

avec un enfant difficile et les complications inhérentes. Agostini et al. [50] révèle en utilisant l'échelle *Parenting Stress Index Short Form* (PSI-SF) qu'avoir un enfant difficile ou avoir une relation compliquée avec celui-ci, est associé avec le PPD. Quand l'enfant prend de l'âge et se rapproche de sa première année, le risque de PPD augmente [OR 1,58 (IC95% 1,02-2,45)] [67].

### 5.1.3 Facteurs liés à la santé physique

La qualité du sommeil est devenue récemment un sujet prépondérant dans le risque de PPD, que ce trouble soit causé par l'enfant ou des facteurs extérieurs. Da Costa et al. [51] en explore la trajectoire et que ce soit à 2 mois [OR 1,25 (IC95% 1,10-1,42)] ou à 6 mois [OR 1,37 (IC95% 1,16-1,65)] ainsi que présente depuis au moins le 3e trimestre de la grossesse (date d'inclusion), le risque augmente [OR 1,36 (IC95% 1,04-1,61)]. De la même manière Saxbe et al. montre une association positive et dyadique de la qualité du sommeil, au cours du temps, entre la première et la deuxième année [53]. Cette association est même plus forte pour Atif et al. [OR 9,4 (IC95% 1,09-21,62)] [68] et Finnbogadóttir et al. [OR 7,5 (IC95% 2-27)] [69]. Pour Segre et al. elle diminue avec le temps, entre 3 mois [OR 7,64 (IC95% 2,92-19,97)] et 6 mois [OR 3,66 (IC95% 1,41-9,5)] [63].

Plusieurs questionnaires évaluent la santé ressentie, comme le *Short-form Survey* ou le *General Health Questionnaire*, et lorsque celle-ci décroît, le risque de PPD augmente, entre 1,21 et 6,3 fois [44, 49, 61, 69].

Par ailleurs la consommation de tabac accroît aussi le risque de PPD, avec des odds ratio entre 1,66 et 3,67 fois [49, 58, 70].

### 5.1.4 Facteurs liés aux conditions sociales

En France il existe un entretien prénatal précoce, qui est proposé dès la déclaration de grossesse. Proposé à toutes les femmes, il peut être réalisé de manière individuelle ou en couple. Il vise à repérer les individus qui présentent des vulnérabilités psychosociales afin de les accompagner durant la grossesse. Pas assez connue, cette consultation est devenue totalement remboursée par la Sécurité Sociale depuis 2020 pour améliorer son accessibilité et cela aurait permis à 63% des femmes d'en bénéficier en 2023 [71]. Dans l'étude de Nakamura et al. [40], parmi les pères atteint de PPD, seuls 36,8% avait été à cet entretien (similaire chez les non dépressifs). Les auteurs expliquent que ce taux peut être expliqué par la tendance à ne pas inviter le père à cet entretien afin que la femme puisse libérer sa parole. Étonnamment, le risque de PPD est plus élevé [OR 1,14 (IC95% 1,11-1,17)] si le couple y a participé. Les auteurs

n'expliquent pas cette donnée.

Le manque voire l'absence de support de la part de son entourage : famille, amis, travail, présente un risque accru de PPD. En effet, avoir un cercle social peu étendu (moins de 4 amis ou aidant familiaux) est un facteur aggravant de la PPD [OR 2,06] [30, 48]. Massoudi et al. [48] ont intégré dans leur questionnaire le ressenti du père quant au manque de support de sa partenaire depuis que l'enfant est né. S'il est ressenti comme insuffisant alors c'est un facteur de risque de la PPD [OR 2,8 (IC95% 1,4-6,0)]. De même si le père ressent plus de problème dans la relation avec la mère après la naissance, le risque de PPD augmente [OR 5,2 (IC95% 2,2-12,6)]. Ce qui est corroboré par Nakamura et al. [40] qui ont retrouvé que le risque de PPD augmente avec le manque de support venant de la conjointe [OR 1,26 (IC95 1,23-1,30)], mais aussi avec la présence de disputes fréquentes durant la grossesse [OR 1,24 (IC95 1,17-1,30)]. Ces données sont significatives qu'il y ait présence ou non de "difficultés psychologiques" durant la grossesse, et influent autant sur la dépression post-partum paternelle, que maternelle mais aussi des deux parents en même temps.

La parité élevée (plus de 1 enfant) est associée au PPD dans deux études [OR 1,7 (IC95% 1,1-2,5)] [72], [OR 2,70 (IC95% 1,1-6,6)] [64]. Cela n'a pas été retrouvé par Finnbogadóttir et al. [69] ni Sockoll et al. Pour ce dernier il s'agit plutôt d'être un père inexpérimenté qui augmente le risque de PPD [73].

Enfin, parmi les critères les plus recherchés, on retrouve les facteurs socio-économiques que sont :

- l'influence de l'âge élevé [61],
- du faible revenu familial [27, 44, 45, 51, 58],
- de ne pas être propriétaire de son logement principal [61],
- du faible niveau d'éducation [27, 48],
- du chômage [45, 49, 51]
- du surmenage, en travaillant bien plus que la moyenne nationale [67]

Le risque de PPD est augmenté entre 1,08 et 3,20 fois pour une moyenne non pondérée à 2,03 fois.

### 5.1.5 Autres facteurs

Dans la catégorie "autre" on peut retrouver des associations avec la délinquance durant l'adolescence [OR 2,46 (IC95% 1,03-5,88)] [47], l'utilisation fréquente d'alcool (définie par les auteurs comme n'importe quelle consommation d'alcool plus de deux jours par semaine) [OR 4,06 ( $\beta$  1,4 (IC95 0,4-2,4)] [70], être victime de racisme [OR 1,14] ou utiliser l'évitement comme méthode pour tenter de se sortir de situations compliquées (coping) [OR 1,36] [74].

## 5.2 Facteurs protecteurs

Parmi les études précédemment sélectionnées, treize présentaient des facteurs protecteurs, et nous les avons à nouveau regroupé par catégorie dans la Figure 5.2, chaque point correspond à un odds-ratio.

Parmi les neuf catégories investiguant les facteurs protecteurs on retrouve surtout deux qui représentent un peu plus de la moitié des données : la satisfaction au sein du couple (30,5%) et le support social (25%).

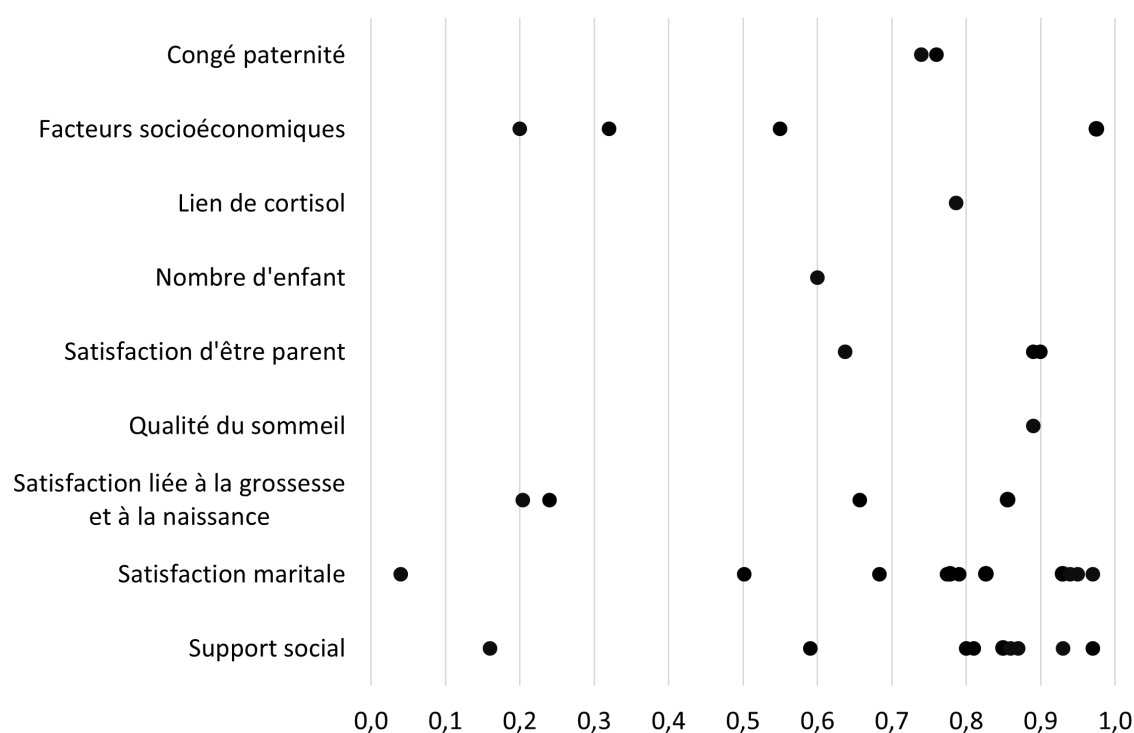


FIGURE 5.2 – Facteurs protecteurs

### 5.2.1 Facteurs liés à la dynamique du couple

Da Costa et al. [51], Sockoll et Allred [73] et Dennis et al. [44] ont utilisé dans leur étude la *Dyadic Adjustment Scale* pour évaluer l'importance du lien qui unit un père et une mère et retiennent qu'une bonne dynamique de couple revient à s'ajuster aux besoins du partenaire, en cherchant à les comprendre et en agissant sur ceux-ci de manière positive. Cela réduisant les risques de PPD de 0,68 à 0,97 fois. Ce qui est complété par la sensation de bien être au sein du couple retrouvé chez Abdollahi et al. [OR 0,04 (IC95% 0-0,2)] [61] et Anding et al. [OR 0,79] [56]. Cette première valeur très protectrice chez Abdollahi et al. peut être expliquée par leur questionnaire qui ne posait qu'une question dichotomique oui/non sur la satisfaction maritale. Anding

et al. l'ont extrait de la sous échelle du *German Parent Stress Questionnaire* avec une fiabilité modérée (indice  $\alpha$  de Cronbach 0,67). Dans le modèle proposé par J Henshaw et al. [75] c'est la satisfaction maritale de la mère qui prédit une baisse du risque de PPD. Enfin c'est à l'aide de la *ENRICH marital scale short form* que Barooj-Kiakalae et al. [62] montrent une protection face au risque de PPD. Ainsi les valeurs concordent quelle que soit l'échelle utilisée.

De la même manière, si le manque de support est un facteur de risque du PPD, être bien entouré, avoir de bonnes relations avec son voisinage, sa famille, ses amis protège du risque de PPD de 0,16 à 0,95 fois, pour une moyenne non pondérée de 0,76 [30, 44, 49, 52, 58, 61].

### 5.2.2 Facteurs liés aux enfants

Une bonne relation avec l'enfant serait protectrice du PPD, autant dans la première [OR 0,90 (IC95% 0,94-0,97)] que la seconde année post-partum [OR 0,89 (IC95% 0,87-0,92)] [44]. De la même manière prendre soin d'un enfant à deux serait préventif de la PPD au cours du temps [OR 0,64] [54].

