



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

**Thèse pour le diplôme d'État
de docteur en MÉDECINE**

**Paternité et troubles psychiques : la Dépression Paternelle du Post-
Partum au regard d'un cas clinique**

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2023 à 16h
au Pôle Formation
par **Charles VERHERBRUGGEN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseur :

Madame le Docteur Catharina SCHOEMAKER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aline PICARD

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Abréviations

ACTH	<i>Adreno CorticoTropic Hormone</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CES-D	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i>
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} révision
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
CRH	<i>Corticotropin Releasing Hormone</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual, 5^{ème} révision</i>
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
GMDS	<i>Gotland Male Depression Scale</i>
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse

Sommaire

Avertissement.....	2
Abréviations.....	4
Sommaire	5
Introduction.....	9
Cadre théorique.....	11
I. La Paternité.....	11
A. Définitions.....	11
1. Père.....	11
2. Paternité, paternel(le)	11
B. Histoire de la paternité.....	12
1. Antiquité : le Pater Familias.....	12
2. Moyen-Âge	13
3. Epoque Moderne : L'Âge d'Or	13
4. Du XVIIIe au XIXe siècle	14
5. XXe et XXIe siècle : l'Ère de la coparentalité.....	14
C. Cadre légal de la paternité.....	15
1. La Présomption de paternité.....	15
2. La Reconnaissance de la paternité	16
3. Le congé de paternité.....	16
II. Les Troubles psychiques de la paternité.....	17
A. Le Syndrome de couvade.....	17
B. Les Troubles anxieux paternels	18
C. Les Troubles psychotiques	19
D. La dépression du post-partum	19

III. La Dépression Maternelle du Post-Partum.....	20
A. Définition.....	20
B. Le cas du post-partum blues.....	20
C. Épidémiologie	21
D. Facteurs de risque	21
1. Facteurs de risque socio-démographiques.....	21
2. Facteurs de risque obstétricaux.....	22
3. Facteurs de risque biologiques.....	22
E. Clinique.....	23
Cas clinique.....	24
A. Mode de Vie	24
B. Antécédents.....	25
C. Premier entretien 3 jours après l'accouchement.....	25
D. Deuxième entretien 5 jours après l'accouchement	27
E. Troisième entretien 8 jours après l'accouchement.....	28
F. Quatrième entretien 14 jours après l'accouchement, 1 jour avant la sortie	29
G. Appel téléphonique 19 jours après la sortie de maternité	29
Discussion	31
I. Repérer la Dépression Paternelle du Post-Partum	31
A. La difficulté à demander de l'aide	31
B. Evolution et pic	32
C. Clinique.....	32
1. Selon le DSM-5	32
2. Une symptomatologie plus insidieuse	33
D. Facteurs de risque	35

1. Facteurs de risque psychologiques	35
a) La Dépression Maternelle du Post-Partum	35
b) Faiblesse des ressources de résilience psychosociale.....	35
c) Insatisfaction relationnelle.....	36
d) Stress perçu et évènements de vie négatifs	36
e) Antécédent personnel de dépression	37
2. Facteurs de risque socio-démographiques.....	37
a) Statut professionnel et difficultés financières	37
b) Autres facteurs de risque	38
3. Facteurs de risque obstétricaux et infantiles.....	38
a) Sur le plan obstétrical	38
b) Sur le plan infantile	39
E. Outils diagnostiques	39
II. La Place du Père.....	41
A. Se préparer à devenir père	41
1. Le processus de paternité	41
2. Matrifocalité et exclusion	42
3. Vers un accompagnement du futur père	43
B. Le père en maternité.....	44
1. Une place à trouver	44
2. Un rôle à investir.....	45
3. Le cas de l'accouchement par césarienne	45
III. Conséquences pour l'enfant.....	47
A. Retentissement de la dépression paternelle.....	49
1. Le rôle du père	49

2. Impact sur l'enfant	49
B. Retentissement d'une dépression chez les deux parents	50
1. L'effet tampon du père.....	51
2. Un effet synergique	51
Conclusion.....	52
Références	55

Introduction

L'arrivée d'un enfant, d'un nouveau membre dans une famille, est un moment important dans la vie d'un individu et d'un couple. Il s'inscrit dans un processus de maturation psychique, débutant le plus souvent en anténatal et pouvant s'étendre variablement jusqu'à plusieurs mois dans le post-partum, qui fera d'eux une mère et un père.

L'accouchement et le post-partum sont toutefois des périodes à risque pour chacun des deux parents au cours desquels peuvent se développer des troubles psychiques variés. C'est pour cela que des équipes de psychiatrie périnatale sont amenés à repérer et prendre en charge les personnes nécessitant un accompagnement. Parmi ces troubles, la dépression du post-partum a longtemps été l'apanage des femmes mais depuis quelques années nous voyons émerger la notion d'une forme spécifiquement paternelle de cette pathologie psychiatrique.

La dépression paternelle du post-partum est un sujet encore méconnu, sur lequel très peu d'études se sont penchées. Elle n'a pas, pour le moment, de définition consensuelle. Sa définition se base sur celle de la dépression maternelle du post-partum qui n'a pas non plus d'entité propre au sein du DSM-5. Elle y est considérée comme un épisode dépressif majeur ayant pour particularité de se développer dans le cadre d'une grossesse.

Le travail présenté ici consistera au travers de la présentation d'un cas clinique d'un père rencontré en maternité, à dresser un état des lieux de la notion de dépression du post-partum chez le père. Nous allons dans un premier temps faire un point théorique sur la paternité, les troubles psychiques qui y sont associés et aborderons le cas de la dépression maternelle. Dans un second temps, un cas clinique

concernant le développement de la dépression du post-partum chez un père nous permettra d'illustrer notre propos. Enfin une discussion autour de la place des pères dans les soins périnataux, du repérage de la dépression et de son importance au sein de la famille permettra une réflexion sur le sujet.

Cadre théorique

I. La Paternité

A. Définitions

1. Père

Selon l'Académie Française, le père désigne l'homme qui a engendré un ou plusieurs enfants. Le terme est issu de l'ancien français *pere* lui-même découlant du latin *pater*, tous deux de même sens, et dérivé de l'indo-européen *phter* qui signifie « chef de famille ».

Le terme père revêt de nombreuses autres définitions. Dans la plupart des sociétés, il peut désigner un individu mâle ayant pris la responsabilité de la vie d'un enfant ou une personne ayant un ascendant sur une autre quel que soit le degré de parenté.

Au sens figuré, le mot père se réfère à celui qui a beaucoup fait pour la prospérité d'une classe nombreuses de personnes.

Dans le contexte religieux, et plus précisément chrétien, le terme désigne avant tout l'une des trois personnes formant la Trinité avec le Fils et le Saint-Esprit. Par extension, les catholiques désignent par « mon père » les prêtres de leur foi (1).

2. Paternité, paternel(le)

Le mot paternité est emprunté du latin *paternitas* et désigne en premier lieu la qualité de père, le fait d'être père. On désigne également par paternité le lien de droit entre un père et son enfant, sa reconnaissance sociale et biologique (2).

Plus largement, la paternité renvoie à la qualité d'auteur, de créateur de quelque chose tel une œuvre ou une invention.

Le terme paternel définit ce qui a un rapport au père, ce qui est propre au père. Il est issu du mot latin médiéval *paternalis* lui-même dérivé de *patero* (3).

B. Histoire de la paternité

1. **Antiquité : le Pater Familias**

Dans la Rome Antique la paternité biologique n'importe pas. Dans le Droit Romain, seul compte la volonté de reconnaissance de l'enfant par le père, quel qu'en soit la raison politique, religieuse, social ou économique. Le lien biologique ne fonde pas la paternité. « Le père n'est pas celui qui féconde mais celui qui décide » (4,5).

Un homme devient *pater* à la naissance de son fils mais tant qu'il a lui-même un ascendant familial en la personne de son père ou de son grand-père, il demeure sous son *potestas*, son autorité. Ce n'est qu'à la mort de cette figure d'autorité qu'il devient le détenteur du *potestas*, le *Pater Familias*. Ce « père de famille » en latin détient le droit de vie ou de mort sur sa femme et ses enfants. A la naissance il peut choisir de supprimer ou d'exposer le nouveau-né. L'exposition correspondant à l'acte par lequel le père reconnaît l'enfant comme sien. Il peut choisir de le vendre, le donner en gage ou le céder à l'adoption. Il décide de le marier comme il l'entend. Toutefois en prenant un enfant, un père prend l'engagement de le nourrir et de l'instruire sur le plan civil et politique (4,5).

A cette époque, les divorces sont une pratique courante. Un couple se sépare mais les enfants demeurent la propriété du père qui détient tous les droits (6).

2. Moyen-Âge

Avec la décadence de l'Empire romain et l'avènement du christianisme, on assiste à une déchéance de la puissance paternelle. Le père perd le droit de mort et d'appliquer des mauvais traitements sur son enfant. L'adoption se veut plus difficile, l'Eglise privilégiant la famille légitime. Le lien biologique devient alors déterminant (5,6).

A partir des XIIe et XIIIe siècle, le rôle de père est institutionnalisé, « Le père est devenu celui que le mariage désigne » (6).

