



UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGE-FEMME DE POITIERS

État des lieux des connaissances des sages-femmes libérales concernant la dépression post-natale paternelle

Mémoire soutenu le 20/06/2024

Par Madame ABDELLAHI Mériam

Née le 18/08/1999

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2024

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur Thomas Bouin, sage-femme

Membres : Madame Agathe AUBRY, sage-femme

Madame Gaëlle MONTIGAUD, sage-femme enseignante

Directrice de mémoire : Madame Tiphany Berger, Psychologue clinicienne, Poitiers



CHU
Poitiers



RÉGION
**Nouvelle-
Aquitaine**



UNIVERSITÉ DE POITIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ÉCOLE DE SAGE-FEMME DE POITIERS

État des lieux des connaissances des sages-femmes
libérales concernant la dépression post-natale paternelle

Par Madame ABDELLAHI Mériam

Née le 18/08/1999

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2023-2024

Directrice de mémoire : Tiphany Berger, Psychologue clinicienne, Poitiers

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers Mme Guinot Sylvie, directrice de l'école de sage-femme et tutrice de ce mémoire, pour son soutien, ses conseils éclairés et son accompagnement tout au long de ce projet et de mes études. Sa patience et sa disponibilité ont grandement contribué à l'aboutissement de ce travail. Mes remerciements vont également à l'ensemble du personnel enseignant de l'école de sage-femme de Poitiers, pour leur enseignement, leur soutien et leur contribution à mon développement académique et professionnel.

À Mme Berger Tiphany, directrice de ce mémoire. Pour m'avoir guidé dans ce sujet complexe qu'est la santé mentale, pour son expertise, ses nombreuses relectures et sa disponibilité. Merci à vous de m'avoir soutenue jusqu'au bout.

Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à tous les professionnels de santé, notamment les sages-femmes et les médecins, qui ont accepté de participer à cette étude et ont partagé généreusement leur expertise et leurs expériences.

À mes collègues sages-femmes : Antonin, Sarah, Mathieu et Tiffany pour leurs relectures et conseils avisés. Merci à vous. Ainsi qu'à Corinne, Mylène, l'ensemble de l'équipe sages-femmes et auxiliaires de puériculture de Poitiers pour leur soutien et encouragements.

Je suis également reconnaissante envers ma famille et mes amis pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements et leur compréhension pendant cette période. Une pensée particulière à mes fanatiques, Laura, Gwéna, Tiff, Flore, Justine, Chloé, Isaac pour m'avoir soutenu dans les bons et les mauvais moments. Merci pour tout.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	8
2. MÉTHODOLOGIE	10
2.1. Objectifs	10
2.1.1. <i>Objectifs principaux</i>	10
2.1.2. <i>Objectifs secondaires</i>	10
2.2. Type d'étude	10
2.3. Déroulement de l'étude	10
2.3.1. <i>Durée de l'étude</i>	10
2.3.2. <i>Critères d'inclusion/exclusion de la population d'étude</i>	10
2.3.3. <i>Recrutement de la population</i>	11
2.4. Critères de jugements	11
2.5. Recueil de données et analyse	12
2.6. Aspects éthiques et réglementaires	12
3. RÉSULTATS	14
3.1 Description de la population d'étude	14
3.2 Connaissance de la pathologie	16
3.2.1 <i>Dépression post-natale maternelle</i>	17
3.2.2 <i>Dépression post-natale paternelle</i>	18
3.2.3 <i>Facteurs de risque</i>	19
3.3 Outils diagnostics et source des connaissances	19
3.4 Prévention	21
4. DISCUSSION	24
4.1. Synthèse des principaux résultats	24
4.2. Cohérence interne	25

4.2.1 Forces de l'étude	25
4.2.2 Limites de l'étude	25
4.2.2.1 <i>Biais de sélection</i>	25
4.2.2.3 <i>Biais d'investigation</i>	26
4.3. Cohérence externe	26
4.3.1 Rôle des sages-femmes	26
4.3.1.1 <i>Place de la santé mentale et positionnement de la sage-femme</i>	26
4.3.1.2 <i>Connaissances des sages-femmes</i>	27
4.3.2 Place du père dans la périnatalité	28
4.3.3 Ressources dont disposent les professionnels	30
4.3.3.1 <i>Outils diagnostics de la dépression</i>	31
4.3.3.2 <i>Nouveaux outils diagnostics</i>	33
5. CONCLUSION	34
6. BIBLIOGRAPHIE	36
7. ANNEXES	42
8. RÉSUMÉ	52
9. SUMMARY	54

SOMMAIRE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES DE RÉSULTATS

Figure 1 : Diagramme de flux des sages-femmes libérales interrogées

Figure 2 : Diagramme de flux des médecins généralistes interrogés

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude : sages-femmes

Figure 3 : Pourcentage de connaissances de la dépression post-natale, du baby blues, de la dépression post-natale paternelle et du daddy blues par les SFL interrogées

Figure 4 : Prévalence de la DPNP d'après les SFL

Figure 5 : Période la plus à risque de DPNP d'après les SFL

Figure 6 : Durée du mal être avant évolution en DPNP d'après les SFL

Figure 7 : Symptômes pouvant être présents dans la DPNM d'après les SFL

Figure 8 : Symptomatologie de la DPNM d'après les SFL

Figure 9 : Symptômes présents dans la DPNP d'après les SF connaissant cette pathologie

Figure 10 : Symptomatologie de la DPNP d'après les SFL

Figure 11 : Facteurs de risque de la DPNP d'après les SFL

Figure 12 : Connaissance d'outils diagnostics par les SFL

Tableau 2 : Outils diagnostics utilisés par les sages-femmes libérales pour dépister la DPNP

Tableau 3 : Sources des connaissances de la DPNP chez les SFL

Figure 13 : Moment privilégié de la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les professionnels libéraux interrogés

Figure 14 : Pratique des entretiens prénataux précoces chez les SFL interrogées

Figure 15 : Professionnels privilégiés dans la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les professionnels libéraux interrogés

Annexe 2 Tableau 4 : Caractéristiques de la population d'étude : médecins généralistes

Annexe 2 Figure 16 : Pourcentage de connaissance de la dépression post-natale, du baby blues, de la dépression post-natale paternelle et du daddy blues par les MG interrogées

Annexe 2 Figure 17 : Prévalence de la DPNP d'après les MG

Annexe 2 Figure 18 : Période la plus à risque de DPNP d'après les MG

Annexe 2 Figure 19 : Durée du mal être avant évolution en DPNP d'après les MG

Annexe 2 Figure 20 : Symptômes pouvant être présents dans la DPNM d'après les MG

Annexe 2 Figure 21 : Symptômes pouvant être présents dans la DPNP d'après les MG

Annexe 2 Figure 22 : Facteurs de risque de la DPNP d'après les MG

Annexe 2 Figure 23 : Moment privilégié de la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les médecins interrogés (n=5)

Annexe 2 Figure 24 : Professionnels privilégiés dans la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les MG interrogés

LISTE DES ABREVIATIONS

BB : Baby Blues

BDI : Beck depression inventory

CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DB : Daddy Blues

DIU : Diplôme inter universitaire

DPN : Dépression post-natale

DPNM : Dépression post-natale maternelle

DPNP : Dépression post-natale paternelle

DPP : Dépression du post-partum

DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et psychiatriques

EPDS : Edinburgh post-natal depression scale

FDR : Facteurs de risque

GHQ : Global Health Questionnaire

GMD-S : Gotland Male Depression Scale

HAD : Hospital Anxiety and Depression

MG : Médecins généralistes

MG : Médecins généralistes

PEC : Prise en charge

PHQ : Patient Health Questionnaire

SF : sages-femmes

SFL : Sages-femmes libérales

INTRODUCTION

Au sein du domaine de la parentalité, la prise en charge bio-psycho-sociale a progressivement émergé comme un impératif, visant à garantir un passage optimal vers la parentalité. Alors que le suivi médical et psychologique a longtemps été centré autour des soins de la mère, l'accompagnement des pères vers leur nouveau statut n'est considéré que depuis peu. Cette reconnaissance croissante est notamment démontrée par la création en 2002 puis l'extension en 2021 du congé paternité ainsi que par la mise en place des entretiens prénataux précoces, devant servir de temps d'échange avec les deux parents.

Les fondements théoriques de la fonction paternelle, ancrés dans les travaux de Lacan dès les années 1950, se sont développés au fil du temps pour refléter une complémentarité croissante avec la fonction maternelle (1). Historiquement, le père était considéré comme la figure autoritaire, figure de puissance absolue et ce jusqu'en 1970 où ce statut sera modifié afin de tendre vers une autorité parentale conjointe (2). L'évolution des mœurs et des pratiques a permis aux pères d'assumer un rôle plus actif dans le parcours de la grossesse, mettant ainsi en lumière un changement sociétal substantiel (3)(4).

La période du post-partum est composée de nombreux changements bio-psycho-sociaux auxquels les parents doivent s'adapter (5). Le risque de mal-être, voire de troubles psychologiques n'est pas rare pendant cette période et ses symptômes peuvent facilement passer pour un état de fatigue ou d'inquiétude physiologique des parents (6). On retrouve la dépression dans ces désordres psychologiques. En 2017, d'après le Baromètre santé, près de 10 % de la population générale, âgée de 18 à 75 ans, a connu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois (7).

Après la naissance d'un enfant, les parents peuvent présenter un baby blues (BB), daddy blues (DB) dans le cas des pères. C'est un état transitoire de quelques jours avec des symptômes similaires à ceux de la dépression. Il n'est pas défini dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et psychiatriques (DSM-V) ce qui rend son interprétation subjective (8). La dépression du post-partum (DPP) ou post-natale (DPN) est un état dépressif apparaissant dans les quatre premières semaines après l'accouchement, s'étendant sur plus de deux semaines et allant jusqu'à un an après la naissance de l'enfant (9).

Cette pathologie est invalidante au quotidien du fait de sa symptomatologie, assez commune entre le père et la mère, qui inclut un état dépressif durant plusieurs jours successifs

avec un sentiment de tristesse, d'irritabilité, de culpabilité, une perte d'intérêt, de la mésestime de soi, ainsi que certains troubles fonctionnels inconstants tel qu'une perte d'appétit, une perte de concentration ou des insomnies (10) (11). La dépression post-natale toucherait 12 % des femmes et environ 8 % des hommes, chiffres que les professionnels pensent sous-estimer (12). De plus, 24 % à 50 % des conjoints de femmes dépressives sont eux-mêmes à risque de traverser un état dépressif voire de développer une dépression post-natale paternelle (DPNP). Cependant, les pères font souvent face à des sentiments d'illégitimité face à leurs difficultés en comparant leur rôle à celui de leur conjointe ou en minimisant leurs émotions et vulnérabilité (13).

L'équilibre intrafamilial est indispensable à l'épanouissement du nouveau-né et au processus de parentalité. Les états dépressifs de l'un ou des deux parents peuvent avoir des conséquences néfastes sur la cohésion du couple ou le développement psycho-affectif et comportemental de l'enfant pouvant être irréversible (14). Le rapport sur les 1000 premiers jours de l'enfant parut en septembre 2020 remet en lumière cet aspect de la périnatalité qui doit être pris en charge de manière pluridisciplinaire (15).

Malgré une meilleure information des professionnels de santé ; notamment des sages-femmes libérales, cette pathologie est encore sous diagnostiquée surtout du côté paternel (16). La position du co-parent, qui n'est pas considéré comme un patient et l'absence d'outil diagnostic spécifique à la DPNP ne facilite pas la prévention et le diagnostic de celle-ci (17) (18).

À ce jour, la dépression post-natale maternelle (DPNM) est de mieux en mieux diagnostiquée et prise en charge. En revanche, des progrès sont à faire vis-à-vis de la prise en charge du père lors de ce mal-être. Au sein de ce mémoire, il serait intéressant de comprendre pourquoi il en est ainsi en interrogeant les médecins généralistes (MG) et les sages-femmes libérales (SFL), étant les premiers acteurs dans ce type de prise en charge. Est-ce un problème de connaissances sur la DPN en général ou uniquement lorsqu'elle a lieu chez les pères ? Les professionnels ont-ils les outils, le temps d'échange adéquat pour diagnostiquer et prendre en charge la DPN chez les pères ? Quelles sont les sources de leurs connaissances et comment organiser la prévention.

L'hypothèse est que la DPNP est une pathologie méconnue, qu'il n'existe aucun outil spécifique et que les professionnels n'ont pas assez de sources d'informations pour guider leur pratique.