Contrairement à la section précédente, être père d'un seul enfant serait protecteur de la PPD, y compris lorsque l'on augmente le seuil de l'EPDS [27] en diminuant le risque de 40% ([OR 0,6 (IC95% 0,4-0,8)] pour un seuil  $\geq 10$  et [OR 0,6 (IC95% 0,3-0,9)] pour un seuil  $\geq 12$ ).

Lorsque l'on investigate les paramètres liés à la grossesse et à l'accouchement, on retrouve que désirer un enfant [OR 0,2] [30], que l'accouchement soit d'une durée courte [OR 0,86] [60] ou qu'il soit bien vécu par le père [OR 0,24 (IC95% 0,11-0,54)] [31] sont des facteurs protecteurs pour la PPD.

### 5.2.3 Facteurs liés aux conditions sociales

Barry et al. [76] ont quant à eux évalué l'influence du congé paternité sur le PPD. En France le congé paternité et d'accueil de l'enfant peut être scindé en plusieurs parties et étalé sur deux mois. Les auteurs ont demandé aux patients s'ils envisageaient la prise du congé ou s'ils l'ont pris. Ils retrouvent qu'il soit juste envisagé [OR 0,76 (IC95% 0,70-0,82)] ou bien pris [OR 0,74 (IC95% 0,70-0,78)] il serait protecteur face au risque de PPD. Ce critère est indépendant du niveau d'éducation du père, du type de son contrat de travail (CDI ou CDD, travailleur indépendant, étudiant) ou du nombre d'enfant dans la famille.

Afin de soutenir ce qui a été retrouvé dans la section précédente sur l'importance

de la qualité du sommeil, Dennis et al. montrent que si une mauvaise qualité de sommeil est associée à un risque de PPD, une bonne qualité de sommeil est quand à elle protectrice du PPD [OR 0,89 (IC95% 0,80-0,98)] [44]

Enfin parmi les facteurs socio-économiques ceux qui seraient protecteurs sont :

- le nombre d'enfant qui confère une protection d'autant plus élevée que ceux ci sont nombreux (avoir deux enfants [OR 0,53 (IC95% 0,32-0,68)],
- avoir trois enfants ou plus [OR 0,30 (IC95% 0,10-0,88)] [61],
- que la mère ait un emploi [OR 0,32 (IC95% 0,12-0,83)] [61],
- avoir un âge avancé [OR 0,98 ( $\beta$  -0,025 (IC 95 -0,041 ; -0,008))] [30].

#### 5.2.4 Facteurs biologiques

Il pourrait aussi y avoir une correspondance biologique de ces troubles : dans leur étude, Khaled et al. [77] ont étudié le lien qui pouvait exister entre les taux de cortisol de la mère et du père au cours de la grossesse et leur répercussion sur le péripartum. Ce lien est défini comme une concordance des taux de cortisol du père et de la mère à un instant donné. En plus d'avancer des arguments sur la réalité de ce lien, ils montrent que plus cet écart de cortisol est étroit moins il y a de conflit et que cela est protecteur chez le père [OR 0,79 ( $\beta$  -0,24)] mais pas chez la mère.

### 5.3 Discussion

Notre étude permet de mettre en lumière les données récentes concernant différents facteurs influençant le risque de PDD au cours des deux années qui suivent la naissance de l'enfant. Ces données sont croissantes dans la littérature et permettent de mieux cibler les patients à risque, ainsi que de mieux pouvoir les aider en améliorant les points qui protègent les pères.

La grossesse et la naissance sont des événements importants dans la vie d'un homme, avec le stress et l'anxiété qui se majorent durant cette période. Les pères ayant des antécédents de dépression sont donc plus fragiles dans l'affrontement de cet événement. Les complications de la vie courante que sont par exemple le manque d'argent ou le nouveau paradigme qui s'installe dans un couple pour s'occuper de l'enfant, avec la réorganisation des tâches qui incombent à chacun peuvent exacerber les troubles précédemment ressentis. Cette fragilité atteint aussi les pères sans antécédents pour des raisons similaires.

La qualité du sommeil influe sur le risque de PPD avec des résultats concordant dans les deux sens, si la qualité est bonne, elle est protectrice, si elle est mauvaise,

elle augmente le risque. Bien que soit concordant avec les travaux de Saxbe et al. [53] cette association n'est pas systématiquement retrouvée [78]. Il est donc nécessaire de poursuivre les investigations. Avec la généralisation du congé paternité en France, qui inclue maintenant aussi les indépendants et leur permet une meilleure flexibilité à la naissance de l'enfant, il pourrait y avoir une meilleure prise en charge du sommeil. Ce qui pourrait contribuer à une diminution du risque de PPD.

Il y a aussi une discordance dans les résultats concernant la parité. La distinction entre n'avoir qu'un enfant ou être expérimenté retrouve des associations différentes. Si supérieure à un enfant, elle a été retrouvée comme associée au risque de PPD [64,72] tout comme non influente [69]. Si le père est inexpérimenté elle peut être protectrice [27] ou majorant le risque de PPD [73]. Un plus grand nombre d'étude recherchant cette caractéristique pourrait nous aider à tirer une tendance.

La qualité du support social, venant du partenaire, de la famille, du travail, y compris institutionnel modère le risque de PPD [79]. Inversement, un père subissant une PPD va voir la qualité de ses relations sociales diminuer [80]. Cette relation bilatérale tend à montrer que le soutien doit se faire le plus tôt possible afin d'éviter une interdépendance des troubles.

Une prise en charge conjointe du père et de la mère doit être proposée car l'association du risque de PPD est importante avec les troubles psychiatriques subis par la mère et cette relation est bilatérale, elle commence dans le prépartum et influe dans la qualité de vie après la naissance [81].

Les deux seules études françaises [40,76] proviennent de la même cohorte : Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance, multicentrique, suivant plus de 18 000 enfants et leurs parents depuis 2011 dont les analyses commencent à parvenir. C'est une étude puissante par son nombre de participants mais aussi par le nombre de relevés (2 mois, 1 an et 2 ans post-partum). Il est possible que de nombreuses autres données nous parviennent pour étudier précisément les facteurs modérateurs en France. Les résultats de cette cohorte sont limités par la seule utilisation d'auto-questionnaires. Il y a aussi de nombreuses données manquantes, plus de 4000 répondants n'ont pas rempli leur questionnaire EPDS. Toutefois la présence de plus de 12 000 données exploitables, tirées d'une population générale en font une étude robuste. Cette étude pourrait être améliorée par un recueil sur les antécédents psychiatriques, sur certaines comorbidités comme les troubles du sommeil, et sur la présence d'évènements de vie marquant dans l'année précédant les mesures.

Grâce aux nouvelles données sur les facteurs favorisants et protecteurs à prendre en compte, de nouvelles études pourraient voir le jour en insistant sur les antécédents

psychiatriques de chacun des membres du couple, les relations dyadiques, l'importance du support social afin de pouvoir agir sur les risques de PPD. Le trop grand nombre d'échelles de mesure différentes limite l'interprétation des résultats, tenter de les uniformiser pourrait permettre une validation externe plus importante. Dans le cas particulier français, l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance est un grand pas en avant dans la compréhension des facteurs modérateurs. Cependant comme évoqué précédemment, il serait intéressant de valider l'échelle EPDS pour la population française afin d'en valider les résultats.

La connaissance de ces facteurs modérateurs peut avoir une conséquence clinique en renforçant les points sur lesquels le système institutionnel peut agir à grande échelle, comme des campagnes de prévention et d'information, la mise en place de groupe de soutien, ou bien un dépistage systématisé. Il serait aussi intéressant d'organiser une action au plus près des patients, que ce soit par le médecin généraliste ou à la maternité, qui restent trop peu informés de l'existence de la PPD [82].



# Chapitre 6

## Prise en charge

### 6.1 Résultats généraux

Nous retrouvons 11 articles (qui représentent 10 études, si l'on considère que Hamil et al. [83] et Tandon et al. [84] utilisent la même cohorte) provenant de 6 pays différents à travers le monde : l'Australie, la Chine, l'Iran, le Pakistan, le Royaume-Uni, les USA. Parmi ces 11 articles, trois sont des études de faisabilité, quatre sont des études pilotes et quatre sont des études randomisées. Aucune étude n'évalue un traitement chimique. Les principales méthodes de chaque étude ainsi que leurs résultats sont présentées dans la table 6.1.

Toutes sont des évaluations d'interventions proposées pour les hommes, généralement en fin de grossesse, afin de tenter de réduire le risque de PPD. L'effectif des échantillons va de 16 à 520 avec une médiane à 71. Six études ont utilisé l'échelle EPDS, trois l'échelle BDI-2, une la *Depression Anxiety Stress Scale-21* (DAS-21) et une la *Kessler-6*.

Pour Fletcher et al [85], Mihelic et al [86] et Tandon et al [84], aucun effet significatif sur le risque de PPD n'a pu être démontré.

Trois études randomisées sur quatre présentent une diminution significative des symptômes dépressif dans le temps. Mihelic et al [86] expliquent leurs résultats par une participation assez faible aux interventions, surtout lors des suivis téléphoniques ce qui limiterait le maintien des acquis, une attrition importante et l'utilisation de méthodes de mesures destinées aux femmes, avec trop peu d'études sur leurs capacités à évaluer les hommes.

TABLE 6.1 – Prise en charge

	Auteur	Type	Recrutement	Taille	Échelle	Méthode	Résultats
1	Ammerman et al (2022), USA [87]	Randomisée	Familles défavorisées, primipares	150	BDI-2	<i>Family Foundation plus Home Visit</i> Comparaison FFHV (N=70) versus HV (N=80) 11 visites au domicile <b>Thèmes</b> : Implication du père, qualité de la coparentalité, ajustement parental, qualité parentale	Diminution du score du BDI-2 ( <i>d</i> de Cohen = 1,56), du score de PTSD ( <i>d</i> de Cohen = 0,89), du score PSI-SF ( <i>d</i> de Cohen = 1,13). Moins d'agression psychologique de la part du père
2	Battle et al (2023), USA [88]	Faisabilité	Diagnostic de dépression chez la mère	16	BDI-2	<i>Family Treatment for Post-Partum depression</i> 10 à 12 sessions sur 16 semaines. <b>Thèmes</b> : communication, résolution de problèmes, rôle au sein de la famille, contrôle du comportement, implication affective, réponse affective.	Diminution du score du BDI-2 Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées. Faible puissance.
3	Charandabi et al (2017), Iran [89]	Randomisée	Maximum 2 enfants, grossesse non compliquée	126	EPDS	2 sessions par semaine pré partum, avec un suivi téléphonique. <b>Thèmes</b> : la santé mentale, le sommeil, l'activité sportive, l'image de soi et les problèmes sexuels.	Diminution significative si contrôle sur les scores de base et sur le nombre d'enfant, à 8 semaines du début de l'intervention et à 6 semaines post-partum, ainsi que pour l'anxiété, trait comme état.
4	Fletcher et al (2017), Australie [85]	Faisabilité	Avoir un enfant dans les 6 mois, ou de moins de 3 mois via les réseaux sociaux ou les sites internet pour accouchantes	520	K6	Evaluation initiale par le K6 puis suivi via les <i>Mood Tracker</i> Envoi périodique de SMS <b>Thèmes</b> : relation avec l'enfant, support du père envers la mère, auto prise en charge du père	Absence d'effet significatif Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées
5	Hamil et al (2021), USA [83]	Pilote	Via programme de visite à domicile pré existant	30	BDI-2	<i>Father and Baby</i> 12 séances à domicile ou par téléphone, envoi de SMS. Dépend des symptômes de dépression de la mère <b>Thèmes</b> : amélioration de la santé mentale du père et soutien envers celle de la mère	Amélioration ressentie de la relation de couple, des interactions avec l'enfant, du management du stress Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées

TABLE 6.1 – suite

	Auteur	Type	Recrutement	Taille	Échelle	Méthode	Résultats
6	Husain et al (2021), Pakistan [90]	Faisabilité	Père diagnostiqué dépressif, avec un enfant de 0-3 ans	18	EPDS HAMD-17	<i>Learning through play + dads</i> 10 sessions sur 3 mois <b>Thèmes</b> : rôle du père dans le développement de l'enfant, développement de stratégies sur le management du stress, de la colère, des conflits, du temps, de la nutrition et de la sécurité	Les moyennes des scores diminuent avec le temps. Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées. Faible puissance.
7	Mihelic et al (2018), Australie [86]	Randomisée	Primipare, avoir trois critères parmi : grossesse non programmée, faible éducation, faible revenus, faible satisfaction dans le couple, ATCD de dépression dans le couple, actuelle dépression, faible efficacité parentale, faible satisfaction de la vie, avoir entre 18 et 21 ans	112	EPDS DASS	<i>Baby triple P</i> 4 sessions de 2h durant la grossesse puis 4 entretiens téléphoniques après 6 semaines post-partum <b>Thèmes</b> : parentalité positive, interaction avec l'enfant, stratégie de gestion des émotions, support du partenaire, mise en place de routines au domicile	Absence d'effet significatif entre les groupes
8	Ngai Gao (2022), Chine [91]	Randomisée	Primipare, durant la grossesse	455	EPDS	Dérivé d'un programme pré existant de psychothérapie interpersonnelle 2 sessions de 2h chaque semaine, pendant 3 semaines puis 2 entretiens téléphoniques dans les 4 semaines post-partum <b>Thèmes</b> : revue des changements associés à la transition vers la parentalité, apprentissage de stratégies d'adaptation de ces nouveaux rôles, discussion sur les difficultés rencontrées durant le post-partum avec les autres, stratégies pour résoudre ces difficultés, élaboration de forces et de ressources nécessaires pour y faire face.	Diminution significative des symptômes dépressifs à 6 semaines ( $d$ de Cohen = 0,49) et à 6 mois post-partum ( $d$ de Cohen = 0,46)

TABLE 6.1 – suite

	Auteur	Type	Recrutement	Taille	Échelle	Méthode	Résultats
9	Rayburn et al (2021), USA [92]	Pilote	Primipare, enfant entre 20 semaines de grossesse et 3 mois post-partum	19	EPDS	<i>Becoming Father Curriculum</i> Séances en groupe d'1h par semaine pendant 5 semaines <b>Thèmes</b> : attitudes et attente de la paternité, prendre en charge l'enfant, maintenir la relation avec le partenaire, s'attacher à l'enfant et le bercer, gestion de la santé mentale et du bien être	Effet potentiel sur le stress, les symptômes dépressifs, le ressenti des expériences internes et les représentations liées à l'attachement Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées. Faible puissance.
10	Tandon et al (2021), USA [84]	Pilote	Via programme de visite à domicile pré existant	30	BDI-2	<i>Father and Baby</i> 12 séances à domicile ou par téléphone, envoi de SMS. Dépend des symptômes de dépression de la mère <b>Thèmes</b> : amélioration de la santé mentale du père et soutien envers celle de la mère	Absence de différence significative sur le stress ou les symptômes dépressifs. Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées. Faible puissance.
11	Warriner et al (2018), Royaume-Uni [93]	Pilote	Patients voulant participer à des programmes d'éducation sur la pleine conscience	19	EPDS	<i>Mindfulness-Based Child and Parenting</i> 2,5h par semaine sur 4 semaines <b>Thèmes</b> : combinaison des enseignements traditionnels anténataux avec les compétences liées à l'état de pleine conscience.	Amélioration de tous les scores. Forte attrition (de 69 à 19 pères). Absence de groupe contrôle donc conclusions limitées. Faible puissance.

BDI-2 : Beck Depression Inventory, EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale, HAMD-17 : Hamilton Depression Rating Scale,  
K6 : Kessler-6, PTSD : Posttraumatic Stress Disorder Checklist,

## 6.2 Détail des interventions et de leurs résultats

Celle d'Ammerman et al. [87] a une compliance acceptable (47,1% du groupe intervention a fait au moins 9 sessions sur 11). Elle évalue autant le père que la mère mais la portée des résultats est malheureusement limitée par l'échantillonnage particulier qui ne ciblait que les familles de faible revenu et primipares.

Une intervention basée sur l'amélioration du mode de vie est proposé par Charandabi et al. [89], en proposant d'éduquer des patients sur des thèmes de santé publique comme la qualité du sommeil, l'activité sportive ou la santé mentale. La compliance a été très élevée et seul un patient sur 63 dans le groupe éducation n'a pas été au bout de l'étude. Les résultats sont très encourageants avec une amélioration de tous les paramètres, surtout en post-partum. Pour la dépression le score de l'EPDS diminuait en moyenne de 1,6 point (IC95 -2,8;-0,5) huit semaines après l'intervention et de 3,3 point (IC95 -5,0;-1,5) six semaines après la naissance.

L'étude à l'effectif le plus élevé (N=455), multicentrique, randomisée proposée par Ngai et al. [91] possède aussi un bon niveau de compliance avec une attrition limitée, et a été analysée en intention de traiter.

La thérapie interpersonnelle [94] vise à améliorer la communication et à trouver des stratégies de résolution de problème avec l'entourage, ces deux risques pouvant s'accroître durant la transition que représente une naissance. Les différences moyennes sur les scores de l'EPDS sont significatives mais d'effet moyen (1,14 à 6 semaines [ $d$  de Cohen=0,49] et 1,29 à 6 mois [ $d$  de Cohen=0,46]). La thérapie interpersonnelle montre des résultats encourageants tant chez l'homme que chez la femme, ce qui suggère que des sessions de psychothérapie en couple améliorent la relation dyadique afin de réduire le risque de PPD.

Battle et al. [88] et Husain et al. [90] présentent des études avec comme caractéristique de recrutement d'avoir un parent diagnostiqué dépressif.

Battle et al. [88] se sont concentrés sur la mère avec quatre échelles différentes de la dépression mesurées pré et post test contre une seule chez l'homme. Pour les deux études, les parents ont apprécié les interventions délivrées par un psychologue et y ont assidûment participé. Les résultats sont prometteurs avec des scores des différentes échelles utilisées qui diminuent avec le temps mais l'absence de groupe contrôle et les échantillons très faibles ne permettent pas de tirer de conclusion.

Warriner et al. [93] utilisent un programme proposé par Nancy Bardacke [95] sur un concept particulier nommé *mindfulness* ou état de pleine conscience en français. Il n'existe pas encore de traduction officielle *mindfulness* reste utilisé comme anglicisme. *Mindfulness* représente un condensé de techniques bouddhistes pour réduire le stress,

l'anxiété et les douleurs chroniques ce qui aurait un effet limité mais persistant en population générale [96]. Plusieurs études pilotes montrent des effets chez la femme mais les échantillons sont toujours très limités [97]. Dans l'étude de Warriner et al. [93] bien que la tendance soit à une amélioration de tous les scores, la forte attrition et donc la baisse de puissance statistique empêche d'établir un lien.

## 6.3 Discussion

Les conditions de recrutement sont très disparates, quatre ont recruté des pères uniquement primipares, deux des parents déjà diagnostiqués dépressifs (une la mère et une le père) ce qui limite la généralisation des résultats.

Il est difficile de faire un lien parmi les différents thèmes proposés, car le contenu exact n'est pas présenté dans les articles, cependant on retrouve quatre thèmes majoritaires :

- le rôle du père, sa place dans la famille et l'interaction avec l'enfant,
- le support mutuel des partenaires,
- l'établissement de stratégies pour la gestion des émotions et du comportement,
- et la prise en charge de la santé mentale du père.

Ces thèmes correspondent aux facteurs de risques retrouvés précédemment, nous avons remarqué que la santé mentale des deux parents influençait le risque de PPD.

Cependant les thèmes suivants pourtant importants ne sont que peu abordés : les facteurs socioéconomiques, qui dépendent surtout d'une prise en charge sociétale et gouvernementale ; la qualité du sommeil qui revient plus régulièrement [51, 53, 63, 69] ; et enfin la prise du congé paternité payé, qui montre des résultats encourageants à travers le monde, surtout dans les pays du Nord, comme la France [98]. Les efforts du gouvernement français existent en ce sens avec depuis le 1er janvier 2021 une prise en charge de 28 jours, scindable en plusieurs segments quelle que soit la profession, salarié ou indépendant [99].

Il y a un désert concernant les études évaluant le traitement médicamenteux dans le traitement de la PPD car il est moins plébiscité que les psychothérapies [100]. Chez la femme quelques pistes sont envisagées comme l'utilisation des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou bien plus récemment la brexanolone, un dérivé de l'allopregnanolone, un modulateur des récepteurs GABA<sub>A</sub> dont les résultats sont prometteurs aux États-Unis [101] mais pour l'instant non approuvé en France, avec un coût très élevé. De plus ces options thérapeutiques sont désapprouvées par les femmes qui ne souhaitent pas s'exposer ou exposer leur futur enfant à de potentiels effets indésirables (comme l'hypertension pulmonaire ou les troubles du comportement [102]),

donc des études pouvant montrer un bénéfice risque sont compliquées à mettre en place. Ce risque est amoindri chez l'homme avec un bénéfice potentiel possible mais aucune étude ne permet à ce jour à notre connaissance de le montrer.

Quelques autres pistes non médicamenteuses et peu explorées chez l'homme pourraient être les psychothérapies car ayant une efficacité démontrée chez la femme, que ce soit la thérapie cognitivo-comportementale, l'activation comportementale ou la thérapie interpersonnelle [103] mais aussi le rôle de l'exercice physique, connu pour son effet positif sur la santé mentale, qui montre des effets intéressants chez la femme [104]. Il serait intéressant aussi de surveiller les résultats des futures études concernant la *mindfulness* car il s'agit de techniques non invasives, similaires aux psychothérapies et bien appréciées des patients.



# Chapitre 7

## Conclusion

Cette revue de littérature contribue à améliorer la visibilité de la dépression post-partum paternelle, une pathologie peu connue mais qui présente une littérature grandissante.

Sa prévalence est élevée dans le monde, similaire à celle de la femme, ce qui en fait une maladie qui nécessite un intérêt particulier.

La place de l'homme au sein du couple, ses fonctions, sa charge mentale tout comme celle de sa conjointe évolue dans notre société. Elle apporte un questionnement supplémentaire pour les pères qui doivent s'adapter au nouveau paradigme qu'est l'arrivée d'un enfant au sein du foyer. Il existe donc des facteurs intrinsèques comme extrinsèques favorisant ou protégeant de cette maladie.