Un homme ne peut se voir conférer le statut de père que par l'institution du mariage qui a pour objectif la procréation d'un ou plusieurs enfants. Avec l'apparition du droit canonique, le mariage devient avant tout religieux et permet à l'Eglise d'en assurer la juridiction exclusive. Ainsi le prêtre devient juge et c'est l'Église qui décide des conditions du divorce. L'existence d'un lien charnel est une condition juridique de mariage qui peut être rendu nul en cas d'impuissance ou de refus de consommer (4).

3. Epoque Moderne : L'Âge d'Or

Du XVIe au XVIIIe siècle, on assiste à ce que Castelain-Meunier appelle « l'âge d'or des pères » avec une modification importante des rapports entre le père et ses enfants. Pour la première fois, la paternité est vue comme source de pédagogie. Bien que son autorité reste toute puissante, le père acquiert dès lors une figure de guide et d'éducateur. Selon Marie-Aimée Cliche le père se fait moins sévère et punitif mais toujours exigeant quant au respect et à l'obéissance » (4,6).

En revanche, le père reste toujours à distance physique de la naissance, il ne pouponne pas et n'aide pas à enfanter. De cette situation, Christine Castelain-Meunier dira « Aux femmes les soins du corps, aux pères les soins de l'âme » (4).

4. Du XVIIIe au XIXe siècle

Delaisi de Perceval rapporte que cette toute puissance paternelle est remise en cause pendant le siècle des Lumières puis avec la Révolution française. La présence grandissante du père au sein de l'intimité familiale débutée va de pair avec la contestation de son autorité. Avec le développement des droits des enfants, on assiste alors à l'effritement progressive de la toute-puissance du père. Par un décret du 20 septembre 1792, la majorité, jusque-là reconnu à 25 ans, est abaissée à 21 ans. En 1841, la loi sur l'interdiction du travail des enfants est adoptée. En 1882 l'école devient obligatoire, le père n'est donc plus le seul chargé d'éduquer ses enfants. De plus, avec l'article 913 du Code Civil, le partage des héritages se fait désormais de manière égale. En 1889, une loi institue la déchéance de l'autorité paternelle en cas d'incitation à la débauche, au crime et au vagabondage. En 1898, une loi prévoira la déchéance paternelle en cas de mauvais traitements avec placement à l'Assistance publique. On aperçoit que petit à petit l'État se substitue à l'autorité paternelle (4,6,7).

5. XXe et XXIe siècle : l'Ère de la coparentalité

Au cours du XXe siècle, la remise en cause du patriarcat et des valeurs traditionnelles en lien avec le conflit des générations et l'émergence des mouvements féministes contribuent à une disparition de la puissance paternelle.

Alors que, dans la première moitié du XXe siècle, le départ des hommes pour la guerre et leurs engagements grandissant dans les communautés les éloignent des foyers, les femmes commencent à acquérir une place centrale dans l'éducation des enfants. Les années 70 leur offrent une répartition plus équitable des rôles sociaux avec la promulgation des lois sur la contraception (1967) et sur l'avortement (1975) amenant à ce que Olivier Page appelle la « démocratie familiale ». En 1977, la notion « *d'autorité paternelle* » est remplacée par celle « *d'autorité parentale* ». On entre alors dans l'ère de la coparentalité (6–9).

En parallèle de cette évolution juridique, la figure du père évolue. L'image traditionnelle laisse place à celle d'un père attentionné, partageant ses anciennes prérogatives avec la mère. Selon Agnès Martial une nouvelle « intimité » se forme, faite de « proximité physique, d'attachement affectif et de complicité ».

De plus en plus, la paternité est déliée de la maternité. La relation paternelle se fonde sur plusieurs interprétations (la volonté, la biologie ou la réalité sociale, affective et éducative des liens) permettant de considérer la paternité comme un lien individuel à l'enfant et non plus médiée par la maternité. Ainsi le concept de garde alternée permet de voir émerger de nouveaux pères solitaires, « des pères sans mère » (9).

C. Cadre légal de la paternité

1. **La Présomption de paternité**

Dans l'article 331 du Code Civil, il est établi que le mari est considéré comme le père de l'enfant mis au monde par son épouse. C'est ce qu'on appelle la présomption de

paternité. Celle-ci peut être écartée dans le cas où l'acte de naissance de l'enfant ne désigne pas le mari comme père (10).

2. La Reconnaissance de la paternité

Si, depuis l'ordonnance du 4 juillet 2005, la filiation maternelle est automatiquement établie dès lors que le nom de la parturiente figure dans l'acte de naissance, la présomption de paternité ne s'applique pas tant que les parents ne sont pas mariés entre eux. La filiation paternelle réclame alors une démarche de la part de l'homme souhaitant reconnaître l'enfant auprès d'un officier d'état civil, d'un notaire ou d'un tribunal (article 316 du Code civil). Cette déclaration peut se faire avant la naissance, lors de la déclaration de naissance ou ultérieurement (11).

3. Le congé de paternité

Selon les articles L1225-35 et L1225-36 du Code du Travail, depuis le 1^{er} juillet 2021 le père d'un enfant né à partir de cette date bénéficie d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Sont concernés les pères salariés ainsi que le conjoint ou concubin salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité (12,13).

Ce congé est de 25 jours et s'étend à 32 jours en cas de naissances multiples. Il fait suite au congé de naissance de 3 jours ouvrables qui n'est pas, quant à lui, modifié par le nombre de naissance. Le congé de paternité se divise en deux parties (12) :

- Une première de 4 jours consécutifs, faisant obligatoirement suite au congé de naissance. En cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance,

le père peut demander une prolongation de la période initiale pendant toute l'hospitalisation et pour une durée maximale de 30 jours consécutifs.

Le salarié bénéficiaire doit interrompre son activité professionnelle pendant le congé de naissance et cette première partie du congé de paternité. Il est interdit d'employer le salarié durant cette période.

- Une seconde de 21 jours, 28 jours en cas de naissances multiples, pouvant être fractionnée en deux périodes d'une durée minimale de 5 jours. Cette seconde période doit être prise dans les 6 mois suivant la naissance de l'enfant. Il n'y a pas d'obligation pour le salarié de prendre cette deuxième période congé.

II. Les Troubles psychiques de la paternité

Les recherches axées sur la santé mentale paternelle sont limitées. Ainsi les données concernant les troubles psychiques liés à la paternité s'avèrent extrêmement restreintes.

Dans cette partie, nous évoquerons brièvement les cinq groupes de troubles psychiques les plus fréquemment mentionnés dans la littérature.

A. Le Syndrome de couvade

Le syndrome de couvade correspond à l'apparition de signes fonctionnels, chez le père, assimilables à ceux d'une grossesse : ballonnement, douleur abdominales, colites, nausées, vomissements, perturbation de l'appétit, prise de poids, fantaisies alimentaires, maux de tête, insomnies, démangeaisons, asthénie, etc... La couvade

concernerait entre 11 et 50% de pères et plus particulièrement à l'occasion de la première grossesse (14).

Ces symptômes, occasionnant une gêne réelle pour l'homme concerné, apparaissent typiquement au premier trimestre de grossesse, diminuent au cours du second pour augmenter de nouveau lors du troisième trimestre avant de disparaître après la naissance (15,16).

Sa nature n'est pas clairement définie : trouble de l'adaptation, trouble conversif, manifestation anxieuse, trouble hypocondriaque, etc... Parfois définie comme l'expression somatique de l'anxiété elle peut également être interprétée comme le refus de l'homme de rester passif dans la procréation, une ambivalence quant à son rôle de père (15).

B. Les Troubles anxieux paternels

Si les troubles anxieux restent également peu étudiés dans le contexte de l'arrivée d'un enfant, ils n'en sont pas moins très présents chez les jeunes pères. Le fait de devenir père serait ainsi vécu par 10% des hommes comme anxiogène.

Bien que souvent associés à un trouble dépressif, ils peuvent prendre la forme, comme chez la mère, de phobies d'impulsion ou de Troubles Obsessionnels Compulsifs (15,17).

Nous citerons le cas du Trouble de Stress Post-Traumatique, auquel les pères sont confrontés dans un contexte de perte périnatale ou du fait de leur exposition directe à la douleur de leur partenaire en salle d'accouchement, ainsi que dans les situations

imprévues d'urgences, d'accouchement par césarienne ou de souffrance de l'enfant (15).

C. Les Troubles psychotiques

Au moment de la grossesse ou dans le post-partum, peuvent survenir des épisodes psychotiques aigus ainsi que des décompensations psychotiques. La plupart du temps, les troubles retrouvés semblent correspondre à des bouffées délirantes aiguës ayant pour thème une jalousie à l'égard de la mère, des idées de persécution avec la verbalisation d'un doute sur l'origine de la paternité ainsi que sa négation (15,17).

Parfois, le trouble psychotique peut être préexistant à la grossesse qui fera alors office de catalyseur en favorisant la décompensation délirante en période périnatale.

D. La dépression du post-partum

La Dépression Paternelle du Post-Partum n'a pas de définition qui lui est propre et est défini à travers la dépression maternelle du post-partum. Comme précisé précédemment, le DSM-5 ne reconnaît pas cette dernière comme une entité à part entière et la définit comme un épisode dépressif caractérisé ayant la particularité de se développer dans le cadre d'une grossesse.