MÉTHODOLOGIE

2.1. Objectifs

2.1.1 Objectifs principaux

- Évaluer les connaissances des SFL sur la DPNM et la DPNP
- Lister les outils diagnostics dont disposent les professionnels à ce jour au sujet de la DPNP afin de pouvoir proposer d'autres apports primordiaux pour une meilleure prise en charge (PEC).

2.1.2 Objectifs secondaires

- Évaluer les connaissances des MG sur la DPNM et la DPNP
- Mettre en évidence les éventuels facteurs prédictifs d'une meilleure connaissance chez chaque catégorie professionnelle

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, quantitative et descriptive réalisée par questionnaire anonyme via la Lime Survey®.

2.3 Déroulement de l'étude

2.3.1 Durée de l'étude

L'étude a été réalisée auprès de l'ensemble des SFL du territoire Picto-charentais ainsi que des MG de la Vienne du 11/11/22 au 11/01/23 soit une période de 2 mois pour le recueil en ligne et du 01/07/22 au 01/10/2022 pour le recueil papier.

2.3.2 Critères d'inclusion / exclusion de la population d'étude

Les critères d'inclusions étaient :

- Exercer en tant que SF du secteur libéral dans les départements Charente, Charente Maritime, Deux Sèvres et Vienne.
- Exercer en tant que MG du secteur libéral dans le département de la Vienne.

Les critères de non-inclusion étaient :

- L'absence de recensement au sein de l'annuaire du Conseil de l'Ordre
- L'exercice conjoint en secteur hospitalier

Le critère d'exclusion était : l'absence du remplissage exhaustif du questionnaire

2.3.3 Recrutement de la population

Le questionnaire a été préalablement testé par quatre sages-femmes hospitalières ayant une expérience de l'exercice libéral ainsi que par un médecin généraliste libéral, afin d'en évaluer la compréhension et la faisabilité, ce qui a permis des ajustements avant le lancement de l'étude.

Les SFL souhaitant participer à l'étude ont été contactés via le mail du Conseil départemental des SF. Les MG ont été sollicités à partir des coordonnées présentes sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Lorsque le professionnel le souhaitait, des questionnaires ont été distribués dans des cabinets de médecins généralistes libéraux de Poitiers.

La diffusion du lien Lime Survey® a été réalisée par mail en précisant les critères d'inclusion.

2.4 Critères de jugement

Les critères de jugement principaux de l'étude ont été :

- Le pourcentage de réponses correctes des SFL concernant la DPNP
- La connaissance et l'utilisation des outils pour le diagnostic

Le critère de jugement secondaire de notre étude a été :

- La corrélation entre une meilleure connaissance de la DPNP et les différentes variables personnelles
- Le pourcentage de réponses correctes des MG concernant la DPNP

2.5 Recueil de données et analyse

Le recueil des données a été réalisé à partir du questionnaire proposé, principalement composé de questions à choix simple et multiples ainsi que d'une question ouverte.

Il comporte 28 questions, réparties en 3 parties.

1^{ère} partie : 16 questions concernant la connaissance de la DPNP de manière générale

2^{ème} partie : 8 questions sur les « renseignements généraux »

3^{ème} partie : 4 questions sur l'intégration lors du parcours de soin, meilleur moment pour la prévention et le dépistage de la DPNP

L'analyse statistique de l'étude a été réalisée à partir de la base de données et réalisée sur le logiciel Excel®. Les variables qualitatives seront décrites pour l'effectif en pourcentage.

Les réponses à la question ouverte ont été triées puis classées en plusieurs catégories.

2.6 Aspects éthiques et réglementaires

Les données collectées ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application de l'articles 40-1 et suivant la loi « Information et Libertés ».

Seuls les professionnels acceptant de participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- L'identité du responsable du traitement des données
- L'objectif de la collecte d'informations
- Le caractère non obligatoire de la participation à l'étude
- Les destinataires des informations.

Les questionnaires étaient anonymes et la réception du questionnaire complété faisait office de consentement pour participer à l'étude.

RÉSULTATS

3.1 Description de la population d'étude

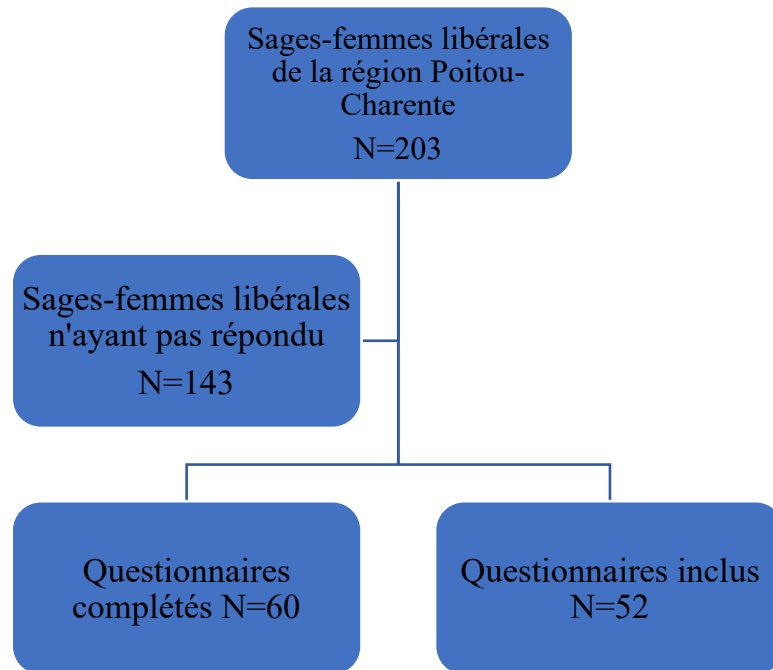


Figure 1 : Diagramme de flux des sages-femmes libérales interrogées

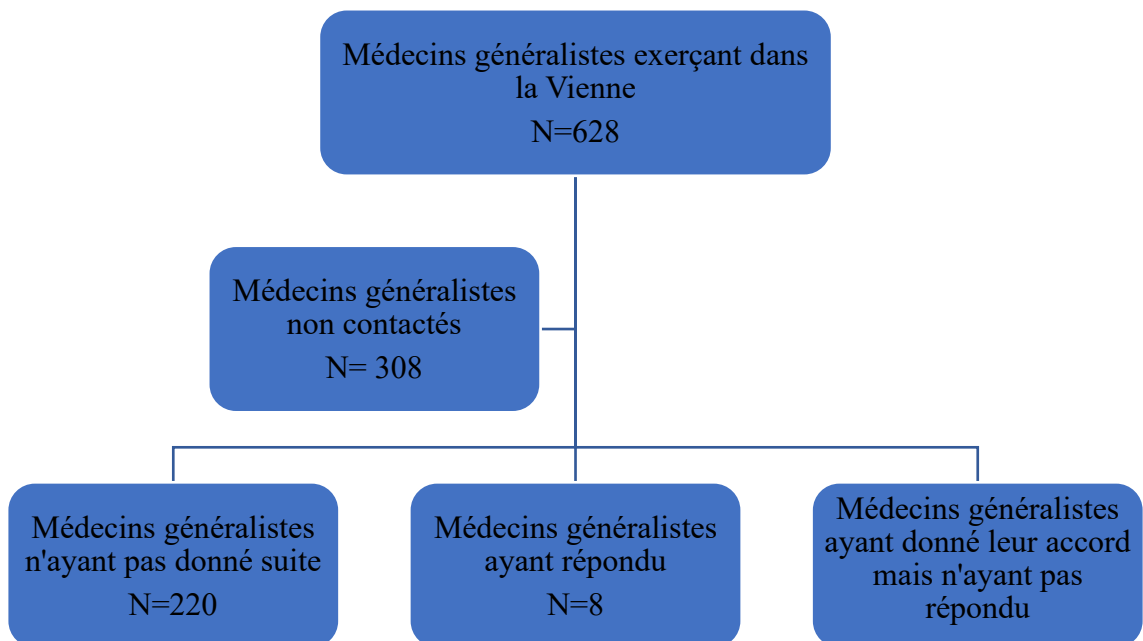


Figure 2 : Diagramme de flux des médecins généralistes interrogés

Au regard du faible taux de réponse des médecins généralistes (n=8) ; celles-ci n'ont pas été intégrées à l'analyse des résultats. Les tableaux s'y référant apparaîtront en annexe.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude : sages-femmes

	Sages-Femmes (n=52)	Connaissant la DPNP	Méconnaissant la DPNP	Totaux
<i>Sexe</i>				
Homme	2	0	3,85% (n=2)	
Femme	38	12	96,15% (n=50)	
<i>Tranche d'âge</i>				
18 à 30 ans	4	2	11,54% (n=6)	
30 à 40 ans	19	5	46,16% (n=24)	
40 à 50 ans	6	4	19,24% (n=10)	
>50 ans	11	1	22,65% (n=12)	
<i>Durée d'exercice en libéral</i>				
< 1 an	6	2	15,38% (n=8)	
1 à 5 ans	8	4	23,08% (n=12)	
5 à 15 ans	20	6	50,00% (n=26)	
>15 ans	6	0	11,53% (n=6)	
<i>Département d'obtention du diplôme</i>				
Département 86	24	7	59,62% (n=31)	
Département de Nouvelle Aquitaine	7	2	17,31% (n=9)	
Département hors NA	9	3	23,08% (n=12)	
<i>Année du diplôme</i>				
<2000	12	2	26,92% (n=14)	
2000 - 2010	1	14	28,85% (n=15)	
>2010	1	21	42,31% (n=22)	

Les réponses ont été classifiées en deux catégories, les sages-femmes libérales qui connaissaient l'existence de la DPNP et celles qui la méconnaissent (Question n°8 de l'annexe 1).

3.2 Connaissance de la pathologie

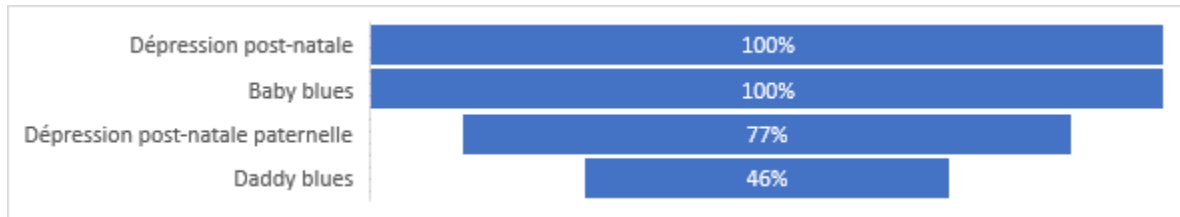
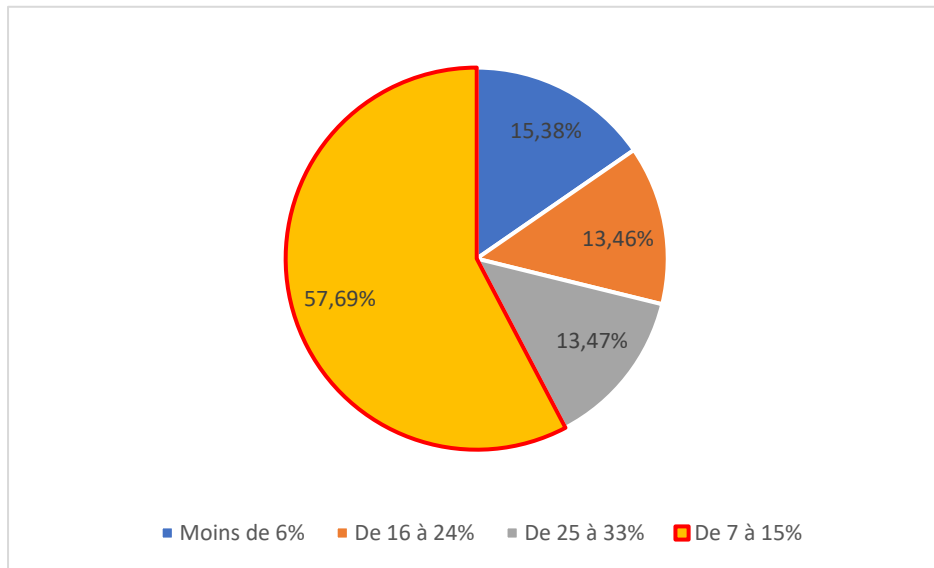


Figure 3 : Pourcentage de connaissance de la dépression post-natale, du baby blues, de la dépression post-natale paternelle et du daddy blues par les SFL interrogées