La PPD peut toucher tous les pères, nouveaux comme expérimentés, avec ou sans antécédent particulier. Le risque de développer cette maladie est multifactoriel avec un spectre élargi, mais l'afflux de nouvelles données nous permet de préciser les facteurs les plus importants. Par exemple, ceux qui ont été exposés à des troubles psychiatriques comme la dépression ou l'anxiété, et ceux qui font l'expérience de troubles au sein du couple sont particulièrement touchés. On peut aussi retrouver des risques plus sociétaux comme les facteurs socio-économiques (revenus peu élevés ou la difficulté de se loger) qui accroissent le risque de PPD. La qualité de vie des patients est donc à prendre en compte. La trajectoire de la maladie montrant une corrélation avec celle de la mère, il est important de prendre en compte la santé mentale du couple afin de diminuer le risque d'apparition de la maladie.

Parmi les facteurs qui permettent d'en atténuer les risques, on retrouve principalement la satisfaction conjugale et le support mutuel, mais aussi le repos via une meilleure prise en charge du sommeil et l'utilisation du congé paternité. Ceci montre

à nouveau que la prise en charge du couple est essentielle mais l'attention doit aussi être portée sur l'entourage amical, familial ou professionnel ainsi que les conditions de vie du couple.

Il n'y a à ce jour en France ni de dépistage organisé ni de formation à la détection ou la prise en charge de ce trouble.

L'échelle EPDS représente actuellement une piste sérieuse pour être un moyen fiable et reproductible de dépistage, mais un travail de validation pour la population masculine française est nécessaire. Cependant, bien que l'échelle EPDS soit rapide à remplir, elle n'a pour l'instant pas de place définie dans la pratique médicale au cabinet. On pourrait imaginer de l'intégrer dans la visite du quinzième jour, ou développer une forme encore plus courte, à haute sensibilité comme les *whooley questions* pour organiser un dépistage systématique. De la même manière on pourrait s'interroger sur sa place lors de l'entretien prénatal ou de la préparation à l'accouchement. Quoi qu'il en soit, il est important de promouvoir cette maladie autant auprès des professionnels de santé que des patients. Cette méconnaissance retarde le dépistage comme la prise en charge de cette maladie et influe sur le bien être du noyau familial. De plus il existe de nombreuses conséquences chez l'enfant, notamment sur son développement émotionnel mais aussi sur éléments plus globaux comme le développement du langage ou les acquisitions sociales [2, 59].

Afin d'améliorer notre connaissance sur cette maladie et son traitement, il serait intéressant de construire une étude en France avec une puissance suffisante sur la prise en charge de la PPD. Nous manquons cependant de données pour choisir un type d'intervention face à la pléthore existant dans la littérature mais dont la portée est encore balbutiante.

Dans cette étude, l'intervention devrait tendre à vouloir construire un couple fort, capable de faire face aux nombreux changements relationnels, psychologiques ou hormonaux qu'impliquent une naissance et à proposer des améliorations du quotidien des patients. La prise en charge devrait se faire au sein du couple et non plus uniquement pour la mère. Afin d'améliorer la faisabilité et la compliance à l'intervention, les données tendent à indiquer qu'il faut réduire le nombre de questionnaires proposés aux patients pour les analyses pré et post-test et proposer des séances courtes, quel que soit le type d'intervention.

# Appendice

TABLE 7.1 – Données concernant la prévalence

N	Auteur (Date), Pays	Date Article	Date incluse	Échelle	Âge (DS)	Échantillon	Prévalence(N)
1	Abdollahi et al (2021), Iran [61]	2-8 semaines post-partum	1,25 mois post-partum	EPDS >12	32,9 (5,2)	567	15.7% (88)
2	Anding et al (2016), Allemagne [56]	2 semaines post-partum	0,5 mois post-partum	EPDS >10	32.18 (6.21)	276	5.4% (15)
3	APrON team et al (2017), Canada [58]	3 Mois post-partum	3 mois post-partum	EPDS >8	33 (5)	850	12.1% (103)
4	Atif et al (2022), Pakistan [68]	10-12 semaines post partum	3 mois post-partum	EPDS >10	31 (5,2)	51	23.5% (12)
5	Ayinde et Lasebikan (2019), Niger [105]	1 semaine post-partum	0,25 mois post-partum	SCID		331	3% (10)
6	Bamishigbin et al (2020), USA [106]	6 semaines post-partum	1,5 mois post-partum			321	5.9% (19)
		1 mois post-partum	1 mois post-partum	EPDS >8	29,54 (7,13)	716	10.34% (74)
		6 mois post-partum	6 mois post-partum			662	14.80% (98)
7	Carlberg et al (2018), Suède [27]	12 mois post-partum	12 mois post-partum			881	12,49% (110)
		3-6 mois post-partum	4,5 mois post-partum	EPDS >9		3656	13,30% (485)
		3-6 mois post-partum	4,5 mois post-partum	EPDS >11		3656	8,10% (295)
8	Carmela et al (2022), Italie [28]	3-6 mois post-partum	4,5 mois post-partum	GMDS >12		3656	8,60% (315)
		2 mois post-partum	2 mois post-partum	PDSS 60-79	33,7 (5,8)	79	13,90% (11)
		2 mois post-partum	2 mois post-partum	PDSS >80			41,80% (33)
9	Challacombe et al (2023), Finlande [107]	3 Mois post-partum	3 mois post-partum	CES-D >9	32,9 (4,85)	844	4,70% (40)
		8 mois post-partum	8 mois post-partum			839	7,30% (61)
		24 mois post-partum	24 mois post-partum			696	10,50% (73)
10	Clavenna et al (2017), Italie [64]	30-45 jours post-partum puis 60-90 jours post-partum	2 mois post-partum	EPDS >12	36,3 (5,8)	1420	1,70% (24)
11	Da costa et al (2019), Canada [51]	2 mois post-partum	2 mois post-partum	EPDS >9	34,27 (5,01)	487	13,76% (67)
		6 mois post-partum	6 mois post-partum	EPDS >9		375	13,60% (51)
12	Dennis et al (2022), Canada [44]	0-3 semaines post-partum	0,5 mois post-partum	EPDS >9	33,9 (4,88)	2544	2,20% (56)
		3 Mois post-partum	3 mois post-partum				8,44% (215)
		6 mois post-partum	6 mois post-partum				8,91% (227)
		9 mois post-partum	9 mois post-partum				8,00% (204)
		12 mois post-partum	12 mois post-partum				8,10% (206)
		18 mois post-partum	18 mois post-partum			2442	8,10% (206)
13	Ertekin Pinar Ozbek (2022), Turquie [108]	24 mois post-partum	24 mois post-partum				8,60% (219)
		3-6 mois post-partum	4,5 mois post-partum	EPDS >12	29,64 (5.13)	175	14,20% (25)
14	Finnbogottir et persson (2022), Suède [69]	1 an post-partum	12 mois post-partum	EPDS >9		156	8,30% (13)

TABLE 7.1 – suite

N	Auteur (Date), Pays	Date Article	Date incluse	Échelle	Âge (DS)	Échantillon	Prévalence(N)
15	Giallo et al (2023), Australie [29]	0-12 mois post-partum	6 mois post-partum	PHQ-9 >4 PHQ-9 >9 PHQ-9 >14 PHQ-9 >19	30,5 (5,6)	205	35,12% (72) 8,78% (18) 2,93% (6) 0,01% (1)
16	Gray et al (2018), Jamaïque [30]	0-2 jours post-partum	0 mois post-partum	EPDS >8 EPDS >9 EPDS >12	30,6 (8)	3425	11,80% (404) 9,10% (312) 3,30% (113)
17	Howarth Swain (2020), Nouvelle-Zélande [60]	6 mois post-partum	6 mois post-partum	EPDS >9	30,72	116	12,00% (14)
18	Huang et al (2023), Chine [109]	2-3 jours post-partum	0 mois post-partum	EPDS >9	32,22 (4,73)	457	22,10% (101)
19	Jia et al (2020), Chine [110]	3 premiers jours	0,1 mois post-partum	EPDS >9	31,78 (3,72)	318	22,01% (70)
20	Johansson et al (2017), Suède [111]	25 mois post-partum	25 mois post-partum	EPDS >11	34,6	623	4,90% (31)
21	Kerstis et al (2016), Suède [112]	3 Mois post-partum	3 mois post-partum	EPDS >9	33 (6)	396	9,00% (28)
22	Kiviruusu et al (2020), Finlande [113]	3 Mois post-partum 8 mois post-partum 24 mois post-partum	3 mois post-partum 8 mois post-partum 24 mois post-partum	CES-D >9	32,5 (5,3)	1316 1196 774	5,20% (68) 6,90% (83) 10,20% (79)
23	Köse Tuncer (2022), Turquie [114]	0-3 jours post-partum 6 semaines post-partum	0,1 mois post-partum 1,5 mois post-partum	EPDS >12	34,76 (5,31)	130	3,10% (4) 55,40% (72)
24	Letourneau et al (2019), Canada [115]	3 Mois post-partum	3 mois post-partum	EPDS >9	34,5 (4,77)	634	9,15% (58)
25	Li et al (2021), Chine	0-6 semaines post-partum	1 mois post-partum	EPDS >9	36,12 (2,39)	189	23,81% (45)
26	Mahmoodi et al (201), Iran [116]	2 mois post-partum	2 mois post-partum	GHQ28 >23		124	11,30% (14)
27	Maleki et al (2018), Iran [117]	8 semaines post-partum	2 mois post-partum	EPDS >9	30,8 (5,8)	403	19,60% (79)
28	Massoudi et al (2016), Suède [48]	3 mois post-partum	3 mois post-partum	EPDS >11	32,6	885	6,30% (56)
29	Nakamura et al (2020), France [40]	2 mois post-partum	2 mois post-partum	EPDS >9	33,85	12386	14,23% (870)
30	Nishigori et al (2020), Japon [45]	1 mois post-partum 6 mois post-partum	1 mois post-partum 6 mois post-partum	EPDS >7 EPDS >7		1023 1330	11,20% (115) 12,00% (160)
31	Petersen Quinlivan (2021), Australie [118]	6 semaines post-partum	1,5 mois post-partum	HADS >7	31,01 (6,17)	928	12,00% (109)
32	Philpott et al (2022), Irlande [31]	0-4 jours de vie	0,1 mois post-partum	EPDS >8 EPDS >11	35,6 (5,8)	336	23,80% (80) 13,40% (45)
33	Philpott et Corcoran (2018), Irlande [32]	0-1 An post-partum	6 mois post-partum	EPDS >8 EPDS >11		99	28,00% (28) 12,00% (12)