Si elle n'en est pas la symétrique, la dépression paternelle a malgré tout longtemps été étudié concurremment à la dépression maternelle. Si peu d'études se sont penchées sur le sujet, il ressort toutefois que les primi-pères ont moins d'épisodes dépressifs que les primi-mères. Selon une méta-analyse, la prévalence de la

dépression paternelle était de 10,4%. Dans sa revue de la littérature, Goodman estimait une prévalence comprise entre 10,1 et 28,6% de dépression paternelle sur la première année post-partum. Plus récemment, une méta-analyse de 2020 a évalué la dépression du post-partum à 8,75% (18,19).

Cette disparité des résultats s'expliquerait par l'absence de cadre défini à la dépression paternelle du post-partum : l'utilisation d'échelles et/ou de seuils différents et des moments d'évaluation variables par rapport à l'accouchement (20).

III. La Dépression Maternelle du Post-Partum

A. Définition

Contrairement au DSM-5, la CIM-10 décrit la Dépression Maternelle du Post-Partum comme une entité clinique spécifique (21).

Selon la CIM-10, elle se déclare dans les six semaines suivant la naissance. Dans certaines publications, les chercheurs prennent en compte les trois premiers mois post-partum mais la majorité des descriptions clinique estime pertinent de considérer l'ensemble de la première année suivant l'accouchement (21–23).

B. Le cas du post-partum blues

La Dépression du post-partum est à différencier du *post-partum blues* ou *baby blues* qui correspond à un état transitoire, non pathologique, survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement. Ce phénomène, parfois réduit à quelques heures, dure en général entre quatre et cinq jours avec un pic de fréquence au cours du troisième

jour post-partum et ne doit pas durer au-delà du septième jour. Il concernerait entre 50 et 80% des femmes venant d'accoucher. Dans ce contexte, les femmes nouvellement mères peuvent présenter les signes cliniques suivant : asthénie, irritabilité, labilité émotionnelle, anxiété et ruminations relatives aux soins de l'enfant, troubles du sommeil et plaintes somatiques (22,24).

C. Épidémiologie

La prévalence de la dépression maternelle oscille entre 10 et 20% selon les études avec une moyenne à 13%. Cette grande variabilité dans les chiffres s'expliquerait par l'emploi de méthodes différentes pour le recueil des informations selon les études, ainsi que le choix de la durée jugée pertinente pour le diagnostic (21,24).

D. Facteurs de risque

1. **Facteurs de risque socio-démographiques**

Parmi les facteurs de risque en lien avec le mode de vie de la mère nous retrouvons (21,22,24) :

- Les antécédents psychiatriques personnels et/ou familiaux.
- Les antécédents obstétricaux pathologiques (mort in utero, malformations fœtales, IMG, IVG, hospitalisation d'un nouveau-né).
- Une mère isolée ou célibataire.
- Des conflits conjugaux.
- Une personnalité immature.
- Des événements de vie stressants (décès, licenciement...).

2. Facteurs de risque obstétricaux

Dans le pré-partum, plusieurs facteurs de risque en lien avec la grossesse ont été retenus (21,22):

- La découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation.
- La survenue de complication durant la grossesse.
- Une grossesse non désirée et/ou non suivie.

Dans le post-partum, les facteurs de risque suivant, liés au vécu de l'accouchement, ont été identifiés (21,22) :

- Accouchement traumatique.
- Morbidités néonatales.
- Séparation mère-enfant en lien avec des problèmes de santé.

3. Facteurs de risque biologiques

Quelques études mettent en avant l'influence de facteurs biologiques sur la survenue de la dépression maternelle du post-partum. Ainsi la progestérone, la prolactine et la fonction thyroïdienne joueraient un rôle dans le déclenchement du trouble dépressif (21).

Plus précisément, sont à risque les femmes présentant (21):

- Un taux de prolactine faible.
- Un taux de progestérone.
- Un fonctionnement thyroïdien diminué.

E. Clinique

La dépression du post-partum est souvent comparée à la dépression majeure, que nous détaillerons dans la partie consacrée au père, avec laquelle elle partage plusieurs aspects cliniques.

Elle présente toutefois quelques particularités caractéristiques (21,22,24):

- Une aggravation vespérale (là où la dépression majeure augmente surtout le matin).
- Des idées suicidaires plus rares.
- Une culpabilité importante avec l'impression de ne pas assez aimer son enfant.
- Un sentiment d'incapacité avec mésestime de soi.
- Une irritabilité prenant le pas sur la tristesse.
- Une anxiété excessive vis-à-vis de la santé de l'enfant.
- Des difficultés d'endormissement avec épuisement diurne.

Cas clinique

J'ai rencontré Monsieur H. en mars 2023 dans le cadre de mon stage au sein d'une équipe de liaison de psychiatrie périnatale officiant en maternité. Le premier contact s'est fait à la demande de la conjointe du patient, par l'intermédiaire de l'équipe de sage-femmes du service d'hospitalisation. Elle se dit inquiète du comportement de Monsieur, qu'elle décrit comme « bloqué ». Les équipes soignantes évoquent un homme sidéré et non-aidant.

Madame vient d'accoucher d'un petit garçon en bonne santé, né à 34 semaines d'aménorrhée et pesant 1873 grammes. L'accouchement a nécessité la réalisation d'une césarienne en urgence et sous anesthésie générale en raison d'une présentation transverse de l'enfant à naître. L'opération s'est accompagnée d'une perte de 450 cc de sang par la mère. L'hospitalisation se prolongera pendant deux semaines.

A. Mode de Vie

Monsieur H. est âgé de 36 ans. Il est en concubinage avec Madame M. depuis 5 ans.

Le couple a une première fille âgée de 3 ans.

Madame a quant à elle un fils d'une précédente union âgé de 9 ans. La relation avec cet enfant serait bonne selon Monsieur qui affirme « ne pas faire de différence ».

Sur le plan professionnel, il travaille en tant qu'auto-entrepreneur depuis peu, ayant lancé son entreprise il y a 11 mois.

Sur le plan familial, Monsieur est issu d'une famille de quatre enfants. Il a un grand-frère et deux petites-sœurs. Il entretiendrait des relations cordiales avec sa fratrie. Ses parents désapprouveraient sa relation avec Madame M. du fait de leur différence d'origine. Quand il leur rend visite, Monsieur le ferait souvent seul ou avec sa fille « Ils ont du mal à l'accepter. Ils préféreraient que je me marie avec une marocaine ».

B. Antécédents

Il s'agit du premier contact entre le patient et la psychiatrie. Monsieur avoue témoigner une méfiance à l'égard de cette discipline médicale sans pouvoir la justifier. Sur le plan de la personnalité, il se décrit comme une personne impulsive, évoquant des passages à l'acte hétéro-agressifs durant sa jeunesse, et sujette à l'anxiété.

Sur le plan des consommations de toxique, il admet avoir consommé du cannabis par le passé, en particulier avec sa compagne au début de leur relation. Il n'y aurait plus de consommation depuis l'arrivée du premier enfant du couple.

C. Premier entretien 3 jours après l'accouchement

Je rencontre le patient en chambre en présence de Madame et de son fils à la demande de cette dernière. Monsieur apparaît fermé et me fait part de sa réticence initiale à me rencontrer. Il admet avoir accepté devant l'insistance de sa compagne et pour le bien de son fils.

Madame évoque un conjoint « absent », « pas comme d'habitude », distant avec leur enfant. Elle déclare que son conjoint avait très bien su s'occuper de leur premier enfant et qu'elle ne le reconnaissait pas. Étant alitée par suite de la césarienne, elle ne peut répondre aux besoins de son fils et s'en remet donc entièrement à Monsieur H.

Or, Monsieur H. ne s'occuperait pas des soins de son fils. Il ne lui donnerait pas le biberon, ne changerait pas ses couches, ne l'habillerait pas... A chaque fois que son fils requerrait une assistance, Monsieur H. se figerait et ferait appel aux équipes puéricultrices.

Monsieur H m'explique ressentir une angoisse importante quand il doit manipuler son fils et ne se sent pas capable de s'en occuper. Il le sent « fragile » et a peur « de lui faire du mal » ou « de le casser ». Il ressent la nécessité de s'isoler et de quitter la chambre régulièrement. Lui-même ne comprend pas ce qui lui arrive et dit ressentir de la honte vis-à-vis de son comportement.

En me confiant cela Monsieur H. s'effondre en larmes.

Au terme de l'entretien, le patient refuse le traitement anxiolytique que je lui propose. Afin de l'aider à nouer contact avec son fils je lui conseille de collaborer avec les infirmières puéricultrice d'abord en observateur avant de les assister pour ainsi acquérir une autonomie.

D. Deuxième entretien 5 jours après l'accouchement

Monsieur H. est seul en chambre avec son fils. Madame M. est sortie se dégourdir les jambes.