Tous les résultats concernant la DPNP se basent sur les réponses des sages-femmes en connaissant l'existence. (N=40)

Figure 4 : Prévalence de la DPNP d'après les SFL

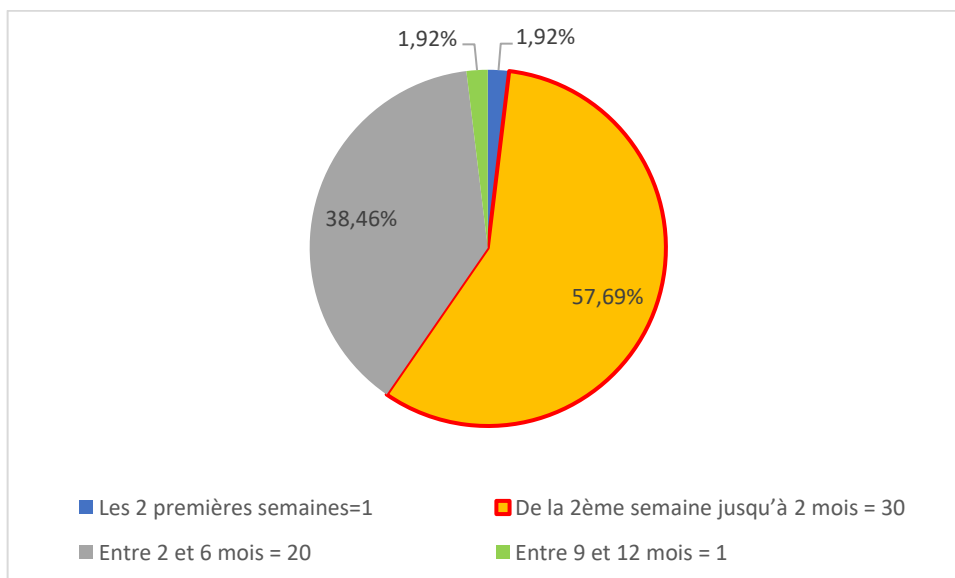


Figure 5 : Période la plus à risque de DPNP d'après les SFL

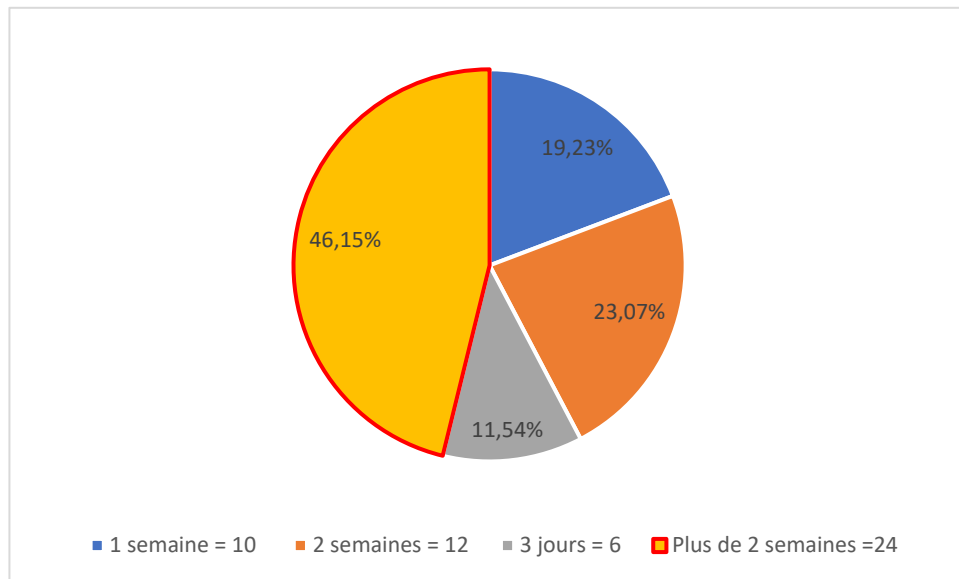


Figure 6 : Durée du mal être avant évolution en DPNP d'après les SFL

3.2.1 Dépression post-natale maternelle

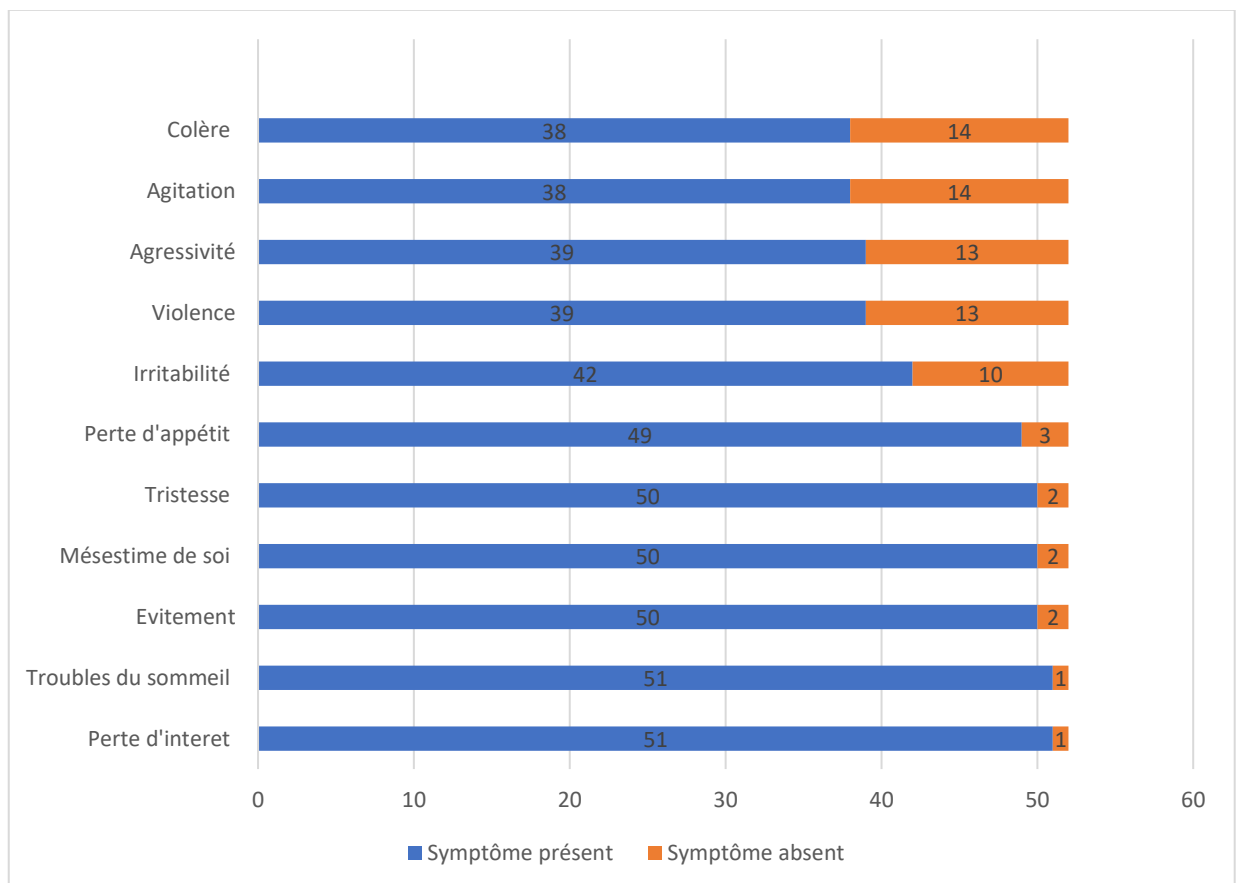


Figure 7 : Symptômes pouvant être présents dans la DPNM d'après les SFL

73,1% des sages-femmes interrogées (n=38), ont répondu que tous les symptômes proposés pouvaient apparaître lors d'une DPNM.

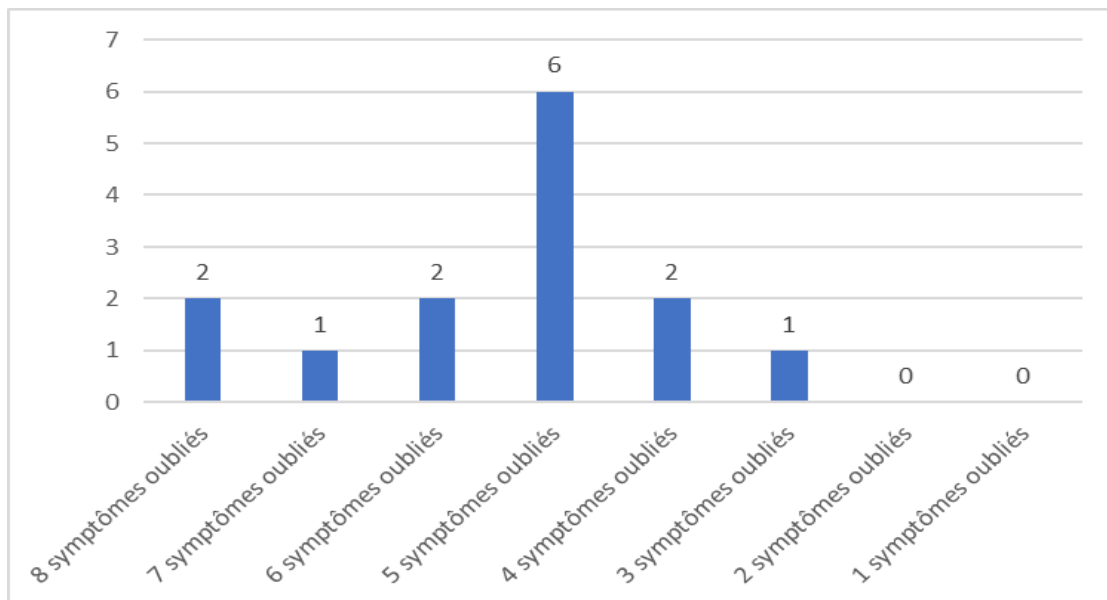


Figure 8 : Symptomatologie de la DPNM d'après les SFL

3.2.2 Dépression post-natale paternelle

Au sein des sages-femmes connaissant l'existence de la DPNP, 67,5% (n=27) en connaissaient tous les symptômes.

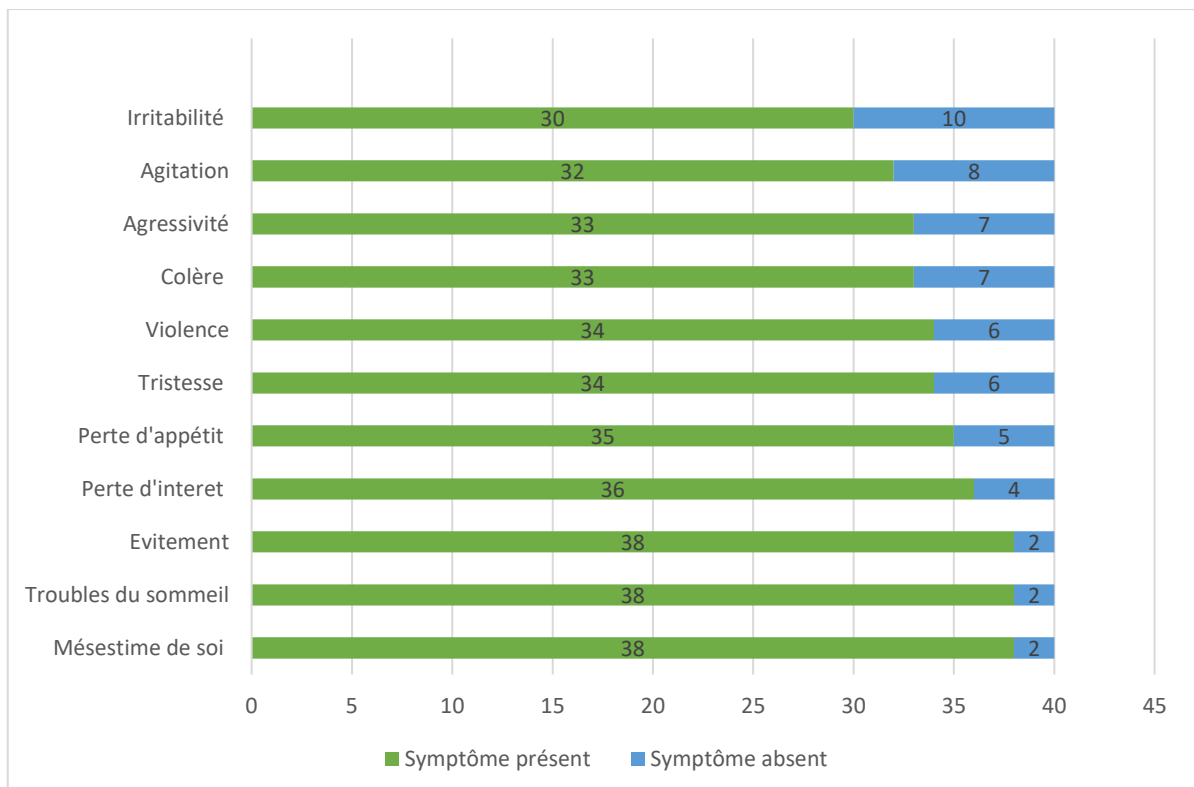


Figure 9 : Symptômes présents dans la DPNP d'après les sages-femmes connaissant cette pathologie