TABLE 7.1 – suite

N	Auteur (Date), Pays	Date Article	Date incluse	Échelle	Âge (DS)	Échantillon	Prévalence(N)
34	Saxbe et al (2016), USA [53]	1 mois post-partum 6 mois post-partum 12 mois post-partum	1 mois post-partum 6 mois post-partum 12 mois post-partum	EPDS >9	28,9 (7,07)	711	6,80% (48) 9,70% (69) 9,00% (64)
35	Segre et al (2023), Italie [63]	3 visites : 0-45 jours post-partum, 2-3 mois post-partum, 5-7 mois post-partum	3,5 mois post-partum	whooley questions et évaluation par le pédiatre	36,1 (6,2)	2231	6,30% (141)
36	Shaheen et al (2019), Arabie Saoudite [66]	0-6 mois post-partum	3 mois post-partum	EPDS >8	34,97 (8,56)	290	27,90% (98)
37	Shariat et al (2022), Iran [119]	premiers jours post-partum 1 mois post-partum	0,1 mois post-partum 1 mois post-partum	EPDS >11	34,44 (5,14)	150	30,00% (45) 28,00% (42)
38	Suto et al (2016), Japon [46]	0-3 jours post-partum 2 semaines post-partum 1 mois post-partum 2 mois post-partum 3 Mois post-partum	0,1 mois post-partum 0,5 mois post-partum 1 mois post-partum 2 mois post-partum 3 mois post-partum	EPDS >7	32 (4,9)	207 109 191 195 185	8,70% (18) 3,70% (4) 6,30% (12) 8,70% (17) 7,00% (13)
39	Takehara et al (2017), Japon [120]	1 mois post-partum 2 mois post-partum	1 mois post-partum 2 mois post-partum	EPDS >7	32 (5)	196	6,60% (13) 8,80% (17)
40	Thomson et al (2021), Australie [47]	12 mois post-partum	12 mois post-partum	EPDS >9		257	9,70% (39)
41	Top et al (2016), Turquie [121]	4-6 semaines post-partum	1,25 mois post-partum	EPDS >11	33,72 (5,13)	84	7,10% (6)
42	Underwood et al (2017), nouvelle-zelande [49]	9 mois post-partum	9 mois post-partum	EPDS >12	33,2 (6,25)	3523	4,30% (153)
43	Vismara et al (2016), Italie [33]	3 Mois post-partum 6 mois post-partum 3 Mois post-partum 6 mois post-partum	3 mois post-partum 6 mois post-partum 3 mois post-partum 6 mois post-partum	EPDS >8  EPDS >12	37,9 (5,6)	181	16,02% (29) 13,81% (25) 6,60% (12) 2,20% (4)
44	Wells Aronson (2021), Suède [122]	0-2 ans post-partum	12 mois post-partum	EPDS >9 EPDS >11	35,25 (5,149)	612	21,20% (130) 5,80% (97)
45	Wells et al (2023), Suède [54]	Dans les deux ans post-partum	8 mois post-partum	EPDS >9	35,4 (4,8)	429	19,30% (73)

TABLE 7.1 – suite

N	Auteur (Date), Pays	Date Article	Date incluse	Échelle	Âge (DS)	Échantillon	Prévalence(N)	
46	Yamakawa et al (2023), Japon [123]	5 jours post-partum	0,2 mois post-partum	EPDS >7	33,6 (5,7)	107	14,00% (15)	
		3 Mois post-partum	3 mois post-partum				12,10% (13)	
		6 mois post-partum	6 mois post-partum				23,40% (25)	
		1 an post-partum	12 mois post-partum				17,80% (19)	
47	Zhang et al (2016), Chine [124]	3 jours post-partum	0,1 mois post-partum	EPDS >9	29 (2,9)	166	21,08% (35)	
		6 semaines post-partum	1,5 mois post-partum				147	13,61% (20)
		2 semaines post-partum	0,5 mois post-partum				156	20,51% (32)

CES-D : *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, GHQ-28 : *General Health Questionnaire*, GMDS : *Gotland Male Depression Scale*, HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale*, PDSS : *Post-partum Depression Screening Scale*, PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire*, SCID : *Structured Clinical Interview For DSM-IV* .

TABLE 7.2 – Données concernant les facteurs de risque

N	Auteur (Date), Pays	Échantillon	Échelle	Date d'inclusion	Catégorie de facteurs de risque
1	Abdollahi et al (2021), Iran [61]	567	EPDS	3-5 mois	Dépression maternelle, Détresse liée à la grossesse ou à la naissance, Facteurs socio-économiques, Santé perçue
2	Agostini et al (2022), Italie [50]	153	EPDS	0-12 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Stress d'être parent
3	Alibekova et al (2016), Taiwan [70]	533	EPDS	6-8 mois	Autre : consommation excessive d'alcool, Fumer
4	Anding et al (2016), Allemagne [56]	276	EPDS	0-2 mois	Dépression maternelle, Détresse liée à la grossesse ou à la naissance, Stress ou anxiété d'un parent
5	APrON team et al (2017), Canada [58]	850	EPDS	3-5 mois	Dépression prénatale, Facteurs socio-économiques, Fumer, Stress ou anxiété d'un parent
6	Atif et al (2022), Pakistan [68]	51	EPDS	3-5 mois	Qualité du sommeil
7	Bamishigbin et al (2017), USA [74]	306	EPDS	12 mois et plus	Autre : le racisme comme facteur prédicteur, Autre : les stratégies de fuite comme facteur prédicteur
8	Barooj-Kiakalae et al (2022), Iran [62]	352	EPDS	0-2 mois	Dépression maternelle
9	Carlberg et al (2018), Suède [27]	3656	GMDS + EPDS	3-5 mois	Détresse maritale, Facteurs socio-économiques
10	Chen et al (2019), Taiwan [72]	531	EPDS	0-12 mois	Nombre d'enfant
11	Clavenna et al (2017), Italie [64]	1410	EPDS	0-2 mois	Détresse maritale, Antécédent de maladie psychiatrique chez la conjointe, Nombre d'enfant
12	Da Costa et al (2019), Canada [51]	487	EPDS	0-2 mois 6-8 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Dépression maternelle, Facteurs socio-économiques, Qualité du sommeil, Stress d'être parent Dépression prénatale, Facteurs socio-économiques, Qualité du sommeil

TABLE 7.2 – suite

N	Auteur (Date), Pays	Échant.	Échelle	Date d'inclusion	Catégorie de facteurs de risque
13	Dennis et al (2022), Canada [44]	2442	EPDS	0-12 mois 12 mois et plus	Antécédent de maladie psychiatrique, Santé perçue, Stress ou anxiété d'un parent, Violence domestique Antécédent de maladie psychiatrique, Facteurs socio-économiques, Santé perçue, Stress ou anxiété d'un parent, Violence domestique
14	Doi et al (2022), Japon [52]	398	EPDS	3-5 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Facteurs socio-économiques
15	Finnbogadottir et persson (2022), Suède [69]	532	EPDS	0-12 mois	Qualité du sommeil, Santé perçue
16	Gray et al (2018), Jamaïque [30]	2983	EPDS	0-2 mois	Détresse maritale, Support Social
17	Howarth Swain (2020), Nouvelle Zélande [60]	116	EPDS	6-8 mois	Dépression prénatale, Détresse liée à la grossesse ou à la naissance, Support Social
18	Ip et al (2018), Chine [59]	255	EPDS	0-2 mois 6-8 mois	Dépression prénatale Dépression maternelle
19	J Henshaw et al (2023), USA [75]	116	EPDS	N/C	Antécédent de maladie psychiatrique chez la conjointe
20	Massoudi et al (2016), Suède [48]	885	EPDS	3-5 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Détresse maritale, Facteurs socio-économiques, Stress ou anxiété d'un parent, Support Social
21	Nakamura et al (2020), France [40]	12350	EPDS	0-2 mois	Support Social
22	Nishigori et al (2020), Japon [45]	1330	EPDS	0-2 mois 6-8 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Détresse liée à la grossesse ou à la naissance, Facteurs socio-économiques, Stress ou anxiété d'un parent Dépression maternelle, Facteurs socio-économiques, Stress ou anxiété d'un parent
23	Philpott et al (2022), Irlande [31]	336	EPDS	0-2 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Stress ou anxiété d'un parent
24	Saxbe et al (2016), USA [53]	711	EPDS	6-8 mois 12 mois et plus	Antécédent de maladie psychiatrique, Qualité du sommeil Antécédent de maladie psychiatrique, Facteurs socio-économiques, Qualité du sommeil

TABLE 7.2 – suite

N	Auteur (Date), Pays	Échant.	Échelle	Date d'inclusion	Catégorie de facteurs de risque
25	Segre et al (2023), Italie [63]	2231	whooley ques- tions + FP assess- ment	0-2 mois	Dépression maternelle, Qualité du sommeil
26	Shaheen et al (2019), Arabie Saoudite [66]	290	EPDS	0-2 mois	Détresse maritale
27	Sockoll Allred (2018), USA [73]	282	BDI	3-5 mois	Autre : Attitude dysfonctionnelle, Nombre d'enfant
28	Suto et al (2016), Japon [46]	215	EPDS	0-2 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Dépression prénatale
29	Takehara et al (2020), Japon [67]	3514	K6	0-12 mois	Détresse maritale, Facteurs socio-économiques, Stress d'être parent
30	Thomson et al (2021), Australie [47]	1272	EPDS	12 mois et plus	Antécédent de maladie psychiatrique, Autre : délinquance durant l'adolescence
31	Underwood et al (2017), Nou- velle Zélande [49]	3523	EPDS	9-11 mois	Antécédent de maladie psychiatrique, Détresse maritale, Facteurs socio-économiques, Fumer, Santé perçue, Stress ou anxiété d'un parent
32	Wells et al (2023), Suède [54]	429	EPDS	6-8 mois	Antécédent de maladie psychiatrique

BDI : *Beck Depression Inventory*, DAS : *Dyadic Adjustment Scale*, EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, FP : *Family Pediatrician* (pédiatre de famille), GMDS : *Gotland Male Depression Scale*, K6 : *Kessler Psychological Distress Scale*.

TABLE 7.3 – Données concernant les facteurs protecteurs

N	Auteur (Date), Pays	Échantillon	Échelle	Date d'inclusion	Catégorie de facteurs protecteurs
1	Abdollahi et al (2021), Iran [61]	567	EPDS	3-5 mois	Satisfaction maritale, Support social
2	Anding et al (2016), Allemagne [56]	276	EPDS	0-2 mois	Satisfaction maritale
3	APrON team et al (2017), Canada [58]	850	EPDS	3-5 mois	Support social
4	Barry et al (2023), France [76]	10975	EPDS	0-2 mois	Congé paternité
5	Carlberg et al (2018), Suède [27]	3656	EPDS	3-5 mois	Nombre d'enfant
6	Da costa et al (2019), Canada [51]	487	EPDS	0-2 mois	Satisfaction maritale
7	Dennis et al (2022), Canada [44]	2442	EPDS	6-8 mois 0-12 mois 12 mois et plus	Satisfaction maritale Satisfaction maritale, Satisfaction d'être parent, Qualité du sommeil, Support social Satisfaction d'être parent, Support social
8	Gray et al (2018), Jamaïque [30]	2983	EPDS	0-2 mois	Satisfaction liée à la grossesse et à la naissance, Support social, Facteurs socioéconomiques
9	Howarth Swain (2020), Nouvelle-Zélande [60]	116	EPDS	6-8 mois	Satisfaction maritale, Détresse liée à la grossesse ou à la naissance
10	Khaled et al (2021), USA [77]	82	EPDS		Autre : lien de cortisol
11	Philpott et al (2022), Irlande [31]	336	EPDS	0-2 mois	Satisfaction liée à la grossesse et à la naissance
12	Underwood et al (2017), Nouvelle-Zélande [49]	3523	EPDS	9-11 mois	Support social
13	Wells et al (2023), Suède [54]	429	EPDS		Satisfaction d'être parent

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.