Il revient tout d'abord sur son mauvais vécu de l'accouchement, exposant point par point le déroulé des événements, dans un état parfois proche de la dissociation. Accompagnant Madame à la maternité, il dit s'être vu refuser l'entrée au sein du bloc opératoire. Un refus qu'il déclare ne pas comprendre mais qu'il a accepté sur l'instant. Monsieur évoque une attente prolongée au sein du couloir des blocs opératoire tandis qu'il n'avait aucune nouvelle de l'évolution de la situation. L'angoisse monte alors qu'il « voit défiler les brancards » devant ses yeux. Un soignant serait alors venu l'avertir de la décision du médecin de procéder à une césarienne en urgence ce qui provoquera la colère de Monsieur H. Il me partage son indignation relative à cette décision pour laquelle il estime devoir être consulté jugeant que le consentement de Madame aurait été obtenu en profitant du fait « qu'elle soit shootée par l'anesthésie ». Après un nouveau temps d'attente au cours duquel le patient cherche à observer l'opération à chaque ouverture de porte, il me raconte qu'un soignant vient lui déposer son fils nouvellement né dans les bras. Le contact avec l'enfant l'aurait « calmé » mais il serait alors principalement préoccupé par la santé de Madame M. dont il n'a pas de nouvelle.

Monsieur H. m'expose ainsi point par point le déroulé des événements. Il exprime un profond ressentiment à l'encontre de l'équipe soignante pour l'avoir « ignoré », « mis de côté », estimant s'être fait « entuber » en ne pouvant accompagner Madame dans

le bloc avant l'anesthésie générale. « On parle des papas absents mais ceux qui sont là voilà comment on les traite ».

Le peau-à-peau père-enfant n'ayant pas encore eu lieu depuis la naissance, je propose à Monsieur de profiter de l'arrivée en chambre d'une infirmière puéricultrice pour tenter l'expérience et ainsi faire connaissance avec son fils. Monsieur se met en place avec l'aide de ma collègue.

Moins de dix minutes plus tard, j'aperçois Monsieur H. sortant de la chambre seul et quittant le service. M'empressant auprès de Madame M., celle-ci m'explique que son compagnon n'avait pas vu qu'il était l'heure de récupérer les enfants à l'école. Selon elle, les quelques minutes passées au contact de leur fils auraient enchanté Monsieur H.

E. Troisième entretien 8 jours après l'accouchement

Le troisième contact est court et s'effectue à l'initiative de Monsieur H. qui vient à ma rencontre dans le couloir de la maternité.

En me remerciant il m'explique que nos échanges lui ont fait du bien et qu'il n'imaginait pas être capable de se livrer de la sorte à un inconnu.

À ma demande, il a pu bénéficier de la visite de membres de l'équipe d'obstétrique ayant participé à la naissance de son fils afin de procéder à un débriefing de l'accouchement. Cette rencontre lui a permis de prendre du recul sur les événements. Il admet avoir envisagé d'entamer des poursuites judiciaires à l'encontre de l'hôpital mais se serait ravisé.

L'expérience du peau-à-peau n'a pas encore été réitérée mais il me fait part de son enthousiasme à essayer de nouveau.

F. Quatrième entretien 14 jours après l'accouchement, 1 jour avant la sortie

Monsieur H. est absent. Madame M. est en chambre avec son fils.

Madame M. m'explique que mon intervention a été très appréciée de son conjoint.

Ce dernier aurait commencé à prendre son fils dans ses bras mais fait encore beaucoup appel aux équipes soignantes. Le peau-à-peau a pu être réalisé et mené jusqu'à terme cette fois. L'expérience aurait été bien vécu par Monsieur H. qui en serait sorti avec « le sourire jusqu'aux oreilles ».

Me faisant part de l'amélioration des échanges au sein du couple, elle revient sur les difficultés rencontrées avec son conjoint. En effet, se culpabilisant de ne pouvoir s'occuper de son fils du fait de l'alitement, elle m'explique en avoir énormément voulu à son conjoint car « il était en mesure de le faire et ne le faisait pas » ; « J'avais honte de le voir faire appel systématiquement aux infirmiers ». Elle disait alors ne pas comprendre sa « passivité » et que les explications sur le vécu de son conjoint lui ont permis d'y voir plus clair. « Si vous n'étiez pas intervenu on aurait pu se séparer ».

G. Appel téléphonique 19 jours après la sortie de maternité

Après lui avoir laissé un message sur répondeur, Monsieur H. me rappelle par téléphone.

Il dit avoir repris le travail depuis le début de la semaine, soit quatre jours, expliquant ne pouvoir suspendre son activité plus longuement du fait de la jeunesse de son entreprise.

Au domicile, il m'explique que la relation avec sa compagne connaît à nouveau « une mauvaise passe » et que Madame aurait tendance à lui faire de nombreux reproches : « Elle voulait que je reste à la maison jusqu'au bout. On dirait qu'elle ne comprend pas ». Les disputes seraient fréquentes et se termineraient avec le départ de Monsieur.

Poussé par Madame M., il aurait pris rendez-vous avec un psychologue officiant en libéral et doit le rencontrer pour la première fois dans une dizaine de jours.

Il me confie avoir souvent « le moral à zéro » et se sentir fatigué, éprouvant des difficultés à s'endormir depuis quelques jours. Les interactions avec son fils restent encore restreintes et il s'arrangerait pour ne rester que rarement seul avec lui. « J'ai honte ».

En me donnant des nouvelles de son fils, Monsieur en parle avec beaucoup de fierté, le décrivant comme un enfant calme « On a de la chance ». L'enfant serait en bonne santé et se développerait correctement.

Discussion

I. Repérer la Dépression Paternelle du Post-Partum

A. La difficulté à demander de l'aide

De manière générale, les hommes seraient moins enclins que les mères à se faire aider (20,25). Notre cas clinique l'illustre parfaitement dans le sens où ce ne sont ni les équipes soignantes, ni l'homme lui-même qui ont signalé la nécessité pour monsieur de rencontrer un psychiatre mais bien sa compagne. Monsieur H. avouera sa méfiance à l'égard de l'équipe psychiatrique et de sa réticence à accepter une rencontre. Ce n'est que grâce à l'insistance de Madame M. que le patient acceptera de recevoir de l'aide.

Le psychologue Jean-Philippe Legros, particulièrement actif dans la préparation des hommes à devenir pères, confirme « que peu d'hommes consultent spontanément pendant la grossesse ». Des groupes de paroles qu'il dirige, il rapporte les témoignages de pères avouant devoir leur participation à leur compagne qui les ont poussés à s'inscrire voir les ont inscrit elles-mêmes (26).

De plus, les contacts avec le père sont en général peu fréquents au cours de la période périnatale. Il ressort que beaucoup de pères s'appuient avant tout sur leur compagne comme source d'information et de soutien et se montrent hermétiques aux propositions extérieures (16).

B. Evolution et pic

La dépression paternelle du post-partum se développe de manière progressive au long de la première année après la naissance, contrairement à celle de la mère qui se voit plus précoce et diminuant progressivement dans le temps (20,27).

Selon la méta-analyse de Paulson et Bazemore, la dépression paternelle connaît un pic de survenue estimé à 25.6% entre le troisième et le sixième mois post-partum. Tandis que le premier trimestre suivant la naissance connaît le taux le plus bas avec 7.7% (28).

Cette différence de délai est une des raisons du sous-diagnostic de la dépression paternelle du post partum. En effet, les pères n'ayant peu, ou plus, de contact avec le milieu de la santé périnatale après l'accouchement, la survenue du syndrome dépressif à distance de l'accouchement rend difficile son repérage.

C. Clinique

1. **Selon le DSM-5**

Comme précisé précédemment la dépression paternelle du post partum est définie comme un épisode dépressif caractérisé. Le DSM-5 définit ce dernier comme un état réunissant au moins cinq des symptômes suivants durant une même période d'au moins deux semaines et représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur (29) :

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée.
- Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée.

- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit.
- Insomnie ou hypersomnie.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Pensées de mort récurrentes idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Toujours selon le DSM-5, ces symptômes doivent avoir un retentissement significatif sur le mode de vie de l'individu et ne doivent pas être imputables à l'effet d'une substance ou d'une pathologie.

2. Une symptomatologie plus insidieuse

Si l'on en croit plusieurs études et comme l'illustre notre cas clinique, la symptomatologie dépressive est moins apparente chez les pères par rapport aux critères proposés par le DSM-5, ce qui rend son repérage plus difficile (20).

Nous voyons avec Monsieur H. que les pères présentent davantage de signes de dépression « masquée » tels qu'un retrait social, professionnel et familial, de l'évitement, une irritabilité ainsi qu'une rigidité affective. On retrouve en effet chez notre patient un désengagement prononcé auprès de son fils en déléguant systématiquement les tâches qui lui incombent. Par opposition on note un engagement plus prononcé dans le travail afin de s'extraire du domicile familial.

De même les pères déprimés seraient plus enclins au cynisme, à l'indécision et aux crises de colère. On retrouve également une peur importante, possiblement associée à des attaques de panique (27,30).

La dépression peut également avoir un retentissement sur le comportement des pères, en rupture avec leur fonctionnement habituel. Ces manifestations prendraient la forme de comportements à risques tels que la consommation d'alcool, de drogues voire de jeux d'argent, des comportements sexuels déviants ou la participation à des bagarres. Sur le plan relationnel, l'infidélité, l'augmentation des conflits conjugaux sont considérées par certains auteurs comme des signes de dépression masculine (25,30). Si aucune forme de violence n'a été repérée entre Monsieur H. et Madame M., il est à souligner que leurs rapports se sont détériorés et émaillés de plusieurs disputes sévères (« On aurait pu se séparer »).