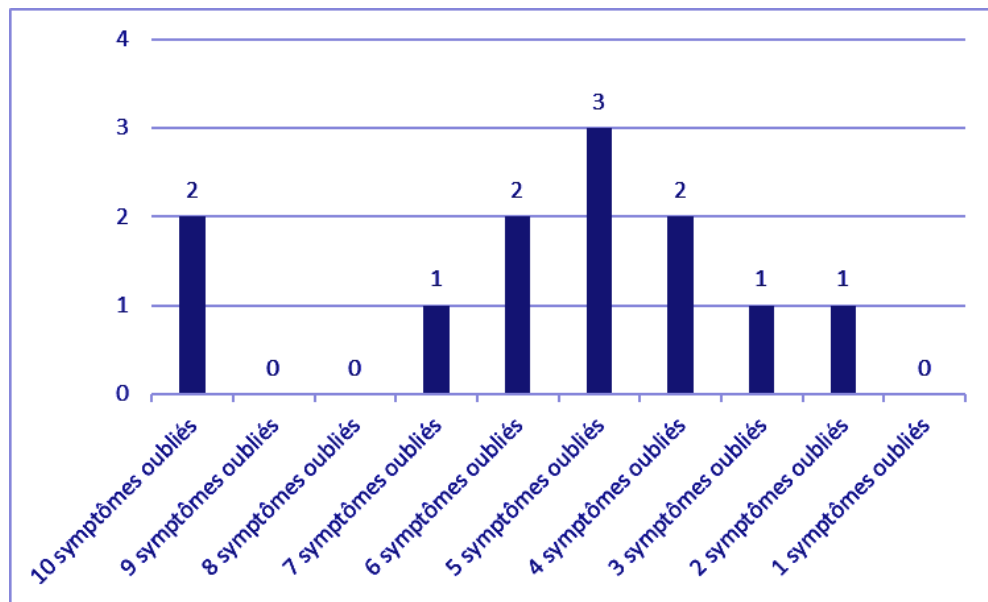


Figure 10 : Symptomatologie de la DPNP d'après les SFL

3.2.3 Facteurs de risque de la pathologie

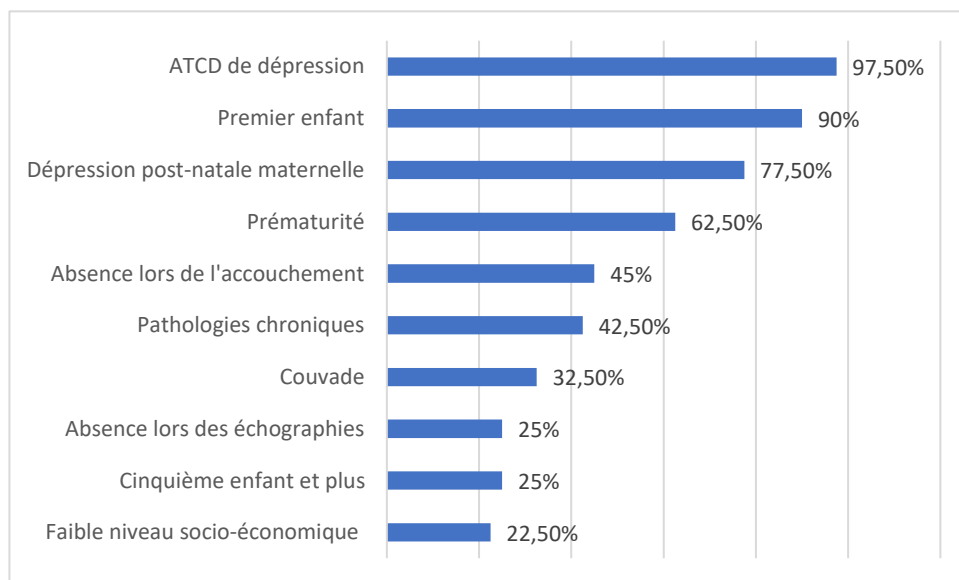


Figure 11 : Facteurs de risque de la DPNP d'après les SFL

La survenue de la dépression post-natale paternelle peut être corrélée aux critères listés ci-joint dans le diagramme.

3.3 Outils diagnostics et source des connaissances

L'ensemble sages-femmes libérales (n=52) ont été interrogés sur l'existence des outils diagnostics de la dépression en général.

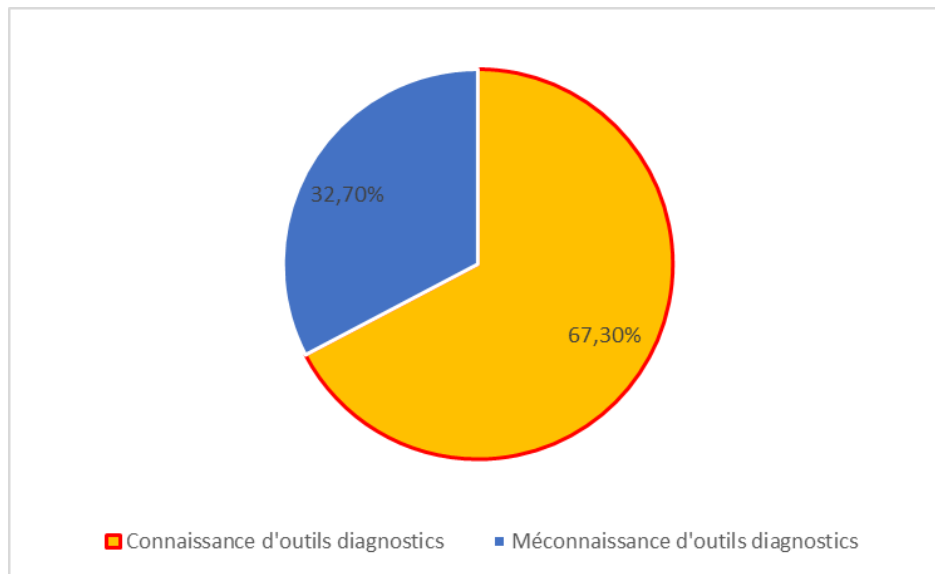


Figure 12 : Connaissance d'outils diagnostics par les SFL

Tableau 2 : Outils diagnostics utilisés par les sages-femmes libérales pour dépister la DPNP

Outils diagnostics	Sages-Femmes
Edinburgh post-natal depression scale (EPDS)	19
Gotland Male Depression Scale (GMDS)	0
Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)	1
Beck depression inventory (BDI)	1
Autre	0

Tableau 3 : Source des connaissances de la DPNP chez les SFL

	<i>Sources des connaissances sur la DPNP (SF)</i>
Expériences personnelles	14
Formation continues	13
Internet	12
Livres Revues	10
Collègues	10
Formation initiale	7
Proches	3
Diplôme inter universitaire Psycho périnatalité	1

3.4 Prévention

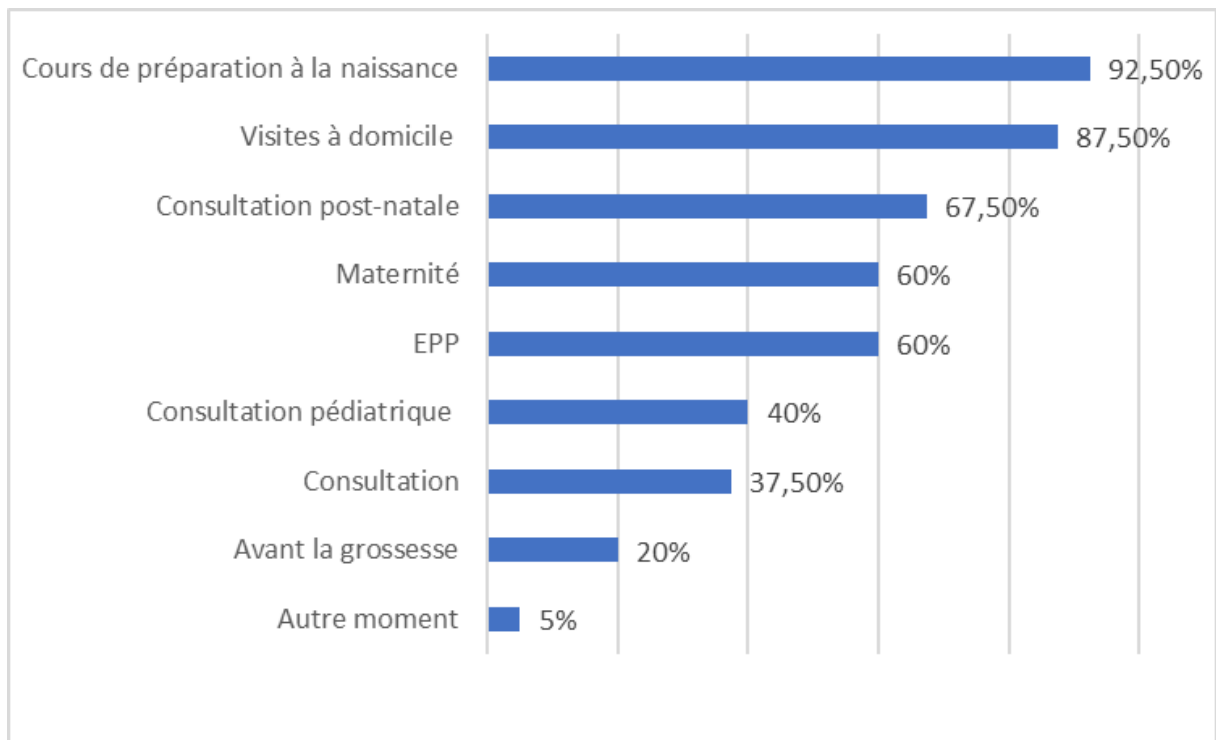


Figure 13 : Moment privilégié de la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les professionnels libéraux interrogés

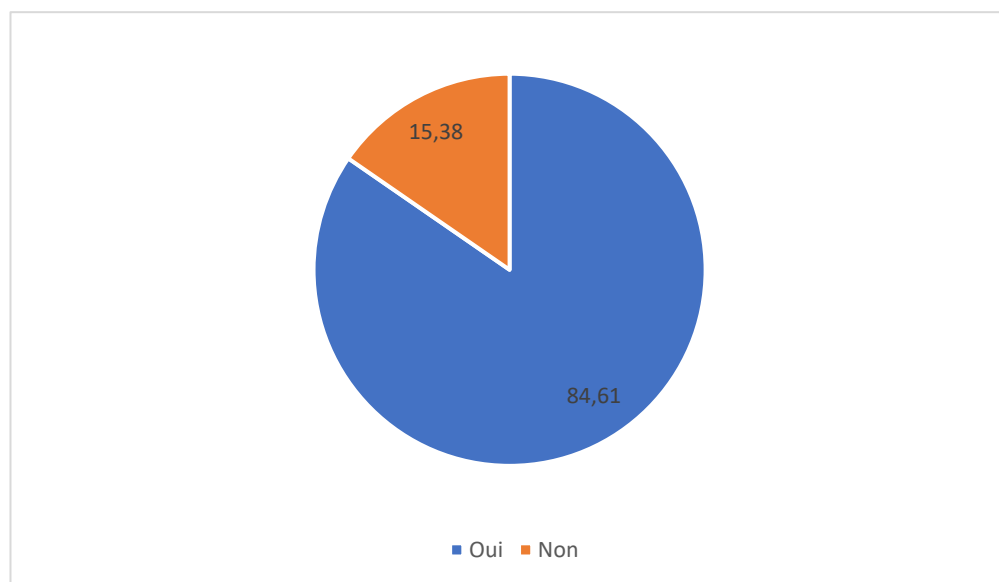


Figure 14 : Proportion de pratique des entretiens prénataux précoces chez les sages-femmes libérales interrogées

80,77% des professionnels interrogés pensent que le sujet de la DPNP devrait être abordé systématiquement pendant ou après la grossesse.