## Questionnaire EPDS

### Repérage de la dépression postnatale

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

#### Exemple

##### Je me suis sentie heureuse :

- oui tout le temps  
 **oui la plupart du temps**  
 non pas très souvent  
 non pas du tout

Cela signifiera « **Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler** ».

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER :

##### J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- 0  Aussi souvent que d'habitude  
1  Pas tout à fait autant  
2  Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci  
3  Absolument pas

##### Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- 0  Autant que d'habitude  
1  Plutôt moins que d'habitude  
2  Vraiment moins que d'habitude  
3  Pratiquement pas

##### Je me suis reprochée sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- 3  Oui, la plupart du temps  
2  Oui, parfois  
1  Pas très souvent  
0  Non, pas du tout

##### Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :

- 0  Non, pas du tout  
1  Presque jamais  
2  Oui, parfois  
3  Oui, très souvent

##### Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

- 3  Oui, vraiment souvent  
2  Oui, parfois  
1  Non, pas très souvent  
0  Non, pas du tout

##### J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- 3  Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations  
2  Oui, parfois je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude  
1  Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations  
0  Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

##### Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- 3  Oui, la plupart du temps  
2  Oui, parfois  
1  Pas très souvent  
0  Non, pas du tout

##### Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- 3  Oui, la plupart du temps  
2  Oui, très souvent  
1  Pas très souvent  
0  Non, pas du tout

##### Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- 3  Oui, la plupart du temps  
2  Oui, très souvent  
1  Seulement de temps en temps  
0  Non, jamais

##### Il m'est arrivé de penser à me faire mal :

- 3  Oui, très souvent  
2  Parfois  
1  Presque jamais  
0  Jamais

#### Partie réservée aux professionnels

La somme de tous les items donne le score global de l'EPDS.

- Si le score est  $\geq$  à 11 : il existe un risque important de dépression maternelle -> orientation vers un spécialiste,
- Si le score est  $<$  à 11 : le risque de dépression post-natale est faible.

Score : /30

FIGURE 7.1 – Échelle EPDS en français

# Bibliographie

- [1] Association AP, Crocq MA, Etienne Boehrer A, Guelfi JD. DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. Elsevier Masson; 2023. Available from : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
- [2] Rogers A, Obst S, Teague SJ, Rossen L, Spry EA, Macdonald JA, et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development : A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2020 Nov;174(11) :1082-92. Available from : <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>.
- [3] Ballard C, Davies R. Postnatal depression in fathers. *International Review of Psychiatry*. 1996 Jan;8(1) :65-71. Publisher : Taylor & Francis \_eprint : <https://doi.org/10.3109/09540269609037818>. Available from : <https://doi.org/10.3109/09540269609037818>.
- [4] Araji SK. Husbands' and Wives' Attitude-Behavior Congruence on Family Roles. *Journal of Marriage and the Family*. 1977. ERIC Number : EJ160165.
- [5] Fein RA. The First Weeks of Fathering : The Importance of Choices and Supports for New Parents. *Birth*. 1976;3(2) :53-8. \_eprint : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1523-536X.1976.tb01160.x>. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.1976.tb01160.x>.
- [6] Recto P, Champion JD. Psychosocial Factors Associated with Paternal Perinatal Depression in the United States : A Systematic Review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020 Jul;41(7) :608-23.
- [7] Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of Postnatal Psychiatric Morbidity in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*. 1994 Jun;164(6) :782-8. Publisher : Royal College of Psychiatrists. Available from : [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000142795/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000142795/type/journal_article).
- [8] Baldwin S, Malone M, Sandall J, Bick D. Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood : a systematic review of first time fathers' experiences. *JBIC Evidence Synthesis*. 2018 Nov;16(11) :2118. Available from : [https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2018/11000/mental\\_health\\_and\\_wellbeing\\_during\\_the\\_transition.10.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2018/11000/mental_health_and_wellbeing_during_the_transition.10.aspx).
- [9] Zelkowitz P, Milet TH. Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant. *Infant Mental Health Journal*. 1997;18(4) :424-35. Available from : [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199724\)18:4<424::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-K](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1097-0355(199724)18:4<424::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-K).
- [10] Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum : An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Dec;206 :189-203. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032716305705>.

- [11] BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961 Jun;4(6) :561-71. Available from : <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- [12] Radloff LS. The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*. 1977 ;1(3) :385-401. Place : US Publisher : Sage Publications.
- [13] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*. 1987 Jun;150 :782-6.
- [14] Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric Illness in General Practice : A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *Br Med J*. 1970 May;2(5707) :439-43. Publisher : British Medical Journal Publishing Group Section : Papers and Originals. Available from : <https://www.bmj.com/content/2/5707/439>.
- [15] 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. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Mar ;173 :81-9. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714006971>.
- [16] Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*. 2002 Aug;32(6) :959-76. Available from : <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/short-screening-scales-to-monitor-population-prevalences-and-trends-in-nonspecific-psychological-distress/F141675CCD0E08C0FB98E01C006B4E0D>.
- [17] Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale : Development and Psychometric Testing. *Nursing Research*. 2000 Oct;49(5) :272. Available from : [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/2000/09000/postpartum\\_depression\\_screening\\_scale\\_development.6.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/2000/09000/postpartum_depression_screening_scale_development.6.aspx).
- [18] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 : Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*. 2001 Sep;16(9) :606. Available from : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1495268/>.
- [19] Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-Finding Instruments for Depression : Two Questions Are as Good as Many. *Journal of General Internal Medicine*. 1997 Jul;12(7) :439. Available from : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1497134/>.
- [20] Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research : A Primer. *Frontiers in Public Health*. 2018 Jun;6 :149. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004510/>.
- [21] Touzani M. Le processus de validation des échelles de mesure : fiabilité et validité ; 2000.
- [22] Fermanian J. Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*. 2005 Jul;48(6) :281-7. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168605405000954>.
- [23] Berg RC, Solberg BL, Glavin K, Olsvoold N. Instruments to Identify Symptoms of Paternal Depression During Pregnancy and the First Postpartum Year : A Systematic Scoping Review. *American Journal of Men's Health*. 2022 Sep;16(5) :15579883221114984. Available from : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9490477/>.

- [24] Matthey S, Barnett B, Kavanagh DJ, Howie P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*. 2001 May;64(2-3) :175-84.
- [25] 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. *Helvion*. 2022 May;8(5) :e09441. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9156997/>.
- [26] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*. 1998 Jan;13(2) :83-9. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933898800230>.
- [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. *American Journal of Men's Health*. 2018 Jul;12(4) :720-9. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131440/>.
- [28] Carmela M, Clara L, Maria Rosaria Anna M, Ivan F, Clemente C, Gianluca P, et al. Which role for trait-anxiety in paternal perinatal depression? Preliminary results on healthy subjects. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2022 Jul;35(13) :2445-9. Available from : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1786514>.
- [29] Giallo R, Wynter K, McMahan G, Seymour M, Fogarty A, Cooklin A, et al. Preconception factors associated with postnatal mental health and suicidality among first-time fathers : results from an Australian Longitudinal Study of Men's Health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2023;58(8) :1153-60. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10366277/>.
- [30] Gray PB, Reece JA, Coore-Desai C, Dinnall-Johnson T, Pellington S, Bateman A, et al. Patterns and predictors of depressive symptoms among Jamaican fathers of newborns. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. 2018 Oct;53(10) :1063-70. Publisher : Springer. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2018-37876-001&site=ehost-live&scope=site>.
- [31] Philpott LF, Leahy-Warren P, FitzGerald S, Savage E. Prevalence and associated factors of paternal stress, anxiety, and depression symptoms in the early postnatal period. *Global Mental Health*. 2022;9 :306-21. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9768414/>.
- [32] Philpott LF, Corcoran P. Paternal postnatal depression in Ireland : Prevalence and associated factors. *Midwifery*. 2018 Jan;56 :121-7.
- [33] Vismara L, Rollè L, Agostini F, Sechi C, Fenaroli V, Molgora S, et al. Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers : A 3- to 6-Months Postpartum Follow-Up Study. *Frontiers in Psychology*. 2016;7. Available from : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.00938>.
- [34] Lyubenova A, Neupane D, Levis B, Wu Y, Sun Y, He C, et al. Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM Disorders classification : Systematic review and individual participant data meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2020 Oct;30(1) :e1860. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7992289/>.
- [35] Levis B, Yan XW, He C, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Comparison of depression prevalence estimates in meta-analyses based on screening tools and rating scales versus diagnos-

- tic interviews : a meta-research review. *BMC Medicine*. 2019 Mar;17 :65. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6427845/>.
- [36] Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression : A Meta-analysis. *JAMA*. 2010 May;303(19) :1961. Available from : <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2010.605>.
- [37] Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2023;(2) :28-40.
- [38] Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women : A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2022 Oct;31(19-20) :2665-77.
- [39] Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018 Sep;104 :235-48. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395618304928>.
- [40] Nakamura A, Sutter-Dallay AL, El-Khoury Lesueur F, Thierry X, Gressier F, Melchior M, et al. Informal and formal social support during pregnancy and joint maternal and paternal postnatal depression : Data from the French representative ELFE cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020 Aug;66(5) :431-41. Publisher : SAGE Publications Ltd. Available from : <https://doi.org/10.1177/0020764020911409>.
- [41] Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period : Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*. 2010 Sep;125(1-3) :365-8. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927780/>.
- [42] CAF - Qu'est-ce que la dépression du post-partum paternelle?;. Available from : <https://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/articles/qu-est-ce-que-la-depression-du-post-partum-paternelle>.
- [43] Dépression post-partum : les pères sont aussi à risque;. Available from : <https://naitreetgrandir.com/fr/chroniques/depression-post-partum-peres-aussi-a-risque/>.
- [44] Dennis C, 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. *Depression and Anxiety*. 2022 Mar;39(3) :233-45. Publisher : John Wiley & Sons. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2022-18916-001&site=ehost-live&scope=site>.
- [45] Nishigori H, Obara T, Nishigori T, Metoki H, Mizuno S, Ishikuro M, et al. The prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms of fathers at one and 6 months postpartum : an adjunct study of the Japan Environment & Children's Study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020 Aug;33(16) :2797-804. Available from : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2018.1560415>.
- [46] Suto M, Isogai E, Mizutani F, Kakee N, Misago C, Takehara K. Prevalence and Factors Associated With Postpartum Depression in Fathers : A Regional, Longitudinal Study in Japan : POSTPARTUM DEPRESSION IN FATHERS. *Research in Nursing & Health*. 2016 Aug;39(4) :253-62. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.21728>.
- [47] Thomson KC, Romaniuk H, Greenwood CJ, Letcher P, Spry E, Macdonald JA, et al. Adolescent antecedents of maternal and paternal perinatal depression : a 36-year prospective cohort. *Psychological Medicine*. 2021 Sep;51(12) :2126-33. Available from : [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291720000902/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291720000902/type/journal_article).