Comme chez Monsieur H., la dépression du père se retrouve aussi dans des comportements parentaux inadéquats avec une baisse des émotions positives et un désengagement voire une hostilité à l'égard du nouveau-né.

Par ailleurs, des études ont également identifié des symptômes somatiques essentiellement digestifs : perturbation de l'appétit et changement de poids, nausées, diarrhée, constipation. On note également des symptômes plus généraux à type de céphalées, douleurs dentaires ou insomnie (20,25,27).

D. Facteurs de risque

1. **Facteurs de risque psychologiques**

a) La Dépression Maternelle du Post-Partum

La dépression maternelle du post-partum a été reconnue comme l'un des facteurs principaux de la dépression paternelle. Plusieurs méta-analyse ont identifié une corrélation significative entre la dépression du père et celle de la mère. Ainsi, au cours de la première année suivant la naissance, on recense entre 25 et 50% de dépression chez les pères dont la compagne souffre de dépression du post-partum. En comparaison, cette incidence serait comprise entre 1,2 et 25,5% au sein de la population générale. Florence Gressier et ses équipes relèvent que les conjoints de mères déprimées dans le post-partum ont 2,5 fois plus de risques d'être eux aussi déprimés dans les six semaines après naissance (20,25,31).

b) Faiblesse des ressources de résilience psychosociale

Comme chez les mères, plusieurs études pointent du doigt l'importance du soutien social au cours de la période du post-partum pour les nouveaux pères. Un défaut de soutien de la part de la conjointe, de la famille ou des équipes soignantes est repéré comme un facteur de risque significativement associé à la dépression du post-partum paternelle. « On dirait qu'elle ne comprend pas » nous dira Monsieur H. qui verbalisera son impression de ne pas se sentir écouté de sa compagne et le mènera à fuir le domicile conjugal. Dans le même temps, on remarque que Monsieur H. ne bénéficie pas, ou très peu, du soutien de sa famille et tout particulièrement de ses parents (20,25,31).

Par ailleurs, Monsieur H. nous partagera sa « honte » quant à son comportement et du fait qu'il ne sent pas capable de s'occuper de son fils. Or l'estime de soi joue un rôle important en termes de capacité de résilience.

c) Insatisfaction relationnelle

L'arrivée d'un nouvel élément au sein de la famille, un être vivant dépendant dont il faut s'occuper, signe un bouleversement dans les habitudes de couple. La perte d'intimité inhérente à l'installation du nourrisson au sein de la chambre conjugale ainsi que le désintérêt du partenaire pour les relations sexuelles peuvent être source de dysfonction conjugale. Par ailleurs, plusieurs études révèlent que l'insatisfaction relationnelle secondaire à un accouchement serait significativement associée à la dépression du post-partum (20,25,31,32).

d) Stress perçu et événements de vie négatifs

Qu'il s'agisse de leur premier enfant ou non, le fait de devenir père serait vécu par 10% des hommes comme une expérience anxiogène (20). On peut voir dans notre cas clinique que les circonstances de l'accouchement généreront un vécu particulièrement angoissant pour Monsieur H. qui ne se défera pas de ses angoisses une fois celui-ci terminé.

De même, des événements de vie négatifs récents, comme la perte d'un proche, un accident ou une annonce diagnostique sont retenus comme pourvoyeur de dépression (31).

e) Antécédent personnel de dépression

Si Monsieur H. ne présentait pas d'antécédent psychiatrique et rencontrait pour la première fois un psychiatre, il n'en faut pas moins oublier le lien significatif entre antécédent et dépression et ce aussi bien pour la mère que pour le père (31).

2. Facteurs de risque socio-démographiques

a) Statut professionnel et difficultés financières

Le statut professionnel du nouveau père a été repéré comme l'un des principaux facteurs de risque lié à la dépression paternelle du post-partum. En effet une instabilité professionnelle ou une incertitude quant à l'emploi augmenterait le risque de dépression. Cette notion est retrouvée dans le cas de Monsieur H. lorsqu'il évoque le jeune âge de son auto-entreprise, lancée moins d'un an auparavant, qui serait encore trop fragile pour lui permettre de la délaissier. Par extension, cette obligation contraint Monsieur H. à ne pas bénéficier du congé paternité. Sur le plan professionnel, le chômage est également associé à un plus haut risque de dépression. Selon une méta-analyse réalisée en 2021, neuf études sur douze retrouvent une association statistiquement significative entre chômage et dépression paternelle (20,25,31).

Nous noterons une possible inter-influence entre ces facteurs : le chômage pouvant venir renforcer les difficultés financières relatives à l'arrivée d'un nouveau membre dans la famille qui peuvent elles-mêmes être source de stress. Cette association interne semble non-négligeable.

b) Autres facteurs de risque

Diverses études ont mis en relief des facteurs de risque socio-démographiques non significatifs voire contestés selon les études. Ainsi une étude reconnaît comme facteur de risque le fait d'être un père jeune ou un père âgé, tandis qu'une seconde étude estime que l'âge n'entre pas en ligne de compte. De même, quelques études tendent à identifier le faible niveau d'étude et l'insatisfaction dans le milieu professionnel comme corrélés à un surrisque de dépression paternelle (31).

3. Facteurs de risque obstétricaux et infantiles

a) Sur le plan obstétrical

Deux études retrouvent une corrélation significative entre dépression et multiparité de la conjointe, que l'homme soit le père ou non de l'ensemble de la fratrie. Ce cas de figure est retrouvé chez Monsieur H. et sa compagne qui élevaient déjà deux enfants dont un issu d'une précédente union de Madame M. Il est à noter toutefois que la notion de famille recomposée n'est actuellement pas reconnue comme un facteur de risque (31).

On retrouve chez notre patient deux autres facteurs rattachés à un plus haut risque de trouble dépressif : le mode d'accouchement par césarienne et l'absence de l'homme à l'accouchement. Bien que la pertinence de ce deuxième paramètre soit discutée entre deux études, force est de constater à la vue de son témoignage, que l'impossibilité pour Monsieur H. d'entrer dans la salle d'accouchement s'avère l'un des éléments fondamentaux de son mal-être.

Notons également que les grossesses non désirées ou débutées à l'aide d'un traitement contre l'infertilité seraient rattachées à un plus haut risque de trouble dépressif aussi bien pour la mère que pour le père (31).

b) Sur le plan infantile

Les facteurs en lien avec le nouveau-né n'ont pas bénéficié d'un nombre d'études aussi important que les précédents. Ainsi nous ne disposons que de peu de précisions sur ces éventuels facteurs parmi lesquels nous mentionnerons la préférence contrariée pour un enfant de sexe masculin, le tempérament difficile du nourrisson et son mauvais état de santé. S'ils demeurent intéressants, des études complémentaires demeurent toutefois nécessaires avant de retenir ces critères (31).

E. Outils diagnostiques

À ce jour, aucun outil de diagnostic n'a été développé pour dépister exclusivement la dépression paternelle du post-partum. Qui plus est, les pays francophones ne détiennent pas d'échelle spécifiquement rattachée au repérage de la dépression chez l'homme (16).

Dans le cadre de la recherche en périnatalité, les scientifiques ont principalement recours à trois échelles ayant reçu une validation pour une utilisation chez une population francophone :

- L'Echelle de Dépression Postnatale d'Edimbourg (ou EPDS pour *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) correspond à un auto-questionnaire en dix items, créé initialement pour évaluer la symptomatologie dépressive chez la femme

dans le post-partum. En revanche, elle n'a pas reçu de validation pour son application à une population masculine francophone. Toutefois et à défaut, elle a été reconnue comme un outil intéressant dans le dépistage de la dépression paternelle. Une étude britannique a par ailleurs retenu un score seuil de 10 et recommande son utilisation en suivant les mêmes recommandations établies pour un usage auprès des mères, à savoir dans la période post-natale en cas de grossesse à bas risque de dépression et dans la période péri-natale en cas de grossesse à haut risque de dépression (33).

- L'Inventaire de Dépression de Beck (ou BDI pour *Beck Depression Inventory*) dans sa version corrigée BDI-II, est un auto-questionnaire de vingt et un items évaluant la sévérité de la dépression (34).
- Le CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) est un auto-questionnaire en vingt items permettant de repérer et d'évaluer la sévérité d'une dépression. Selon une revue méthodologique des instruments de screening de la dépression, le CES-D serait l'outil à privilégier (34).

Cependant, aucune de ces échelles ne prend en compte les critères diagnostics spécifiquement paternels de la dépression (34).

Nous citerons la *Gotland Male Depression Scale* (GMDS), une échelle en treize items destinés à repérer la dépression paternelle. Elle prend en compte les spécificités de l'homme en mesurant l'agressivité, l'impulsivité ou les comportements

antisociaux. L'outil est encore peu utilisé sur le plan international et ne bénéficie pas de validation française (34).

II. La Place du Père

Le cas de Monsieur H. nous amène à nous poser la question de la place réservée au père au sein de la maternité et plus largement dans le système de soins périnataux. En effet, les services périnataux sont attachés à la prise en charge et au soin de la mère et de son enfant. Il n'est pas rare que les pères se sentent écartés en tant que parent, et ce jusque dans le terme de maternité qui peut sembler exclure toute notion de paternité en son sein (35,36).