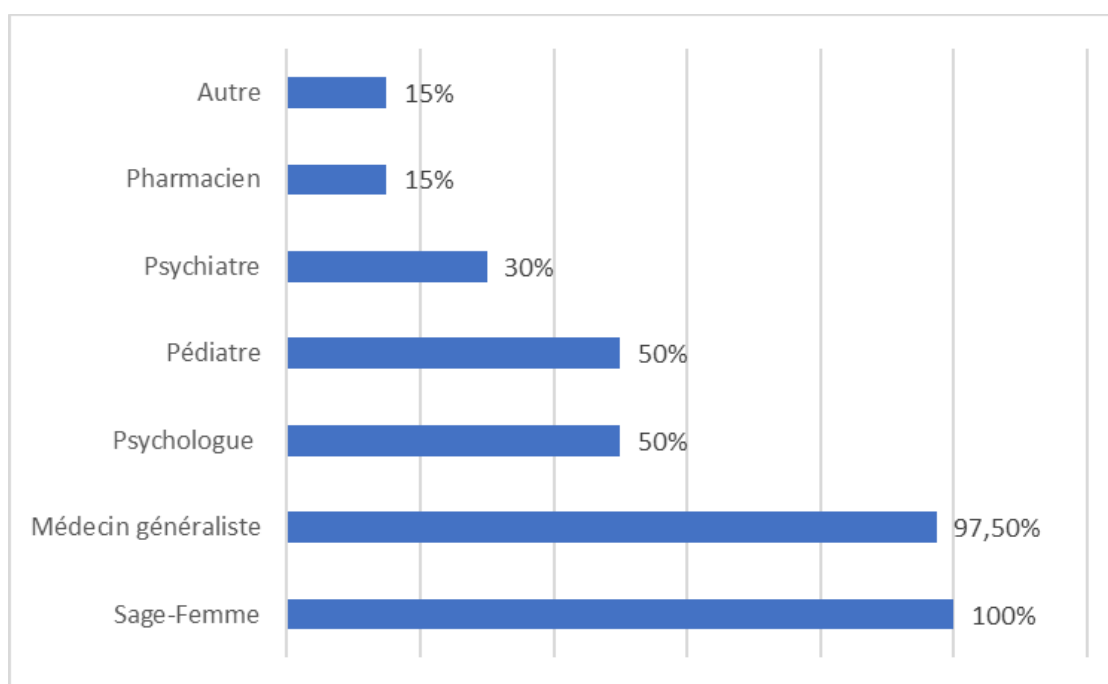


Figure 15 : Professionnels privilégiés dans la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les professionnels libéraux interrogés

DISCUSSION

4.1. Synthèse des principaux résultats

Toutes les sages-femmes interrogées connaissaient l'existence de la DPN, elles avaient également toutes entendu parler du baby blues pour les mères. 76,92% connaissaient l'existence de la dépression post-natale chez le père. Le terme de « Daddy blues » est moins connu que la DPNP avec 40% de connaissance.

57,69% des SFL connaissaient la prévalence de la DPNP soit entre 7 et 15%. La prévalence de la pathologie a été sous-estimée dans 15,40% (n=8). De plus, près de 80% des répondants considéraient que les pères étaient moins touchés par cette pathologie. 57,69% ont estimé que la période la plus à risque se situait entre la deuxième semaine et le deuxième mois du post-partum. Pour 38,50% d'entre eux, il s'agirait du deuxième au sixième mois du PP.

73,10% des sages-femmes interrogées (n=38), connaissaient tous les symptômes pouvant alerter sur la présence d'une DPNM. Chez l'homme, 67,50% (n=27) des sages-femmes en connaissaient tous les symptômes, soit un peu moins que pour la DPNM.

Les professionnels interrogés considéraient que la survenue d'une dépression était plus à risque lorsque les pères présentaient des antécédents de dépression (97,50%), lorsqu'il y avait une DPNM associée (77,50%) ou lorsque le couple accueillait son premier enfant (90%).

Le faible niveau socio-économique et le manque de soutien émotionnel sont également des facteurs de risques de survenu d'une DPNP qui ont été omis par les professionnels avec seulement 22,50% et 25% de réponses (19).

Les connaissances liées à la pathologie viennent de manière quasiment équivalente des expériences personnelles dans 35% (n=14), de la formation continue dans 32,50% des cas (n=13) et d'internet dans 30% (n=12).

Dans cet échantillon de sages-femmes, 84,61% (n=44) pratiquent des entretiens prénatals précoces, 67,50 % des professionnels pensent que la prévention pourrait justement être réalisée à ce moment-là (20). 76,92% (n=40) des sages-femmes libérales interrogées pensent que le sujet de la dépression devrait être abordé de manière systématique pendant la grossesse. Les moments les plus privilégiés seraient les cours de préparation à la naissance et à la parentalité à 92,50% et les visites à domiciles à 87,50%

A l'unanimité, les professionnels interrogés pensent que cette prévention revient aux

sages-femmes en général, ainsi qu'aux médecins généralistes (97,50%). Les psychologues et les pédiatres étant évoqués à 50%.

32,70% de toutes les sages-femmes interrogées ne connaissaient pas l'existence d'outils diagnostics pour cette pathologie. Dans celles qui en connaissaient l'existence, 42,86% (n=15) n'en utilisaient pas. Lorsqu'un outil diagnostic est nécessaire, les professionnels utilisaient l'EPDS dans 95%. Le diagnostic de la DPNP a déjà été évoqué par 29,90% (n=14) des sages-femmes interrogées et dans 100% des cas celles-ci l'ont orienté vers un psychologue ou un psychiatre.

4.2 Cohérence interne

4.2.1 Forces de l'étude

La force de cette étude réside dans l'intérêt qu'elle porte sur un sujet encore bien trop peu exploré. En effet, peu d'études portent sur la dépression post-natale paternelle et lorsque c'est le cas la majorité de ces études portent sur les conséquences ou sur les différents symptômes et variabilité que nous pouvons retrouver au sein de cette pathologie. Une minorité de ces études porte sur la connaissance de la pathologie par les professionnels de santé que ce soient les médecins, les psychologues ou les sages-femmes.

Le fait d'inclure uniquement les sages-femmes libérales et pas les sages-femmes hospitalières en fait un biais car les résultats ne reflètent pas le niveau de connaissances de toutes les sages-femmes mais également une force, car ce sont elles qui sont en majorité responsable de la prévention et du suivi en post-partum. Ce sont donc leurs connaissances qui nous intéressent dans notre démarche de prévention.

4.2.2 Limites de l'étude

4.2.2.1 Biais de sélection

Les professionnels ayant répondu à cette étude sont des personnes intéressées par le sujet, ils ont donc pu se documenter en amont pour leur propre pratique professionnelle ce qui pourrait majorer le pourcentage de connaissance de cette pathologie.

4.2.2.3 Biais d'investigation

Cette étude est une première approche de la connaissance des professionnels de santé, c'est pour cela que la volonté première était de n'inclure que les sages-femmes libérales et les médecins généralistes. Malgré, une distribution du questionnaire via plusieurs moyens, les réponses des médecins généralistes n'ont pu atteindre un nombre suffisant.

De plus, depuis le début de l'étude plusieurs changements ont eu lieu notamment la prolongation du congé paternité ainsi que la création de l'entretien post-natal sur lequel les professionnels n'ont pas été interrogés. Certaines consultations plus particulières comme les grossesses pathologiques auraient également pu être incluses du fait du suivi rapproché ce qui pourrait permettre des moments d'échanges privilégiés sur les craintes et les appréhensions du couple, malgré un contexte qui peut être très anxiogène (21).

4.3 Cohérence externe

4.3.1 Rôle des sages-femmes

4.3.1.1 Place de la santé mentale et positionnement de la sage-femme

La relation entre la sage-femme et le couple durant la période périnatale est complexe et revêt des dimensions psychologiques profondes. Les résultats que nous avons obtenus suggèrent que les sages-femmes sont perçues comme étant responsables de la prévention en grande partie et que celle-ci pourrait être complétée par d'autres professionnels de santé. En tant que figure centrale dans le processus de naissance, la sage-femme occupe une place unique où elle assume à la fois les soins médicaux et le rôle d'interlocutrice attentive, facilitant ainsi un espace d'expression émotionnelle et de soutien. Cette relation triadique entre la sage-femme et le couple se caractérise par des dynamiques psychologiques subtiles, telles que la confiance, la dépendance et la perception de compétence parentale. L'hypothèse suggère que la qualité de cette relation peut influencer non seulement l'expérience de l'accouchement, mais aussi le bien-être psychologique du couple et leur adaptation à la parentalité. Une meilleure compréhension de ces dynamiques pourrait permettre d'améliorer les pratiques de soins périnataux et d'optimiser le soutien apporté aux couples tout au long de leur transition vers la parentalité.

Dans notre pratique, la place que prend la santé mentale est propre au vécu et à la sensibilité de chacun. Les sages-femmes libérales qui y accordent une attention spécifique, celles considérant que ce sujet devrait être abordé en systématique et connaissant déjà la pathologie, soit 76,92%, sont plus enclines à discuter ouvertement de la DPNP avec les couples qu'elles accompagnent. L'impact des interventions éducatives sur la santé mentale des parents pendant la période périnatale n'a cessé d'être démontré comme positif de plus, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont identifiés dans notre étude comme les moments les plus privilégiés pour discuter de la santé mentale des pères. En fournissant des informations et des ressources spécifiques sur la dépression post-natale paternelle, les sages-femmes peuvent contribuer à réduire le stigmate associé à cette condition et à encourager les couples à rechercher un soutien approprié. De plus, en abordant la dépression post-natale paternelle de manière proactive et inclusive, cela peut aider les couples à se sentir plus à l'aise pour partager leurs préoccupations.

4.3.1.2 Connaissances des sages-femmes

Il est souvent de notre ressort d'informer les parents de l'importance de l'implication paternelle précoce pour le développement émotionnel et social de l'enfant, ainsi que des conseils sur les façons dont le père peut participer activement aux soins et au soutien de la mère et du bébé. Cette information nécessite un niveau de connaissance élevé sur le sujet, car la DPNP peut impacter de nombreux aspects de la périnatalité. Au niveau des SFL du territoire Picto Charentais les résultats indiquent de bonnes connaissances globales de la DPNP, avec seulement 23,07% de professionnels ne connaissant pas du tout l'existence de cette pathologie. Notons également que le terme « daddy blues » est moins connu que le baby blues, sachant que le daddy blues est comme son équivalent féminin un état souvent précurseur de la DPNP qui doit normalement servir d'alerte aux soignants.

La période la plus à risque de survenue est, dans la majorité des sources que nous avons utilisée, des deux premières semaines jusqu'à deux voire trois premiers mois avant de décroître et de réaugmenter à 12 mois (22). C'est durant cette période que la vigilance des professionnels doit être le plus accrue.

En ce qui concerne les symptômes, comparé aux résultats obtenus pour la DPNM, les symptômes discordants sont plus nombreux et plus diversifiés, notamment l'irritabilité (n=10), l'agitation (n=8), l'agressivité et la colère (n=7).

La plupart des facteurs de risque sont sous-estimés dans les réponses données par les professionnels de santé, de plus ils sont beaucoup moins étudiés que ceux chez la femme (23).

L'absence lors de l'accouchement ou lors des échographies et les pathologies chroniques n'ont pas été étudiées en tant que facteur de risque pour la dépression post-natale paternelle. L'association pour la couvade n'est pas clairement établie dans la littérature scientifique bien que les variations hormonales soient liées à l'augmentation des manifestations dépressives chez l'homme (24). Aucune association significative n'a été trouvée concernant la prématurité du nouveau-né, ni concernant le rang de multiparité (23).

Est-ce que la connaissance moins répandue des professionnels de santé concernant la dépression post-natale paternelle, y compris ses symptômes et sa prévalence, contribue à une sous-estimation de l'importance de cette problématique et à des lacunes dans sa prise en charge ? Cette méconnaissance influence-t-elle les professionnels à minimiser les facteurs de risque associés à la dépression post-natale paternelle, compromettant ainsi la prévention et le soutien efficaces pour les pères confrontés à cette condition ?