- [48] Massoudi B, Hwang CP, Wickberg B. Fathers' depressive symptoms in the postnatal period : Prevalence and correlates in a population-based Swedish study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2016 Nov;44(7) :688-94. Available from : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494816661652>.
- [49] Underwood L, Waldie KE, Peterson E, D'Souza S, Verbiest M, McDaid F, et al. Paternal Depression Symptoms During Pregnancy and After Childbirth Among Participants in the Growing Up in New Zealand Study. *JAMA Psychiatry*. 2017 Apr;74(4) :360-9. Available from : <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4234>.
- [50] Agostini F, Neri E, Genova F, Trombini E, Provera A, Biasini A, et al. Depressive Symptoms in Fathers during the First Postpartum Year : The Influence of Severity of Preterm Birth, Parenting Stress and Partners' Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Aug ;19(15) :9478. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9368501/>.
- [51] Da Costa D, Danieli C, Abrahamowicz M, Dasgupta K, Sewitch M, Lowensteyn I, et al. A prospective study of postnatal depressive symptoms and associated risk factors in first-time fathers. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Apr;249 :371-7. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032718321694>.
- [52] Doi S, Isumi A, Fujiwara T. Association of adverse childhood experiences with postpartum depression and anxiety in fathers : A prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2022 Jan;76(1) :35-6. Publisher : Wiley-Blackwell Publishing Ltd. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2022-22111-005&site=ehost-live&scope=site>.
- [53] Saxbe DE, Schetter CD, Guardino CM, Ramey SL, Shalowitz MU, Thorp J, et al. Sleep Quality Predicts Persistence of Parental Postpartum Depressive Symptoms and Transmission of Depressive Symptoms from Mothers to Fathers. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2016 Dec;50(6) :862-75. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6644068/>.
- [54] Wells MB, Jeon L, Aronson O. Bidirectional associations between paternal postpartum depression symptoms and coparenting : A cross-lagged panel model of fathers of infants and toddlers. *Journal of Affective Disorders*. 2023 Mar;324 :440-8. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722014926>.
- [55] The State-Trait Anxiety Inventory (STAI);. Available from : <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state>.
- [56] Anding JE, Röhrle B, Grieshop M, Schücking B, Christiansen H. Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Jan;190 :300-9. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016503271530759X>.
- [57] Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and non-postpartum women : prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002 Dec;106(6) :426-33. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x>.
- [58] The APrON Team, Leung BMY, Letourneau NL, Giesbrecht GF, Ntanda H, Hart M. Predictors of Postpartum Depression in Partnered Mothers and Fathers from a Longitudinal Cohort. *Community Mental Health Journal*. 2017 May;53(4) :420-31. Available from : <http://link.springer.com/10.1007/s10597-016-0060-0>.

- [59] Ip P, Li TMH, Chan KL, Ting AYY, Chan CY, Koh YW, et al. Associations of paternal postpartum depressive symptoms and infant development in a Chinese longitudinal study. *Infant Behavior and Development*. 2018 Nov;53 :81-9. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163638316301862>.
- [60] Howarth AM, Swain NR. Predictors of postpartum depression in first-time fathers. *Australasian Psychiatry*. 2020 Oct;28(5) :552-4. Available from : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1039856220924324>.
- [61] Abdollahi F, Lye MS, Yazdani Cherati J, Zarghami M. Depressive symptoms in men immediately after birth. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021 Dec;151 :110650. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399921002956>.
- [62] Barooj-Kiakalae O, Hosseini SH, Mohammadpour-Tahmtan RA, Hosseini-Tabaghdehi M, Jahantar S, Esmaeili-Douki Z, et al. Paternal postpartum depression's relationship to maternal pre and postpartum depression, and father-mother dyads marital satisfaction : A structural equation model analysis of a longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Jan;297 :375-80. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032721011769>.
- [63] Segre G, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M. Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits : a feasibility study within the NASCITA cohort. *BMJ Open*. 2023 Jun;13(6) :e069797. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10314581/>.
- [64] Clavenna A, Seletti E, Cartabia M, Didoni A, Fortinguerra F, Sciascia T, et al. Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry*. 2017 Jan;17(1) :42. Available from : <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1205-6>.
- [65] Philpott LF, Savage E, FitzGerald S, Leahy-Warren P. Anxiety in fathers in the perinatal period : A systematic review. *Midwifery*. 2019 Sep;76 :54-101. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613819301214>.
- [66] Shaheen NA, AlAtiq Y, Thomas A, Alanazi HA, AlZahrani ZE, Younis SAR, et al. Paternal Postnatal Depression Among Fathers of Newborn in Saudi Arabia. *American Journal of Men's Health*. 2019 Feb;13(1) :1557988319831219. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6775555/>.
- [67] Takehara K, Suto M, Kato T. Parental psychological distress in the postnatal period in Japan : a population-based analysis of a national cross-sectional survey. *Scientific Reports*. 2020 Aug;10 :13770. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7426913/>.
- [68] Atif M, Halaki M, Chow CM, Raynes-Greenow C. Risk factors of paternal postnatal depression in Pakistan : Findings from an urban sample. *Nursing & Health Sciences*. 2022;24(3) :618-24. \_eprint : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/nhs.12954>. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12954>.
- [69] Finnbogadóttir HR, Persson EK. Risk for partners' depression and anxiety during pregnancy and up to one year postpartum : A longitudinal cohort study. *European Journal of Midwifery*. 2022 Jun;6 :40. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9214657/>.
- [70] Alibekova R, Huang JP, Lee TSH, Au HK, Chen YH. Effects of smoking on perinatal depression and anxiety in mothers and fathers : A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Mar;193 :18-26. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715308466>.
- [71] M D, M D. L'entretien prénatal précoce;. Available from : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/EPP>.

- [72] Chen YH, Huang JP, Au HK, Chen YH. High risk of depression, anxiety, and poor quality of life among experienced fathers, but not mothers : A prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2019 Jan ;242 :39-47. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718316641>.
- [73] Sockol LE, Allred KM. Correlates of symptoms of depression and anxiety among expectant and new fathers. *Psychology of Men & Masculinity*. 2018 Jul ;19(3) :362-72. Publisher : Educational Publishing Foundation. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2017-21182-001&site=ehost-live&scope=site>.
- [74] Bamishigbin ON, Schetter CD, Guardino CM, Stanton AL, Schafer P, Shalowitz M, et al. Risk, Resilience, and Depressive Symptoms in Low-Income African American Fathers. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*. 2017 Jan ;23(1) :70-80. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6644062/>.
- [75] J Henshaw E, Cooper M, Wood T, N Doan S, Krishna S, Lockhart M. Psychosocial predictors of early postpartum depressive and anxious symptoms in primiparous women and their partners. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023 Mar ;23(1) :209. Available from : <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05506-8>.
- [76] 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. *The Lancet Public Health*. 2023 Jan ;8(1) :e15-27. Publisher : Elsevier. Available from : [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00288-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00288-2/fulltext).
- [77] Khaled M, Corner GW, Morris A, Havaladar S, Luo E, Saxbe DE. Physiological linkage in pregnancy : Couples' cortisol, negative conflict behavior, and postpartum depression. *Biological Psychology*. 2021 Apr ;161 :108075.
- [78] Coles L, Thorpe K, Smith S, Hewitt B, Ruppner L, Bayliss O, et al. Children's sleep and fathers' health and wellbeing : A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2022 Feb ;61 :101570.
- [79] Short S, Davis PE, Gheyoh Ndzi E. An exploration of masculinity, social support and depression in new and experienced fathers. *Midwifery*. 2023 Aug ;123 :103715. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823001183>.
- [80] Macdonald JA, Francis LM, Skouteris H, Youssef GJ, Graeme LG, Williams J, et al. Cohort profile : the Men and Parenting Pathways (MAPP) Study : a longitudinal Australian cohort study of men's mental health and well-being at the normative age for first-time fatherhood. *BMJ Open*. 2021 Jul ;11(7) :e047909. Publisher : British Medical Journal Publishing Group Section : Mental health. Available from : <https://bmjopen.bmj.com/content/11/7/e047909>.
- [81] Alves S, Fonseca A, Canavarro MC, Pereira M. Does Dyadic Coping Predict Couples' Postpartum Psychosocial Adjustment? A Dyadic Longitudinal Study. *Frontiers in Psychology*. 2020 ;11. Available from : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.561091>.
- [82] Lecompte-Antoine M. Etats des lieux de la prise en charge de la dépression postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille [Thèse d'exercice]. Lille ; 1969-2017, France : Université du droit et de la santé ; 2015. Available from : [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2015/2015LIL2M016.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M016.pdf).
- [83] Hamil J, Gier E, Garfield CF, Tandon D. The Development and Pilot of a Technology-Based Intervention in the United States for Father's Mental Health in the Perinatal Period. *American Journal of Men's Health*. 2021 Sep ;15(5) :15579883211044306. Publisher : SAGE Publications Inc. Available from : <https://doi.org/10.1177/15579883211044306>.

- [84] Tandon SD, Hamil J, Gier EE, Garfield CF. Examining the Effectiveness of the Fathers and Babies Intervention : A Pilot Study. *Frontiers in Psychology*. 2021 Jul;12 :668284. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8319568/>.
- [85] Fletcher R, Kay-Lambkin E, May C, Oldmeadow C, Attia J, Leigh L. Supporting men through their transition to fatherhood with messages delivered to their smartphones : a feasibility study of SMS4dads. *BMC Public Health*. 2017 Dec;17 :953. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5729488/>.
- [86] Mihelic M, Morawska A, Filus A. DOES A PERINATAL PARENTING INTERVENTION WORK FOR FATHERS? A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Infant Mental Health Journal*. 2018 Nov;39(6) :687-98. Available from : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/imhj.21748>.
- [87] Ammerman RT, Peugh JL, Teeters AR, Sakuma KLK, Jones DE, Hostetler ML, et al. Promoting parenting in home visiting : A CACE analysis of Family Foundations. *Journal of Family Psychology*. 2022 Mar ;36(2) :225-35. Publisher : American Psychological Association. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2021-59958-001&site=ehost-live&scope=site>.
- [88] Battle CL, Cardemil E, Rossi R, O'Hara MW, Miller IW. Family treatment for postpartum depression : acceptability, feasibility, and preliminary clinical outcomes. *Archives of Women's Mental Health*. 2023 Feb;26(1) :127-34. Available from : <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01282-0>.
- [89] Charandabi SMA, Mirghafourvand M, Sanaati F. The Effect of Life Style Based Education on the Fathers' Anxiety and Depression During Pregnancy and Postpartum Periods : A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal*. 2017 May;53(4) :482-9. Available from : <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0103-1>.
- [90] Husain MI, Chaudhry IB, Khoso AB, Wan MW, Kiran T, Shiri T, et al. A Group Parenting Intervention for Depressed Fathers (LTP + Dads) : A Feasibility Study from Pakistan. *Children*. 2021 Jan ;8(1) :26. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7825441/>.
- [91] Ngai FW, Gao LL. Effect of couple-based interpersonal psychotherapy on postpartum depressive symptoms : A randomised controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry*. 2022 Dec ;78 :103274. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201822002726>.
- [92] Rayburn SR, Coatsworth JD, MacPhee D. Becoming Fathers : A Mixed-methods Study of the Feasibility and Acceptability of a Mindfulness-Based Group Intervention for Perinatal Fathers. *Journal of Child and Family Studies*. 2021 Nov;30(11) :2822-32. Available from : <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02105-z>.
- [93] Warriner S, Crane C, Dymond M, Krusche A. An evaluation of mindfulness-based childbirth and parenting courses for pregnant women and prospective fathers/partners within the UK NHS (MBCP-4-NHS). *Midwifery*. 2018 Sep ;64 :1-10. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613818301372>.
- [94] Weissman MM, Markowitz JC, Klerman G. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books ; 2008.
- [95] Bardacke N. *Mindful birthing : training the mind, body, and heart for childbirth and beyond*. Harper Collins ; 2012.
- [96] Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2014 Mar ;174(3) :357-68. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4142584/>.