La pandémie de covid-19 a permis de mettre en évidence le manque de considération des pères dans le cadre de la périnatalité. Mis à la porte des maternités, les pères ne se voyaient admis qu'à partir de la phase active du travail et jusqu'à deux heures après l'accouchement. Après quoi, ils devaient quitter leur compagne et leur enfant et n'étaient autorisés à revenir qu'au moment de leur sortie d'hospitalisation (37).

A. Se préparer à devenir père

1. Le processus de paternité

Pour la mère comme pour le père, une grossesse est une période marquée par de grands bouleversements sur le plan individuel et sur le plan du couple. L'arrivée d'un enfant s'accompagne d'une inévitable crise identitaire (16). Or si la future-mère bénéficie de son vécu kinesthésique afin de conscientiser l'enfant à naître, le futur-

père est condamné à vivre la grossesse « par procuration », c'est-à-dire avec ce que sa compagne lui partage (38). Un homme n'a d'autre possibilité que de vivre la gestation purement psychiquement (39).

Le processus de paternité ne commence véritablement qu'avec l'apparition de changements physiques et psychologiques chez la femme et les premières échographies qui contribuent à concrétiser la grossesse. Ce n'est qu'à ce moment que le futur-père commence à s'approprier la grossesse par l'intermédiaire de projections fantasmatiques de l'enfant qui permettront un remaniement psychologique (16,39,40).

Mais ce n'est qu'à la naissance, au moment de la rencontre avec l'enfant que l'homme devient père et que la confrontation entre ses différentes représentations de son enfant s'imposera à lui.

2. Matrifocalité et exclusion

Si les futures mères ont bénéficié de la création de tout un ensemble de dispositifs visant à les accompagner au mieux dans la préparation à l'accouchement puis à la période du post-partum, les pères ont longtemps été laissés pour compte, dans un rôle de soutien à la mère (16).

Bien que l'on assiste depuis quelques années à une amélioration de la représentation du rôle du père, la place qui lui est réservée reste encore limitée. Dans le pré-partum, de nombreux hommes se sentent éloignés du processus de grossesse. Des récits de futurs pères laissent entendre que les cours prénataux centrés sur la mère et au sein desquels les pères ne sont pas forcément conviés,

contribuaient à une marginalisation involontaire des hommes pendant la grossesse (16,41).

La faible participation des hommes aux séances de préparation peut en partie s'expliquer par la difficulté à s'intégrer dans un groupe presque exclusivement féminin et ce sentiment d'exclusion devant des programmes peu spécifiques aux questionnements des pères (38).

3. Vers un accompagnement du futur père

A travers les témoignages de pères, nous pouvons considérer le manque de ressources qui leur est attribués. Certains d'entre eux déplorent le manque de groupes et d'environnements favorables aux hommes (36). On voit fleurir depuis quelques années de plus en plus de programmes réservés aux pères.

Le psychologue Sylvain Missonnier aura été l'un des premiers à s'investir dans la prise en charge périnatale des hommes en proposant des groupes de paroles qui leurs sont réservés. Il ressort de ces séances que les hommes se montrent peu enclin à y participer. Missonnier rapporte qu'un père sur quarante se rendent à ses groupes de paroles. Ce faible taux de fréquentation interroge et plusieurs hypothèses ont été avancées pour l'expliquer (16,42) :

- Un manque d'intérêt de la part des pères pour ce type de dispositif.
- Une mauvaise diffusion de l'information.
- Un problème d'organisation avec l'impossibilité pour les pères de s'y rendre du fait des horaires peu adaptées avec la vie professionnelle.

Or les témoignages des hommes ayant participé aux groupes de paroles leur étant spécifiquement réservés concourent à confirmer l'apport positifs de ces dispositifs qui

permettent aux futurs pères d'évoquer leur craintes et angoisses en présence d'autres hommes avec lesquels ils partagent une expérience similaire (42).

B. Le père en maternité

1. Une place à trouver

Au sein de la maternité le père n'a pas d'espace particulier lui étant assigné. Lors de son observation ethnographique d'une maternité, le sociologue Gérôme Truc repère deux comportements majoritaires chez les pères : ceux errant dans les couloirs et « rasant les murs » et ceux restant « cloîtrer » dans la chambre de leur compagne. Il traduit ces deux attitudes par une volonté des pères de se faire discret dans une institution où ils sont *a priori* les bienvenus. Si la chambre peut être considéré comme un lieu commun pour le couple, l'on peut toutefois croiser des pères attendant dans les couloirs, « mis à la porte » de la chambre pour permettre à la mère de bénéficier de ses soins (35).

Le cas de Monsieur H. soulève également la question de la prise en charge médicale des pères au sein d'un service de maternité. Si la mère et son enfant bénéficient chacun de leur propre dossier de soins, le père n'est pas, quant à lui, enregistré en tant que patient. Par conséquent, aucune démarche de soins ne peut être appliquée à son nom. De cet état des faits naissent deux obstacles :

- Une absence d'espace dédié afin de consigner les actes médicaux consacrés au père, tel un entretien psychiatrique dont le compte-rendu se verra inscrit par défaut dans le dossier de sa compagne ou de son enfant.

- Une absence d'encadrement concernant la prescription médicamenteuse chez le père en cas de besoin.

2. Un rôle à investir

Une majorité d'hommes présente une recrudescence anxieuse pendant la période postnatale en raison des exigences propres à la nouvelle parentalité et à la modification de la relation avec leur partenaire. Certains pères peuvent émettre un sentiment d'égarement, d'incompétence vis-à-vis de ce qu'on attend d'eux et pointer du doigt un manque de soutien et d'aide (36).

Des études ont montré qu'un père insuffisamment considéré par l'équipe soignante aura tendance à adopter un comportement passif et à se mettre en retrait. Au contraire il se montrera davantage impliqué à partir du moment où l'on s'intéresse à lui en tant que parent (16,40,43). Or si l'on remarque que de nombreux pères souhaitent s'impliquer davantage, ils se sentent souvent exclus des services de périnatalité et leurs besoins en tant que parent semblent souvent délaissés (40,44).

3. Le cas de l'accouchement par césarienne

La césarienne est un type d'accouchement consistant en une extraction de l'enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi abdominale et utérine. Depuis les années 80 on assiste à une hausse du taux de ces interventions, stabilisé à 21% depuis 2005, qui peuvent être particulièrement source de stress et d'incompréhension pour le père (45).

On peut distinguer trois types de césarienne selon les conditions qui déterminent son exécution (46):

- La césarienne réalisée en urgence : lorsque la santé ou la survie de la mère et/ou de l'enfant sont immédiatement menacées par des troubles de la grossesse (pré-éclampsie, *placenta prævia*, ...).
- La césarienne décidée pendant l'accouchement : lorsque des signes de souffrances fœtale ou des événements rendant l'accouchement naturel difficile sont repérés au moment de l'accouchement (procidence du cordon, anomalie du rythme cardiaque fœtal, ...). Ce type représente la moitié des césariennes en France.
- La césarienne programmée à l'avance : lorsque le médecin prévoit que l'accouchement par voie naturelle sera difficile (présentation par le siège, macrosomie fœtale, ...).

En effet ce dernier se voit interdire l'entrée du bloc opératoire et est souvent dans l'impossibilité d'être auprès de sa compagne dans les heures qui suivent l'accouchement (16). Une « double peine » qui s'applique également à la mère se retrouvant « seule » au moment de l'accouchement et dans le post-partum immédiat.

Il faut y ajouter le caractère inattendu que peuvent revêtir les césariennes en urgence et celles décidées au cours de l'accouchement. Dans ces situations, les échanges entre l'équipe soignante et le père sont rendus difficiles du fait d'une concentration des soins sur la mère et le nouveau-né. Le père se retrouve seul, confronté à la brutalité de la décision, dans l'attente de nouvelles de sa compagne et son enfant pour lesquels le pronostic vital est parfois mis en jeu (47).

Monsieur H., qui a fait face à la situation d'une césarienne décidée en cours d'accouchement, témoignera de l'angoisse qui fut la sienne, laissé seul à regarder

« les brancards défiler » en essayant d'obtenir en vain des informations sur l'état de santé de sa femme. Il exposera parfaitement le sentiment d'injustice en résultant : « On parle des papas absents mais ceux qui sont là voilà comment on les traite. ».

Une enquête menée par l'association Césarine montre une volonté croissante des pères d'assister à l'accouchement malgré la césarienne afin de découvrir leur enfant en compagnie de leur conjointe. 78% d'entre eux y était favorable en 2017 contre 67% en 2005. Parmi ces pères volontaires, seuls 37,54% ont été admis contre 98% lors d'une naissance par voie basse. On assiste toutefois à une évolution des pratiques puisque de 20 % de pères admis au sein du bloc opératoire lors d'une césarienne en 2006 nous sommes passés à 44 % en 2016 (45).

Parmi les motifs invoqués quant au refus du père du bloc opératoire on relève :

- Le respect de l'asepsie
- Le contexte d'urgence
- La gestion de l'accompagnant lui-même

Dans le cas de la situation de l'urgence, on remarque avec le cas de Monsieur H. à quel point la brutalité de la décision de césarienne en urgence participe au mauvais vécu qui pourra être source de détresse psychique. Par ailleurs, l'association Césarine ajoute que la présence du conjoint auprès de sa femme participe à la réduction des mauvais vécus pour les deux membres du couple (45).