La plupart des professionnels interrogés dans notre étude tirent leurs connaissances de leurs expériences personnelles (35%), de la formation continue ou d'internet. Dans le cas des deux dernières options, cela nécessite une implication personnelle et un désir d'améliorer la prise en charge de la santé mentale. L'expérience personnelle des sages-femmes enrichit leur pratique clinique et pourrait renforcer leur empathie envers les couples confrontés à la dépression post-natale paternelle. Les professionnels y ayant été confrontés dans le cadre privé seraient plus sensibles à cette problématique et plus aptes à offrir un soutien adéquat. En partageant leurs propres expériences et en adoptant une approche plus personnelle et empathique, les sages-femmes peuvent établir des liens plus profonds avec les couples et créer un espace de soutien et de compréhension mutuelle.

4.3.2 Place du père dans la périnatalité

Aujourd'hui, au sein de la pratique des professionnels de la périnatalité, notamment les sages-femmes, la reconnaissance de l'importance du rôle du père dans le processus de naissance et de maternité est devenue de plus en plus répandue. Les professionnels adoptent une approche plus globale qui valorise la présence et l'implication active du père tout au long de la période périnatale, de la grossesse à la naissance et au-delà. Cette évolution de perception se traduit notamment par des consultations prénatales inclusives lors desquelles les sages-femmes accordent une plus grande importance à la présence du partenaire. Elles encouragent les couples à participer ensemble aux visites prénatales, ce qui leur permet de poser des questions, de partager leurs préoccupations et d'être pleinement informés du processus de

grossesse et de naissance.

Les facteurs spécifiques qui encouragent les pères à prendre une place active dans le processus de naissance et de parentalité pourraient être multiples (25). Certaines théories mettent en lumière l'importance du soutien social et émotionnel des partenaires pendant la transition vers la parentalité (26). Ainsi, les facteurs tels que le soutien conjugal, l'accès à des ressources d'information et de soutien, ainsi que la reconnaissance du rôle actif des pères dans les soins périnataux, peuvent jouer un rôle déterminant dans leur implication. Les attitudes et les croyances des soignants à l'égard de l'implication paternelle pourraient également avoir un impact significatif sur la perception des pères de leur rôle pendant la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux.

Est-ce que des outils de communication spécifiques, tels que des ressources en ligne ou des applications mobiles, pourraient compenser le temps d'échange limité entre les sages-femmes et les futurs pères, et favoriser ainsi une meilleure implication dans les soins périnataux ? Dans le cadre de l'accès aux soins de santé et de la communication patient-soignant, l'utilisation d'outils de communication spécifiques, tels que des ressources en ligne ou des applications mobiles, pourrait renforcer la confiance des pères dans leur capacité à s'impliquer dans les soins périnataux, en leur fournissant des informations accessibles et des conseils pratiques centralisés.

Des sessions de préparation à la parentalité spécifiquement conçues pour les pères, avec un temps d'échange adapté à leurs besoins et contraintes, pourraient-elles améliorer leur implication dans les soins périnataux ? En intégrant des activités interactives et des discussions dirigées par les pères, ces sessions pourraient favoriser un engagement actif et une participation accrue des pères dans les soins périnataux. De plus, en prenant en compte les principes de l'autodétermination et de la motivation intrinsèque, la création d'un environnement inclusif, où les pères se sentent valorisés et soutenus dans leur rôle parental, pourrait renforcer leur motivation à s'impliquer activement dans les soins périnataux. Nous pouvons faire un parallèle avec les groupes de paroles qui se développent dans la plupart des grandes villes de France et qui permettent aux pères de s'identifier les uns aux autres, de partager leurs craintes et difficultés.

Malgré un environnement propice à l'implication des pères dans le processus de naissance et de parentalité, certains d'entre eux peuvent ne pas souhaiter prendre activement

cette place. Cette hypothèse soulève des questions essentielles sur les dynamiques familiales et les constructions sociales du rôle paternel. La participation des pères dans les soins périnataux peut être influencée par une variété de facteurs, y compris les attentes culturelles, les modèles parentaux préexistants et les expériences personnelles passées. Les pères peuvent être confrontés à des pressions sociales et à des stéréotypes de genre qui limitent leur capacité à s'impliquer pleinement dans les soins périnataux. Par exemple, les attentes traditionnelles de masculinité peuvent encourager les pères à adopter un rôle plus distant et détaché dans la parentalité. Des sentiments d'insécurité peuvent également entrer en jeu et être exacerbés par des expériences passées de stress familiaux ou professionnels (27). En tenant compte des facteurs individuels, culturels et sociaux qui influencent la perception des pères sur leur rôle parental, il est possible de mieux comprendre les défis et les obstacles auxquels les pères peuvent être confrontés dans leur désir de s'impliquer et d'identifier des stratégies pour soutenir voire renforcer leur engagement dans le processus de parentalité, même lorsque leur motivation initiale peut être faible.

Les attitudes et les croyances des soignants à l'égard de l'implication paternelle pourraient également avoir un impact significatif sur la perception des pères de leur rôle pendant la grossesse, l'accouchement et les soins postnataux.

4.3.3 Ressources dont disposent les professionnels

Les entretiens prénatals précoces permettraient aux sages femmes qui les pratiquent, une meilleure compréhension de la dépression post-natale paternelle et faciliteraient la détection des signes précoces chez les pères par rapport à celles qui ne les pratiquent pas.

Les EPP sont réalisés par une grande majorité des sages-femmes interrogées (80%) c'est l'un des moments privilégiés d'échanges où les pères peuvent être présents durant le suivi de la grossesse. Ils sont considérés comme le troisième moment que les SFL de notre étude privilégieraient pour la prévention de la DPNP, après les cours de préparation à la naissance et à la parentalité et les visites à domicile. En 2022 l'Assurance maladie indiquait que ces entretiens étaient réalisés dans 62% des grossesses, ce qui est en augmentation comparée à 2021 où le taux était de 36,5% (28)(29). Depuis le 1^{er} juillet 2022, l'entretien post-natal précoce peut également servir de temps d'échange avec le couple afin d'aborder au mieux les problématiques du post-partum (30). Avec l'allongement du congé paternité il serait intéressant de savoir s'ils sont plus présents lors de ces visites et d'étudier dans un même temps la pratique des entretiens post-natals. De plus, un guide a été publié en février 2024 afin d'orienter au mieux les

professionnels dans leur pratique (31)(32).

Comment les sages-femmes pourraient-elles maximiser l'efficacité de leur temps d'échange avec les futurs pères en identifiant rapidement leurs besoins, leurs préoccupations et leurs attentes, afin de fournir un soutien ciblé et personnalisé dans le cadre des soins périnataux ?

Cette question soulève des considérations importantes sur la communication patient-soignant et l'importance de l'écoute active dans la pratique des sages-femmes. Pour maximiser l'efficacité de leur temps d'échange, l'écoute attentive, la reformulation des préoccupations des pères, et l'établissement d'une relation de confiance entre les sages-femmes et les futurs pères sont les bases de l'échange. Cela rejoint le positionnement du soignant et notamment de la sage-femme dans la triade.

De plus, les sages-femmes peuvent intégrer des outils d'évaluation standardisés pour identifier rapidement les facteurs de risque potentiels de détresse émotionnelle ou de difficultés parentales chez les futurs pères. En utilisant des questionnaires de dépistage de la dépression postnatale ou des échelles d'évaluation du stress parental, les sages-femmes peuvent fournir un soutien ciblé aux pères qui présentent des besoins particuliers. Rappelons qu'il n'existe pas d'outils propre à la DPNP, l'Edinburgh post-natal depression scale (EPDS) étant celui utilisé pour la DPNM. Il est néanmoins communément utilisé chez les pères bien qu'étant moins spécifique.

4.3.3.1 Outils diagnostics de la dépression

L'analyse des données collectées révèle la nécessité de poursuivre la sensibilisation au sein de la profession de sage-femme quant à la prévention et au dépistage de la dépression post-natale paternelle avec notamment 23,07% de professionnels ne connaissant pas l'existence de cette pathologie. Les données suggèrent également une utilisation limitée des outils de diagnostic spécifiques à la DPNP avec 42,86% de professionnels connaissant leur existence mais ne les utilisant pas. Cette observation soulève des questions cruciales sur les barrières potentielles à l'application de ces outils dans la pratique quotidienne des sages-femmes libérales. Les raisons de cette sous-utilisation pourraient être liées à un manque de formation, à des lacunes dans la sensibilisation ou à des contraintes de temps inhérentes à la pratique libérale.

Depuis 2001, Matthey.S et al ont proposé l'utilisation de l'EPDS comme outil pour la

prise en charge chez les hommes, ce qui depuis est le cas dans la majorité des études recherchant la prévalence de cette pathologie. L'EPDS est un auto-questionnaire composé de dix questions notées de zéro à trois, il est rapide et simple d'utilisation pour répondre à la pratique clinique. Un score supérieur ou égal à dix est considéré comme un risque de dépression chez la femme, malgré des variations propres à chaque pays. Pour en augmenter la spécificité certaines études comme celle de Shafian AK et al 2001 ou plus récemment celle de Dhillon HS et al en 2022, prennent comme score de référence 12 (33). Plus le score est élevé, moins il y a de risque d'inclure des patients ayant une dépression dite mineure, cependant cela peut baisser artificiellement la prévalence et peut entraîner un manque d'harmonisation des études (34).

De plus, rappelons que l'EPDS ayant initialement été validé pour la DPNM, il ne prend pas en compte les spécificités propres aux pères qui expriment plus souvent l'état dépressif par somatisation (35)(36). Le score optimal du questionnaire pour son utilisation côté paternel a été établi entre 7 et 10 dans une méta analyse de 2022 (A.K Shafian et al) (37). Cependant la plupart des recommandations Internet, notamment les sites accessibles au grand public, n'indiquent pas d'ajustement de score seuil tout en incluant pourtant les pères dans ces dispositifs de dépistage. Le score idéal n'étant pour l'instant pas encore établi, toutes les études considèrent que le score seuil doit être inférieur à celui utilisé pour les mères dans une même population. Encore aujourd'hui d'autres études sont nécessaires afin de valider chaque seuil et pour comparer les nouveaux outils de dépistage à celui-ci. L'avantage de l'EPDS est d'avoir été testé, traduit et validé dans de nombreuses langues (36)(37). C'est cependant le seul outil à être spécifique au post-partum comme décrit par Psouni.E et al en 2017, ayant en plus utilisé dans leur étude le GMD-S et le Beck Depression Inventory (BDI) qui sont eux aussi des auto questionnaire spécifique de la dépression (38)(39). Contrairement à de nombreux autres outils qui se basent sur des manifestations générales de dépression, le GMD-S prend en compte les manifestations plus somatiques que l'utilisation de l'EPDS peut ne pas mettre en lumière. (37)

Certaines études (*Magdalena. C et al* 2018) ont démontré que l'utilisation d'un outil diagnostic seul est parfois insuffisant. En effet selon les populations, un questionnaire peut être plus pertinent à utiliser qu'un autre (35).

En 2017 E. Psouni.E et al ont mené une étude visant à incorporer des items du GMD-S au questionnaire de l'EPDS, le résultat des deux questionnaires combinés étaient plus spécifiques que l'EPDS seul mais l'étude en a tout de même conclu que les outils diagnostics étaient à ce jour insuffisant pour un bon diagnostic (33).

Il existe au total quatorze questionnaires à disposition pour évaluer les symptômes allant de l'anxiété à la dépression (37). Cependant il existe un manque de validité scientifique entre les échelles, bien que la plupart des études comparatives arrivent à des conclusions similaires,

ils ne prennent souvent pas en compte les spécificités de la parentalité ou du post-partum (40)(41).

Scand.J et al en 2008 se sont également penchés sur les outils d'évaluation du BB, encore aujourd'hui il n'existe qu'un seul questionnaire validé le Maternity Blues Questionnaire (MBQ) qui n'est valable que pour les mères (42)(43). Il a néanmoins été traduit en plusieurs langues, dont le français par M.C Glangeaud-Freudenthal et al et reste le principal outil de comparaison utilisé pour le blues chez les parents (44)(45).

4.3.3.2 Nouveaux outils diagnostics

En 2022, une étude a été menée afin de valider un nouvel outil, le Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA). Il s'agit d'un auto-questionnaire construit par *Baldoni et al* en 2016 pour être plus spécifique aux pères en prenant en compte les symptômes plus variables et inconstants qui peuvent survenir (46). L'étude a démontré la validité scientifique de ce questionnaire chez la population italienne, ainsi que dans la population portugaise (47). Il n'y a pour l'instant pas assez de données pour statuer sur sa spécificité à grande échelle ou sur son adaptation aux contraintes culturelles (48).