- [97] Duncan LG, Shaddix C. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) : Innovation in Birth Preparation to Support Healthy, Happy Families. *International journal of birth and parent education*. 2015 Jan ;2(2) :30-3. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5645068/>.
- [98] Heshmati A, Honkaniemi H, Juárez SP. The effect of parental leave on parents' mental health : a systematic review. *The Lancet Public Health*. 2023 Jan ;8(1) :e57-75. Publisher : Elsevier. Available from : [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00311-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00311-5/fulltext).
- [99] Paternité et accueil de l'enfant : vos indemnités journalières;. Available from : <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/assure/remboursements/indemnites-journalieres-maladie-maternite-paternite/conge-paternite-accueil-enfant>.
- [100] Cameron EE, Hunter D, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. What do dads want? Treatment preferences for paternal postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*. 2017 Jun ;215 :62-70. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716322340>.
- [101] Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenber R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, et al. Brexanolone injection in post-partum depression : two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *The Lancet*. 2018 Sep ;392(10152) :1058-70. Publisher : Elsevier. Available from : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31551-4/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31551-4/abstract).
- [102] Pearlstein T. Perinatal depression : treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*. 2008 Jul ;33(4) :302-18. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440793/>.
- [103] Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care : Recent Developments. *Current Psychiatry Reports*. 2019 ;21(12) :129. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875158/>.
- [104] Ji M, Li R, Xu Y. Meta-analysis of the effect of different exercise modalities in the prevention and treatment of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*. 2024 Apr ;350 :442-51. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724000867>.
- [105] Ayinde O, Lasebikan VO. Factors associated with paternal perinatal depression in fathers of newborns in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2019 Jan ;40(1) :57-65. Available from : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2017.1398726>.
- [106] Bamishigbin ON, Wilson DK, Abshire DA, Mejia-Lancheros C, Dunkel Schetter C. Father Involvement in Infant Parenting in an Ethnically Diverse Community Sample : Predicting Paternal Depressive Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Sep ;11 :578688. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7538507/>.
- [107] Challacombe FL, Pietikäinen JT, Kiviruusu O, Saarenpää-Heikkilä O, Paunio T, Paavonen EJ. Paternal perinatal stress is associated with children's emotional problems at 2years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2023 Feb ;64(2) :277-88. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10092317/>.
- [108] Ertekin Pinar S, Ozbek H. Paternal depression and attachment levels of first-time fathers in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022 Jul ;58(3) :1082-8. Publisher : Wiley-Blackwell Publishing Ltd. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2021-66111-001&site=ehost-live&scope=site>.
- [109] Huang J, Zheng J, Ling-ling G. Individual and dyadic network analyses of depressive symptoms in Chinese postpartum couples : A cross-sectional study. *Midwifery*. 2023 Jan ;116 :103529. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613822002789>.

- [110] Jia L, Ji F, Wu J, Wang Y, Wu C. Paternal depressive symptoms during the early postpartum period and the associated factors following the implementation of the two-child policy in China. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2020 Apr;34(2) :43-9. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941719302912>.
- [111] Johansson M, Svensson I, Stenström U, Massoudi P. Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 months after birth. *Journal of Child Health Care*. 2017 Mar;21(1) :65-73. Available from : <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493516679015>.
- [112] Kerstis B, Aarts C, Tillman C, Persson H, Engström G, Edlund B, et al. Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives of Women's Mental Health*. 2016 Feb;19(1) :87-94. Available from : <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0522-3>.
- [113] Kiviruusu O, Pietikäinen JT, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Marttunen M, et al. Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Jan;260 :629-37. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032719308262>.
- [114] Köse Tuncer S, Kaloğlu Binici D. The correlation between spousal support and postpartum depression in fathers. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022 Oct;58(4) :2407-13. Publisher : Wiley-Blackwell Publishing Ltd. Available from : <http://scd1.univ-fcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2022-52658-001&site=ehost-live&scope=site>.
- [115] Letourneau N, Leung B, Ntanda H, Dewey D, Deane AJ, Giesbrecht GF. Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour : findings from the APrON longitudinal study. *BMC Pediatrics*. 2019 Nov;19 :435. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852959/>.
- [116] Mahmoodi H, Golboni F, Nadrian H, Zareipour M, Shirzadi S, Gheshlagh RG. Mother-Father Differences in Postnatal Psychological Distress and Its Determinants in Iran. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2017 Jan;5(1) :91-6. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5320915/>.
- [117] Maleki A, Faghihzadeh S, Niroomand S. The relationship between paternal prenatal depressive symptoms with postnatal depression : The PATH model. *Psychiatry Research*. 2018 Nov;269 :102-7. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178117320036>.
- [118] Petersen IB, Quinlivan JA. Fatherhood too soon. Anxiety, depression and quality of life in fathers of preterm and term babies : a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 2021 Jun;42(2) :162-7.
- [119] Shariat M, Abedinia N, Charousaei H, Fatahi F. The Relationship Between Paternal Postpartum Depression and Psychosocial Variables : A longitudinal Study in Iran. *Journal of Family & Reproductive Health*. 2022 Dec;16(4) :272-81. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10350544/>.
- [120] Takehara K, Suto M, Kakee N, Tachibana Y, Mori R. Prenatal and early postnatal depression and child maltreatment among Japanese fathers. *Child Abuse & Neglect*. 2017 Aug;70 :231-9. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213417302375>.
- [121] Top ED, Cetisli NE, Guclu S, Zengin EB. Paternal Depression Rates in Prenatal and Postpartum Periods and Affecting Factors. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016 Dec;30(6) :747-52. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941716301145>.
- [122] Wells MB, Aronson O. Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support : A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. *Jour-*

nal of Affective Disorders. 2021 Feb ;280 :127-35. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720329487>.

- [123] Yamakawa Y, Maruta M, Higuchi Y, Tokunaga A, Iwanaga R, Honda S, et al. Factors influencing postpartum depression among Japanese parents : A prospective longitudinal study. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2023 Mar ;43(2) :213-21. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10275289/>.
- [124] Zhang YP, Zhang LL, Wei HH, Zhang Y, Zhang CL, Porr C. Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. *Midwifery*. 2016 Apr ;35 :47-52. Available from : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613816000231>.



# Table des matières

## Glossaire

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Méthode</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Méthodes de dépistage</b>	<b>9</b>
3.1	Échelles . . . . .	9
3.2	Validation d'une échelle . . . . .	11
<b>4</b>	<b>Prévalence</b>	<b>13</b>
4.1	Résultats . . . . .	13
4.1.1	Par échelle de dépistage . . . . .	13
4.1.2	Par pays . . . . .	14
4.1.3	Par date d'inclusion . . . . .	15
4.2	Discussion . . . . .	18
<b>5</b>	<b>Facteurs de risque et protecteurs</b>	<b>19</b>
5.1	Facteurs de risque . . . . .	19
5.1.1	Facteurs liés à la santé mentale . . . . .	21
5.1.2	Facteurs liés à la conjointe ou aux enfants . . . . .	22
5.1.3	Facteurs liés à la santé physique . . . . .	23
5.1.4	Facteurs liés aux conditions sociales . . . . .	23
5.1.5	Autres facteurs . . . . .	24
5.2	Facteurs protecteurs . . . . .	25
5.2.1	Facteurs liés à la dynamique du couple . . . . .	25
5.2.2	Facteurs liés aux enfants . . . . .	26
5.2.3	Facteurs liés aux conditions sociales . . . . .	26
5.2.4	Facteurs biologiques . . . . .	27
5.3	Discussion . . . . .	27

<b>6</b>	<b>Prise en charge</b>	<b>31</b>
6.1	Résultats généraux . . . . .	31
6.2	Détail des interventions et de leurs résultats . . . . .	35
6.3	Discussion . . . . .	36
<b>7</b>	<b>Conclusion</b>	<b>39</b>
	<b>Appendice</b>	<b>41</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>51</b>
	<b>Table des matières</b>	<b>63</b>
	<b>Liste des tableaux</b>	<b>65</b>
	<b>Table des figures</b>	<b>67</b>

# Liste des tableaux

3.1	Méthodes communes de dépistage de la dépression . . . . .	10
4.1	Prévalence par pays . . . . .	15
6.1	Prise en charge . . . . .	32
7.1	Données concernant la prévalence . . . . .	42
7.2	Données concernant les facteurs de risque . . . . .	46
7.3	Données concernant les facteurs protecteurs . . . . .	49



# Table des figures

1.1 Proposition de traduction de l'entrée dépression du DSM-5 par l'HAS .	4
2.1 Flowchart . . . . .	7
3.1 Étapes de validation d'une échelle . . . . .	11
4.1 Prévalence 0-2 mois . . . . .	16
4.2 Prévalence 3-5 mois . . . . .	16
4.3 Prévalence 6-8 mois . . . . .	17
4.4 Prévalence 9-12 mois . . . . .	17
4.5 Prévalence 13-25 mois . . . . .	17
5.1 Facteurs de risque . . . . .	20
5.2 Facteurs protecteurs . . . . .	25
7.1 Échelle EPDS en français . . . . .	50







## RÉSUMÉ

\*\*\*\*\*

Nom – Prénom : SELME Guillaume

Thèse soutenue le : 16/01/2025

Titre de la thèse : La dépression post-partum paternelle : revue de la littérature

Résumé :

La dépression post-partum paternelle (PPD) est une maladie peu connue des professionnels de santé comme des patients. La littérature disponible est en pleine expansion.

Par le biais de cette revue de littérature, regroupant les articles publiés en langue française et anglaise, entre 2016 et 2023, nous allons en explorer la prévalence, les facteurs de risque et protecteurs ainsi que les études évaluant sa prise en charge. La recherche s'est faite sur les bases de données PubMed et PsychInfo.

Nous retrouvons qu'il s'agit d'une maladie à prévalence élevée de 12,7% et qui n'épargne aucun pays dans le monde.

Ses facteurs de risques sont multiples et sont liés aux antécédents psychiatriques personnels tout comme ceux de la conjointe. Ils dépendent aussi de la relation qui existe avec l'enfant. Les facteurs socio-économiques bas, le manque de support formel ou informel, le manque de sommeil sont aussi des facteurs à prendre en compte.

Nous remarquons qu'une bonne dynamique de couple, une interaction positive avec l'enfant et une qualité de vie améliorée par le congé parental sont des facteurs protecteurs de la PPD.

Enfin, la littérature concernant la prise en charge de ce trouble est balbutiante, de nombreuses études pilotes sont en cours et toutes évaluent une prise en charge non médicamenteuse. Aucune étude n'évaluant la prise de chimiothérapie n'a été retrouvée.

Il pourrait être utile de développer une échelle facilement utilisable en cabinet afin d'améliorer le dépistage de cette maladie.

Mots-clés : Dépression post-partum, paternelle, père, revue de littérature, prévalence, facteur de risque, prise en charge