III. Conséquences pour l'enfant

La première année de vie de l'enfant est primordiale afin de nouer un lien d'attachement avec ses deux parents. Ces premiers mois d'interaction exerceront

une influence majeure dans la formation de ses comportements et de son développement psychoaffectif. La survenue d'un syndrome dépressif parental pourrait altérer le lien parent-enfant. En effet la disponibilité psychique de la mère ou du père en sera affectée, de là pourrait découler des interactions de mauvaises qualités avec leur enfant (21).

De plus, on observe chez les personnes dépressives une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien qui contrôle les réponses au stress. En règle générale, la survenue d'un évènement stressant entraîne une augmentation du taux de glucocorticoïdes dans le sang. Cette hormone a pour rôle d'activer l'hypothalamus qui sécrète l'hormone CRH. Cette dernière stimule à son tour la sécrétion d'ACTH par l'hypophyse. L'ACTH circule dans le sang pour atteindre les glandes surrénales où elle provoque la libération de cortisol, l'hormone du stress. L'excès de cortisol entraîne une boucle de rétroaction négative sur les récepteurs aux glucocorticoïdes et inhibe la production de CRH. Or, chez les patients déprimés, cette boucle ne fonctionne plus entraînant une production excessive de CRH et donc de cortisol (48).

Sur le plan développemental, il a été démontré qu'une augmentation de la sécrétion de cortisol peut avoir un effet délétère sur la croissance normale du cerveau de l'enfant et sur sa capacité à s'auto-réguler dans le jeune âge. De même, la chronicisation d'un taux élevé de cortisol peut avoir un impact sur la croissance physiologique et le système immunitaire (20).

A. Retentissement de la dépression paternelle

1. **Le rôle du père**

Si peu d'études se sont intéressées à la relation entre la qualité des soins du père et le développement de l'enfant, on en trouve quelques-unes qui tendent à valider l'importance équivalente entre les interactions père-enfant et mère-enfant.

Delage nous explique que le père a, auprès de son enfant, un rôle plus stimulant, plus favorable à l'éveil de la curiosité et l'exploration tout en étant plus disposé à introduire la notion de limite et de règles et ce dès la première année de vie. Si au cours des premiers mois, la figure d'attachement maternel apparaît privilégiée par l'enfant pour des raisons biologiques, il est montré que l'investissement précoce du père dans la vie de son enfant conduit à des représentations d'attachement plus sécurisées et de meilleures aptitudes d'autonomisation à l'adolescence (49,50).

De là, nous comprendrons que la chronicisation d'une dépression paternelle entraînera des conséquences non négligeables sur le développement de l'enfant.

2. **Impact sur l'enfant**

Selon une méta-analyse datant de 2010, la dépression chez le père pourrait se manifester par une diminution des émotions positives, de la tendresse et de la sensibilité allant de pair avec une augmentation de l'hostilité et d'un désengagement à l'égard de l'enfant (20).

A plus long terme, plusieurs études ont révélé une incidence plus importante de troubles du comportement chez les enfants de pères ayant souffert de dépression du post-partum. Ainsi, chez l'enfant âgé de 7 ans, on retrouve une corrélation entre

dépression paternelle et développement de trouble des conduites. Les garçons seraient par ailleurs plus à risque que les filles (20,27).

Une étude de cohorte menée en 2008 a révélé qu'une dépression paternelle à huit semaines du post-partum était fortement associée à un diagnostic psychiatrique chez l'enfant à 7 ans. Douze pour cent des enfants diagnostiqués souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, d'un trouble oppositionnel avec provocation ou d'un trouble anxieux ou dépressif avaient un père déprimé au cours de la période post-partum contre six pour cent des enfants dont les pères n'étaient pas déprimés. Le trouble oppositionnel avec provocation était le diagnostic le plus répandu (51).

B. Retentissement d'une dépression chez les deux parents

Un plus grand nombre d'étude dans le cas de la dépression maternelle du post-partum ont permis de mettre en évidence que les interactions qualitativement et quantitativement réduites en résultant peuvent induire un ralentissement de la maturation du cortex orbitofrontal, jouant un rôle majeur dans la régulation cognitive et émotionnelle. Ce défaut en préoccupation maternelle est en effet associé à un des taux plus importants de retard de développement, de retard du langage ou de quotient intellectuel bas chez les enfants concernés (20).

En raison de la comorbidité importante entre dépression maternelle et paternelle du post-partum, la probabilité que les deux parents soient déprimés si l'un des deux l'est est importante (20).

1. L'effet tampon du père

Or les soins apportés par le père sont d'autant plus importants que la mère est déprimée. Ainsi certaines recherches ont montré que le père en étant le soutien principal de la mère au cours du post-partum pourrait, dans le cas d'une dépression chez celle-ci, avoir un effet compensatoire et alors réduire le risque de retard de développement. Cette balance s'exercerait à condition d'être en présence d'un père impliqué et ne souffrant pas lui-même de psychopathologie (21).

Si d'autres études contestent l'hypothèse d'un effet modérateur du père sain quant à l'impact de la dépression maternelle sur l'enfant, son influence vis-à-vis de l'évolution de l'état dépressif de sa compagne apparaît importante. Dans le cadre d'une relation conjugale soutenante, le conjoint pourrait contribuer à une amélioration de la santé psychique de sa compagne et à raccourcir son temps d'hospitalisation en cas d'accueil dans une unité mère-enfant (39,52).

2. Un effet synergique

De plus, il a été constaté qu'une dépression maternelle et paternelle simultanées, en plus d'avoir un impact négatif sur les interactions du parent souffrant avec l'enfant, pouvaient également impacter négativement les interactions de l'autre parent avec l'enfant. L'étude montre que les jeux en extérieurs et les moments de lecture et d'apprentissage s'en trouveraient appauvris occasionnant un plus haut risque de retard d'acquisition du langage au cours de la première année (20,27,53).

Conclusion

Au cours de ce travail nous avons tenté de synthétiser les connaissances actuelles en matière de Dépression Paternelle du Post-Partum notamment au travers de la présentation d'un cas clinique. Du fait de son impact sur la famille et les conséquences sur le développement de l'enfant, la prévention et le repérage des premiers signes de la dépression paternelle s'avère un enjeu majeur.

Nous avons vu que la manière de vivre sa paternité a considérablement évolué au fil du temps. S'est façonnée une paternité nouvelle, plus impliquée dans la relation avec leur enfant et ce dès le post-partum immédiat. Si des progrès ont été fait en termes de considération des pères, tel l'allongement du congé de paternité, bien des hommes se sentent encore mis à l'écart par un secteur matrifocal. L'apparition de ces « nouveaux pères » nécessite de repenser la place et la prise en charge des hommes en périnatalité.

Dès lors, comment à l'avenir réduire le risque de dépression chez le père ?

En nous appuyant sur notre cas clinique, la question du mauvais vécu de la mise à l'écart du père serait un des points importants sur lequel intervenir. Promouvoir l'engagement paternel, permettre au père de prendre sa place dans le processus de grossesse en passant par le dialogue et en lui accordant un rôle actif pourrait réduire le sentiment d'exclusion. De même, une inclusion plus systématique en salle d'accouchement et lors d'une césarienne contribuerait à réduire l'angoisse de l'incertitude.

Afin de limiter l'appréhension, il serait pertinent de préparer le père à la naissance et à la parentalité en lui offrant les moyens d'acquérir des compétences dans les soins

à apporter à l'enfant par des ateliers partagés avec la mère ou d'autres spécifiquement consacrés aux pères. On retrouve cette initiative au Canada avec le programme « Pères présents, enfants gagnants » qui propose des lieux de rencontre et d'entraide pour aider les pères à s'accomplir en tant que parents (16).

La démocratisation des groupes de paroles réservés aux pères, encore peu répandus en France, pour permettre aux hommes de partager leurs expériences et angoisses avec d'autres hommes sans se sentir inhibés par la présence de leur compagne (26).

Par ailleurs, il apparaît essentiel de sensibiliser tous les intervenants susceptibles de repérer la détresse paternelle ou les futurs pères à risque en proposant des formations aux professionnels de santé. Une sensibilisation des familles par la diffusion de supports d'informations dans les salles d'attente ou par l'intermédiaire des outils numériques permettraient de partager les connaissances sur la vulnérabilité paternelle. Nous pouvons citer l'exemple de la « Semaine québécoise de la paternité » qui voit l'organisation de conférences et d'activités variées mettant l'accent sur les pères et leur santé (43).

Enfin, il serait important de remédier au défaut d'outil d'aide diagnostic. Une traduction et une validation française de l'échelle de Gotland (GMDS) seraient une perspective pertinente pour le dépistage de la dépression de l'homme. En attendant, la validation de l'EPDS pour le dépistage la dépression paternelle du post-partum serait un autre axe à considérer.

On a pu voir que les connaissances sur la santé psychiques des pères étaient limitées et des études supplémentaires sont nécessaires. De plus, compte tenu de l'évolution sociétale, il serait intéressant d'étudier le retentissement de la paternité au

sein des couples homosexuels pour lesquels aucune étude n'a pu être retrouvée dans la littérature.