Dans la totalité des études investiguées aucune ne cherchait à déterminer s'il existait un lien entre le moment du dépistage et la probabilité que celui-ci soit positif (41). Aucun consensus n'a été défini quant au moment idéal de dépistage. Les recommandations conseillent à l'heure actuelle d'en réaliser deux durant la période périnatale en sachant que la DPNP a tendance à se manifester plus tard que la DPNM (47)(50). De nombreux facteurs de risque et données sociodémographiques restent à explorer afin d'établir un outil spécifique. Dans certaines études, le recrutement peut constituer un biais notamment concernant les pères inclus après sollicitation de la conjointe. Le sujet étant pour l'instant encore peu représenté au sein des publications médicales, certaines études n'ont pas été incluses aux méta-analyses et aux revues systématiques par souci linguistique. L'objectif restant pour l'instant d'harmoniser les prises en charge, les orientations, voir les traitements de cette pathologie et de la faire reconnaître.

CONCLUSION

L'un des enseignements majeurs de ces résultats est la nécessité d'élaborer des programmes de formation continue axés sur la dépression post-natale paternelle, rappelons que 23% des sages-femmes interrogées méconnaissent la DPNP. Cela permettrait de renforcer la compréhension des sages-femmes libérales et de promouvoir l'utilisation adéquate des outils de dépistage, avec une utilisation de 58%. Cette approche pourrait contribuer à améliorer la qualité des soins prodigués aux familles, en abordant la dimension souvent négligée de la santé mentale paternelle.

A l'avenir, il serait pertinent d'explorer encore davantage les perceptions et les expériences des sages-femmes libérales quant à la dépression post-natale paternelle. En effet 80% des sages-femmes interrogées pensent que ce sujet devrait être abordé de manière systématique. Des études qualitatives pourraient offrir des perspectives approfondies sur les défis spécifiques rencontrés par ces professionnels de la santé dans la gestion de cette problématique. De plus, la collaboration interprofessionnelle mérite d'être examinée de près. Les liens entre les sages-femmes libérales, les professionnels de la santé mentale et d'autres acteurs de la santé familiale pourraient être renforcés afin de garantir une approche holistique de la santé mentale post-natale.

Le rapport des 1000 jours propose notamment à titre expérimental des groupes de paroles en lien avec huit CAF de France, afin de partager des expériences et des informations avec l'accompagnement d'un professionnel de santé (51).

Cette étude souligne l'importance de continuer à explorer la prise de conscience et l'utilisation des outils de diagnostic relatifs à la dépression post-natale paternelle par les sages-femmes libérales. Ces efforts contribueront non seulement à améliorer la qualité des soins maternels et familiaux mais aussi à favoriser une approche plus inclusive de la santé mentale post-natale.

En 2021 une équipe menée par J. Vermeulen a développé le Depression in Dads (DDads) qui permet d'évaluer la sensibilisation à ce sujet au sein de la population générale (52). En tant qu'outil validé, il vise à fournir des informations sur la compréhension et la perception de cette condition, notamment chez les nouveaux pères. Il pourrait à l'avenir être utilisé pour comparer l'impact de programmes de sensibilisation à la santé mentale paternelle. Cependant cet outil

reste très dépendant des considérations culturelles et linguistiques de chaque pays. Des études de validations spécifiques seront nécessaires afin d'étendre l'utilisation de ce questionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grimaud L. *Fonction paternelle et institution soignante. VST - Vie sociale et traitements* [Internet] 2005 [Cité le 10 oct 2020] 86(2) :112-5. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-vie-sociale-et-traitements-2005-2-page-112.htm>
2. Assemblée nationale. *Loi n° 70-459 relative à l'autorité parentale* [Internet] 1970 [Cité le 21 octobre 2020] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000693433/>
3. C. Isserlis, A. Sutter-Dallay, M. Dugnat & N. Glangeaud-Freudenthal, *L'entretien prénatal précoce*. In : *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce* [Internet]. Toulouse, [Cité le 23 nov 2020] ERES ; 2008. p. 13-46. (Petite enfance et parentalité). Disponible sur : <https://www.cairn.info/guide-pour-la-pratique-de-l-entretien-prenatal-pre--9782749208855-p-13.htm>
4. Quelvennec F, Griffond V, Blanquet C, Vasselin É, Bonnerue M-F. *Pères en maternité ou quelle place pour les pères dans l'institution maternité ?* In : *Le père, l'homme et le masculin en périnatalité* [Internet]. Toulouse, [Cité le 23 nov 2020] ERES ; 2003. p. 33-8. (Les Dossiers de Spirale). Disponible sur : <https://www.cairn.info/le-pere-l-homme-et-le-masculin-en-perinatalite--9782749201269-p-33.htm>
5. Charlotte M. *Nouveaux pères : état des lieux des rôles du père auprès de son nouveau-né et de sa compagne à la maternité*. 2014 [Mémoire Internet] Limoges (Fr) Université de Limoges [Cité le 22 nov 2020] Disponible sur : <https://www.google.com/nouveaux-peres>
6. *Comprendre la dépression Ameli* [Internet] 2020 [Cité le 21 octobre 2020] Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/comprendre-depression>
7. *Édition professionnelle du Manuel MSD* [Internet]. [Cité le 10 fév 2022]. *Dépression du post-partum - Gynécologie et obstétrique*. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/soins-du-post-partum-et-troubles-associ%C3%A9s/d%C3%A9pression-du-post-partum>
8. *Dépression et troubles de l'humeur de l'adulte* [Internet]. [Cité le 21 octobre 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/vienne/assure/sante/themes/sante-mentale-de-l-adulte/depression-et-troubles-de-l-humeur-de-l-adulte>
9. Moissette M. *Le congé paternité : choix et attentes des pères*. 2013 *Gynécologie et obstétrique dumas-00873177f* [Mémoire Internet] Université de Caen (Fr) [Cité le 2020 nov 20] Disponible sur : <https://www.google.com/dumas.ccsd.cnrs.fr/document-attentes-des-peres>
10. Dayan J. *Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse*. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet] Oct 2007 [Cité le 21 nov 2021] ; 36(6) :549-61 ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/Dayan2007>
11. Scarff JR. *Postpartum Depression in Men*, *Innov Clin Neurosci*. [Internet] May 2019 [Cité le 21 nov 2020] ; 16(5-6) :11-4 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31440396/>
12. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. *Prevalence of paternal depression in*

- pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet] Dec 2016 [Cité le 22 nov 2020] ;206 :189-203 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27475890/>
13. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, 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* [Internet] Dec 2017 [Cité le 20 nov 2020] ;17(1) :45 ; Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28125983/>
 14. Letourneau N, Leung B, Ntanda H, Dewey D, Deane AJ, et al. Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the APrON longitudinal study. *BMC Pediatr* [Internet] Dec 2019 [Cité le 22 nov 2020] ; 19(1) :435 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31722682/>
 15. Cyrulnik B, Benachi A, Filliozat I, Dugravier R, Ansermet F, et al. Rapport des 1000 premiers jours, Ministères des Solidarités et de la Santé. [Internet] Sept 2020 [Cité le 20 nov 2020] Disponible sur : <https://www.google.com/solidarites-sante.gouv.fr-rapport-1000-premiers-jours.pdf>
 16. Shorey S, Chan V. Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review. *J Adv Nurs* [Internet] Jun 2020 [Cité le 20 nov 2020] ;76(6) :1307-19 ; Disponible sur : <https://Internetlibrary-wiley-com.ressources/doi/full/10.1111/jan.14325>
 17. Steen M. Not-patient and not-visitor A metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care [Internet] 2012 [Cité le 2020 nov 22] ;10; Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21820778/>
 18. Dhillon HS, Sasidharan S, Dhillon GK, Babitha M. Paternal depression: "The silent pandemic". *Ind Psychiatry J*. [Internet] 2022 [Cité le 2023 janvier 25] ;31(2) :350-3. Disponible sur : [Paternal depression: "The silent pandemic" - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35608702/)
 19. 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. *Journal of Affective Disorders* [Internet] 1 févr 2021 2023 [Cité le 2020 nov 22] ;280 :127-35 Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720329487>
 20. Levis B, Negeri Z, Sun Y, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. [Internet] 11 nov 2020 [Cité le 2020 nov 22] ;371: m4022 Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4022>
 21. Zacher M, Wollanka N, Sauer C, Haßenteufel K, Wallwiener S, Wallwiener M, et al. Prenatal paternal depression, anxiety, and somatic symptom burden in different risk samples: an explorative study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet] avr 2023 [Cité le 11 fév 2024] ; 307(4) :1255-63 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35608702/>
 22. Kim P, Swain JE. Sad Dads. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet] fév 2007 [Cité le 2020 nov 22] ; 4(2) :35-47 Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922346/>
 23. Ansari NS, Shah J, Dennis CL, Shah PS. Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet] 2021 [Cité le 22 nov 2020] ;100(7) :1186-99 Disponible sur :

- <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.14109>
24. Kojayan R, Doublet C, Mazurier E, Havasi K, Pourrieres E, Viaux-Savelon S, et al. *L'entretien postnatal précoce I – Prise en compte des modifications hormonales, neuronales et psychiques du père ou du coparent au même titre que celles de la mère.* Périnat [Internet] 1 juin 2023 [Cité le 2020 nov 22] ;15(2) :64-73 Disponible sur : https://rmp.revuesonline.com/articles/lvrmp/abs/2023/02/lvrmp_2023_sprperinat000599/lvrmp_2023_sprperinat000599.html
 25. Hiridjee K. Être père, une place à réinventer. In Cairn.info [Internet] 2022-2023 [Cité le 11 fév 2024] p. 1-1 Disponible sur : <https://www.cairn.info/dossiers-2022-36-page-1.htm>
 26. Gratton E. La figure paternelle en psychanalyse. Un effacement institutionnel au profit d'une implication relationnelle ? Revue des politiques sociales et familiales [Internet] 2021 [Cité le 11 fév 2024] ; 139-140(2-3) :79-88 Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-des-politiques-sociales-et-familiales-2021-2-3-page-79.htm>
 27. Dugravier R, Barbey-Mintz AS. Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy* [Internet] 2015 [Cité le 11 fév 2024] ; 66(2) :14-22 Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2015-2-page-14.htm>.
 28. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) : Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé) [Internet] Rapport ENP 2021 : disponible en ligne – Enquête Nationale Périnatale [Cité le 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://enp.inserm.fr/rapport-enp-2021-disponible-en-ligne/>
 29. Céline.M, DGS, Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet] 2024 [cité le 26 mars 2024]. *L'entretien prénatal précoce.* Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce>
 30. Mercier L. Collège National des Sages-femmes de France. 2022 [cité 23 févr 2024]. *Préconisations CNSF* [Internet] Juin 2022 [Cité le 11 fév 2024] *L'Entretien Postnatal Précoce.* Disponible sur : <https://www.cnsf.asso.fr/preconisations-cnsf-entretien-postnatal-precoce/>
 31. Collège National des Sages-femmes, 2024 [Cité 23 fév 2024]. *Guide Pratique pour l'entretien postnatal précoce* [Internet] Disponible sur : https://drive.google.com/file/d/1X0Bd0sIX-TY-ODOwYWvaNI9291XV9Fw8/view?usp=drive_link&usp=embed_facebook
 32. Cara G. Les pères bénéficiant de 2 semaines de congé paternité seraient moins à risque de développer une dépression post-partum [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2023 [cité 10 fév 2023]. Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/les-peres-beneficiant-de-2-semaines-de-conge-paternite-seraient-moins-a-risque-de-developper-une-depression-post-partum/66419/>
 33. Shafian AK, Mohamed S, Nasution Raduan NJ, Hway Ann AY. A systematic review and meta-analysis of studies validating Edinburgh Postnatal Depression Scale in fathers. *Heliyon* [Internet] 2022 [Cité le 25 janvier 2023] ;8(5) : e09441 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35663736/>
 34. Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord.* [Internet] juill 2013 [Cité le 2023 janvier 2023] ;149(1-3) :67-74 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23499163/>
 35. Psouni.E, Johan Agebjörn, Hanne Linder. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool - PubMed [Internet]. [Cité 10 fév 2023]. Disponible sur :