La réalisation d'une étude qualitative auprès des professionnels de santé permettrait d'identifier les modalités de prise en charge actuellement proposées aux pères vulnérables.

Références

1. Dictionnaire de l'Académie Française. Père [Internet]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P1498>
2. Dictionnaire de l'Académie Française. Paternité [Internet]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P0953>
3. Dictionnaire de l'Académie Française. Paternel, Paternelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P0951>
4. Castelain-Meunier C. Décomposition, recomposition des places des pères, des mères, des enfants et des liens entre eux. In: La place des hommes et les métamorphoses de la famille [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2002. p. 49-62. (Sociologie d'aujourd'hui). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-place-des-hommes-et-les-metamorphoses-de-la-fam--9782130509912-p-49.htm>
5. Rauch A. Pères d'hier, pères d'aujourd'hui. Nathan; 2011. 93 p.
6. St-Denis J, St-Amand N. Les pères dans l'histoire : un rôle en évolution. Reflets. 16 sept 2010;16(1):32-61.
7. Verjus A. La paternité au fil de l'histoire. Inf Soc. 2013;176(2):14-22.
8. Guerin M, Boccon-Gibod S. La promotion de la santé mentale des pères durant la période périnatale. 2018 [cité 19 juill 2023]; Disponible sur: <https://sonar.ch/global/documents/315333>
9. Martial A. Nouveaux pères et nouvelles paternités : le regard des sciences sociales. In: Accueillir les pères en périnatalité [Internet]. Toulouse: Érès; 2017 [cité 22 juill 2023]. p. 45-52. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/accueillir-les-peres-en-perinatalite--9782749254715-p-45.htm>
10. Article 331 [Internet]. Code Civil. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006425202/1993-01-09
11. Article 316 [Internet]. Code Civil mars 1, 2019. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037399055
12. Article L1225-35 [Internet]. Code du Travail. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042685498
13. Article L1225-36 [Internet]. Code du Travail. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026799932

14. Brennan A, Ayers S, Ahmed H, Marshall-Lucette S. A critical review of the Couvade Syndrome: the pregnant male. *J Reprod Infant Psychol.* 1 août 2007;25.
15. Bayle B. 8. Psychopathologie de la paternité. In: *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 31 août 2023]. p. 67-80. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-p-67.htm>
16. Labalestra M, Culot S, Gaugue J. Impliquer, informer et soutenir les pères durant la période périnatale. *Périnatalité.* mars 2021;13(1):46-53.
17. Lamour M. *La paternité et ses troubles.* Fabert. 2016. (Temps d'Arrêt / Lecture).
18. Rao WW, Zhu XM, Zong QQ, Zhang Q, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *J Affect Disord.* févr 2020;263:491-9.
19. Dollander M. La dépression périnatale paternelle. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 juill 2004;52(5):274-8.
20. Gressier F, Tabat-Bouher M, Cazas O, Hardy P. Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature. *Presse Médicale.* 1 avr 2015;44(4, Part 1):418-24.
21. Tissot H, Frascarolo-Moutinot F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Infant.* 2011;54(2):611-37.
22. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. *Référentiel Collège de Gynécologie Obstétrique* [Internet]. 5e éd. ELSEVIER / MASSON; 2021 [cité 16 sept 2023]. (Référentiels des Collèges). Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>
23. Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. LA DEPRESSION DU POST PARTUM.
24. Massoubre C, Desfonds E, Bendjeddou M. Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum.
25. Schumacher M, Zubarán C, White G. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth.* juin 2008;21(2):65-70.
26. Legros JP. La préparation des futurs pères. Vers la reconnaissance d'une langue paternelle. *Spirale.* 2008;47(3):91-5.
27. Musser AK, Ahmed AH, Foli KJ, Coddington JA. Paternal Postpartum

Depression: What Health Care Providers Should Know. *J Pediatr Health Care*. nov 2013;27(6):479-85.

28. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. *JAMA*. 19 mai 2010;303(19):1961-9.

29. DSM-5 [Internet]. [cité 17 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>

30. Kim P, Swain JE. Sad Dads. *Psychiatry Edgmont*. févr 2007;4(2):35-47.

31. Wang D, Li YL, Qiu D, Xiao SY. Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Affect Disord*. 1 oct 2021;293:51-63.

32. Cheung K, Theule J, Hiebert-Murphy D, Piotrowski C. Paternal Depressive Symptoms and Marital Quality: A Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *J Fam Theory Rev*. 14 août 2019;jftr.12341.

33. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017.

34. Culot S, Mauroy A, Fragnito LC, Gague J. Évaluation de la détresse psychologique paternelle en périnatalité : revue des instruments pour un screening de première ligne. *Devenir*. 2020;32(2):87-104.

35. Truc G. La paternité en Maternité. Une étude par observation. *Ethnol Fr*. 2006;36(2):341-9.

36. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 26 janv 2017;17(1):45.

37. Picone O, Dommergues M, Goffinet F, Rozé JC, Kermorvant E, Crenn Hebert C. Prise en charge de la femme enceinte, accouchée et de son nouveau-né au stade 3 de l'épidémie de COVID-19 version 2 [Internet]. *ARS*; 2021 avr. Disponible sur: https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/268/files/2020/05/ARSIIdF_recommandations_Maternites_femme-enceinte_accouchee_nouveau-ne_V2_20200427.pdf

38. Jacques B. Les cours de préparation à la naissance comme espace de

ségrégation sexuelle. *Inf Géographique*. 2012;76(2):108-21.

39. Gressier F, Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NMC. Les pères confrontés à la décompensation maternelle. *Spirale*. 2016;78(2):103-9.

40. Plantin L, Olukoya A, Ny P. Positive Health Outcomes Of Fathers' Involvement In Pregnancy And Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Father Father*. 1 déc 2011;9:1537-6680.

41. Kowlessar O, Fox JR, Wittkowski A. The pregnant male: a metasynthesis of first-time fathers' experiences of pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 15 mars 2015;33(2):106-27.

42. Missonnier S. Des apprentis pères en groupe à la mater(pater)nité. *Spirale*. 2013;66(2):127-37.

43. de Montigny F, Gervais C, Dubeau D. La place des pères en périnatalité : le programme québécois « Initiative Amis des pères au sein des familles ». *Rev Médecine Périnatale*. 2017;9(4):216-20.

44. Gervais C, De Montigny F, Garneau J. Périnatalité et petite enfance. Des services aux pères. *Perspect Infirm Rev Off Ordre Infirm Infirm Quebec*. 1 mars 2017;14:52-4.

45. Association Césarine. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. *Rev Médecine Périnatale*. 2017;9(4):221-9.

46. VIDAL [Internet]. [cité 13 sept 2023]. La césarienne. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/sante/grossesse/accouchement/cesarienne.html>

47. Aviv EC, Preston EG, Waizman YH, Dews AA, Flores G, Saxbe DE. Fathers' subjective childbirth stress predicts depressive symptoms at six months postpartum. *J Affect Disord*. oct 2023;339:593-600.

48. Collège national des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques. Référentiel Collège d'Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques. 5e éd. ELSEVIER / MASSON; 2021. (Référentiels des Collèges).

49. Delage M. Le père et le système d'attachement dans la famille contemporaine. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2015;54(1):13-33.

50. Goldbeter-Merinfeld É. La place des pères dans les familles. Introduction. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux*. 2015;54(1):5-11.

51. Ramchandani PG, Stein A, O'Connor TG, Heron J, Murray L, Evans J.

Depression in men in the postnatal period and later child psychopathology: a population cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* avr 2008;47(4):390-8.

52. Grube M. Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. *Arch Women's Ment Health.* 1 sept 2005;8(3):163-70.

53. Paulson JF, Dauber S, Leiferman JA. Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics.* 1 août 2006;118(2):659-68.

AUTEUR : Nom : VERHERBRUGGEN

Prénom : Charles

Date de soutenance : 03/10/2023

Titre de la thèse : Paternité et troubles psychiques : la Dépression Paternelle du Post-Partum au regard d'un cas clinique

Thèse - Médecine - Lille « Année 2023 »

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Psychiatrie

Mots-clés : père, paternité, dépression du post-partum, dépression paternelle

Résumé :

Dans le domaine de la psychiatrie périnatale, la Dépression du Post-Partum est une pathologie psychiatrique ayant longtemps été l'apanage des mères. Or on voit émerger depuis quelques années la notion de la santé du père et d'une forme spécifiquement masculine de cette pathologie bien que le sujet soit encore très peu étudié.

En s'appuyant sur les travaux existants et en illustrant le propos par un cas clinique, cette thèse dresse un état des lieux des connaissances de la Dépression Paternelle du Post-Partum, sujet encore méconnu.

A travers l'étude de l'évolution de la paternité et de la place du père dans nos sociétés nous nous interrogeons sur l'importance de la considération de l'homme dans le processus de maternité et l'impact de la pathologie sur le développement des enfants.

Notre réflexion aboutie à des considérations thérapeutiques sur la place du père dans le dispositif de soins périnataux et l'intérêt d'une attention accrue accordée aux pères et ses besoins dans la prévention d'un trouble dépressif du post-partum.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseur :

Madame le Docteur Catharina SCHOEMAKER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Aline PICARD