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052228/>
36. Culot S, Mauroy A, Fragnito LC, Gaugue J. Évaluation de la détresse psychologique paternelle en périnatalité : revue des instruments pour un screening de première ligne. *Devenir*. [Internet] 2020 [Cité le 25 janvier 2023] ;32(2) :87-104. Disponible sur : <https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-devenir-2020-2-page-87.htm#re2no2>
 37. Loscalzo Y, Giannini M, Contena B, Gori A, Benvenuti P. The Edinburgh Postnatal Depression Scale for Fathers: A contribution to the validation for an Italian sample. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet] 2015 [Cité 10 fév 2023] ;37(3) :251-6. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25724271/>
 38. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health* [Internet] juill 2018 [Cité le 25 janvier 2023] ;12(4) :720-9. Disponible sur : [Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30111111/)
 39. Psouni E, Agebjörn J, Linder H. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scand J Psychol* [Internet] déc 2017 [cité 11 fév 2024] ;58(6) :485-96 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052228/>
 40. Kennedy E, Munyan K. Sensitivity and reliability of screening measures for paternal postpartum depression: an integrative review. *J Perinatol* [Internet] déc 2021 [cité 11 fév 2024] ;41(12) :2713-21 Disponible sur : [Sensitivity and reliability of screening measures for paternal postpartum depression: an integrative review - PMC \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35811111/)
 41. Lai BPY, Tang AKL, Lee DTS, Yip ASK, Chung TKH. Detecting postnatal depression in Chinese men: A comparison of three instruments. *Psychiatry Research* [Internet] 30 déc 2010 [Cité le 22 nov 2023] ;180(2) :80-5 Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178109002807?via%3Dihub>
 42. Riquet S, Nativel L, Frémondrière P. Le baby blues existe aussi chez les pères : prévalence et facteurs associés. *Périnat* [Internet] 1 sept 2023 [Cité le 2020 nov 22] ;15(3) :115-23 Disponible sur : https://rmp.revuesonline.com/articles/lvrmp/abs/2023/03/lvrmp_2023_sprperinat000606/lvrmp_2023_sprperinat000606.html
 43. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry* [Internet] 1989 [Cité le 2020 nov 22] ;155 :356-62 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2611547/>
 44. Golež M, Mivšek PA. Pilot study to test the Slovenian version of the Kennerley-Gath Blues questionnaire. *Eur J Midwifery* [Internet] 2021 [Cité le 22 fév 2024] ;5 :47 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34723154/>
 45. Glangeaud-Freudenthal MC, Sutter AL, Guillaumont C, Bourgeois M. [Postpartum « blues » questionnaire. French version of « Maternity blues » of H. Kennerley and D. Gath]. *Ann Med Psychol (Paris)* [Internet] mai 1995 [Cité le 2020 nov 22] ;153(5) :337-40 ; discussion 341 Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7668508/>
 46. Baldoni F, Agostini F, Terrone G, Casu G, Giannotti M. A Psychometric Study of the Perinatal Assessment of Maternal Affectivity (PAMA) for the Screening of Perinatal Affective Disorders in Mothers. *Healthcare* [Internet] janv 2023 [cité 10 fév 2023] ;11(6) :907 Disponible sur : <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/6/907>

47. Baldoni F, Giannotti M, Casu G, Agostini F, Mandolesi R, Peverieri S, et al. *The Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA): Italian validation of a new tool for the screening of perinatal depression and affective Disorders in fathers*. *Journal of Affective Disorders* [Internet] 2022 [cité 10 fév 2023] ;317 :123-30 Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032722009041>
48. Pinto TM, Samorinha C, Tendais I, Nunes-Costa R, Figueiredo B. *Paternal Adjustment and Paternal Attitudes Questionnaire : Antenatal and Postnatal Portuguese Versions. Assessment* [Internet] 1 sept 2017 [Cité 10 fév 2023] ;24(6) :820-30 Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191115621794>
49. Walsh TB, Davis RN, Garfield C. *A Call to Action: Screening Fathers for Perinatal Depression*, *Academy of Pediatrics* [Internet] 1 janv 2020 [Cité 10 fév 2023]145(1):e20191193 Disponible sur : <https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/1/e20191193/36978/A-Call-to-Action-Screening-Fathers-for-Perinatal?autologincheck=redirected>
50. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, *Lutter contre les inégalités de destin dès les 1000 premiers jours de l'enfant* Paris [Internet] 2023 [cité 10 fév 2023]. Disponible sur : <https://solidarites.gouv.fr/lutter-contre-les-inegalites-de-destin-des-les-1000-premiers-jours-de-lenfant>
51. Vermeulen J, Buyl R, D'haenens F, Demedts D, Tricas-Sauras S, Haddani I, et al. *The Development of the DDads Questionnaire: Awareness, Knowledge and Attitudes of the General Population Towards Paternal Depression*. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 [cité 11 fév 2024] ;11. Disponible sur : <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2020.561954>

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire Etat des lieux des connaissances des sages-femmes et médecins généralistes libéraux concernant la DPNP

Chers collègues, dans le cadre d'un mémoire d'étudiante sage-femme concernant les connaissances de la dépression post-natale paternelle par les sages-femmes et les médecins généralistes libéraux nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire jusqu'au bout.

Il est composé de trois parties différentes : la première contient des questions générales sur la pathologie, la deuxième contient les questions et informations vous concernant tout en conservant l'anonymat, la troisième concerne les limites que vous avez rencontrées et les attentes que vous avez concernant la prévention

Ce sont des questions à **réponses UNIQUES** sauf si précision contraire.

Durée : 5 minutes

1^{ère} partie : Connaissance de la dépression post-natale

1. Avez-vous déjà entendu parler de la dépression post-natale (ou du post-partum) ?

☐ Oui ☐ Non

2. Avez-vous déjà entendu le terme de baby blues ?

☐ Oui ☐ Non

3. Avez-vous déjà entendu le terme de Daddy blues ?

☐ Oui ☐ Non

4. D'après vous quel pourcentage des pères est touchée par la dépression post-natale ?

☐ Moins de 6% ☐ De 7 à 15% ☐ De 16 à 24% ☐ De 25 à 33% ☐ Plus de 33%

5. D'après vous quelle est la période du post-partum la plus à risque ?

☐ Les 2 premières semaines ☐ De la 2^{ème} semaine jusqu'à 2 mois ☐ Entre 2 et 6 mois

☐ Entre 6 et 9 mois ☐ Entre 9 et 12 mois

6. D'après vous à partir de combien de temps les symptômes du baby blues deviennent des symptômes d'une dépression ?

☐ 3 jours ☐ 1 semaine ☐ 2 semaines ☐ Plus de 2 semaines

7. D'après vous quels sont les symptômes pouvant être présent dans le cadre d'une dépression post-natale chez la FEMME ? Veuillez cocher toutes les cases correspondantes.

- ☐ Perte d'appétit ☐ Troubles du sommeil ☐ Irritabilité ☐ Colère
☐ Tristesse ☐ Perte d'intérêt ☐ Évitement de l'entourage ☐ Mésestime de soi
☐ Agitation ☐ Agressivité ☐ Violences ☐ Tous

8. Saviez-vous que les hommes pouvaient également faire des dépressions post-natales ?

- ☐ Oui ☐ Non

9. Si oui, d'après vous quels sont les symptômes pouvant être présent dans le cadre d'une dépression post-natale chez l'HOMME ? Veuillez cocher toutes les cases correspondantes.

- ☐ Perte d'appétit ☐ Troubles du sommeil ☐ Irritabilité ☐ Colère
☐ Tristesse ☐ Perte d'intérêt ☐ Évitement de l'entourage ☐ Mésestime de soi
☐ Agitation ☐ Agressivité ☐ Violences ☐ Tous

10. D'après vous quels sont les facteurs de risque de survenue de cette pathologie ? Veuillez cocher toutes les cases correspondantes.

- ☐ Faible niveau socio-économique ☐ Premier enfant ☐ 5^{ème} enfant ou plus
☐ Dépression post-natale maternelle ☐ ATCD de dépression ☐ Prématurité
☐ Absence lors de l'accouchement ☐ Cuvade ☐ Absence aux échographies
☐ Pathologie chronique

11. D'après vous existe-t-il des outils diagnostics ?

- ☐ Oui ☐ Non

12. Si oui, quels outils diagnostics avez-vous déjà utilisé ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ EPDS ☐ GMDS ☐ CES-D ☐ BDI ☐ Autre ☐ Aucun

13. D'après vous par rapport aux femmes les hommes sont-ils ?

- ☐ Plus touchés ☐ Autant touchés ☐ Moins touchés

14. Avez-vous déjà posé ce diagnostic chez un homme ?

☐ Oui ☐ Non

15. Si oui avez-vous orienter ce patient présentant une dépression vers un psychologue ou un psychiatre ?

☐ Oui ☐ Non

16. Si vous connaissez cette pathologie, quelles sont vos sources d'informations au sujet de la dépression post-natale paternelle ? (Plusieurs réponses possibles)

☐ Formation initiale ☐ Formation continue ☐ Internet ☐ Collègues

☐ Expérience personnelle ☐ Proches ☐ DIU Psycho Périnatalité ☐ Livres Revues

La 2^{ème} partie : Parlez-nous de vous !

17. Etes-vous un homme ou une femme ?

☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

18. Etes-vous un médecin généraliste ou une sage-femme ?

☐ Médecin généraliste ☐ Sage-femme

19. Quel âge avez-vous ?

☐ Entre 18 et 25 ans ☐ Entre 25 et 30 ans ☐ Entre 30 et 35 ans ☐ Entre 35 et 40 ans

☐ Entre 40 et 50 ans ☐ Entre 50 et 60 ans ☐ 60 ans et plus

20. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme ? (Cliquez puis tapez l'année)

(Ex : 1998) Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

21. Quel est le département d'obtention de ce diplôme ? (Cliquez puis tapez votre texte)

(Ex : 86) :

22. Depuis combien de temps exercez-vous en libéral ?

☐ < 1an ☐ 1-3 ans ☐ 3-5 ans ☐ 5-10 ans ☐ 10-15 ans ☐ >15 ans

23. Réalisez-vous des entretiens prénatals précoces ?

☐ Oui ☐ Non

24. Pour les médecins généralistes : Quel pourcentage de votre patientèle pensez-vous que les hommes représentent ?

☐ <10% ☐ 30% ☐ 50% ☐ 70% ☐ > 90% ☐ Non concerné(e)

La 3^{ème} partie : Les attentes

25. Pensez-vous que le sujet de la dépression post-natale paternelle doit être abordée systématiquement ?

☐ Oui ☐ Non

26. Si oui, quand ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Avant la grossesse ☐ En consultation de suivi ☐ En entretien prénatal précoce
☐ En cours de préparation à la parentalité ☐ Pendant le séjour à la maternité
☐ Lors des visites post-natales à domicile ☐ Lors de la consultation post-natale
☐ Consultation pédiatrique ☐ Autre :

27. Et par qui ?

- ☐ Les sages-femmes ☐ Les médecins généralistes ☐ Les psychologues ☐ Les psychiatres
☐ Autre professionnel de santé ☐ Les pharmaciens ☐ Les pédiatres

28. Avez-vous d'autres attentes, expériences ou remarques à nous communiquer ?

(Cliquez puis taper votre texte)

Merci pour votre temps et vos réponses !

**Si le sujet vous intéresse vous pourrez retrouver le résultat de cette étude à la
bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Poitiers**

Annexe 2 :

Tableau 4 : Caractéristiques de la population d'étude : médecins généralistes

	Médecin généralistes (n=8)	Connaissant la DPNP	Méconnaissant la DPNP	Totaux
<i>Sexe</i>				
Homme	0	3	37,50% (n=3)	
Femme	4	1	62,50% (n=5)	
<i>Tranche d'âge</i>				
18 à 30 ans	0	0	0,00% (n=0)	
30 à 40 ans	1	4	62,50% (n=5)	
40 à 50 ans	1	0	12,50% (n=1)	
>50 ans	2	0	25,00% (n=2)	
<i>Durée d'exercice en libéral</i>				
< 1 an	0	0	0,00% (n=0)	
1 à 5 ans	0	1	12,50% (n=1)	
5 à 15 ans	2	3	62,50% (n=5)	
>15 ans	2	0	25,00% (n=2)	
<i>Département d'obtention du diplôme</i>				
Département 86	4	3	87,50% (n=7)	
Département de Nouvelle Aquitaine	0	0	0,00% (n=0)	
Département hors NA	0	1	12,50% (n=1)	
<i>Année du diplôme</i>				
<2000	3	0	37,50% (n=3)	
2000 - 2010	0	0	0,00% (n=0)	
>2010	1	4	62,50% (n=5)	

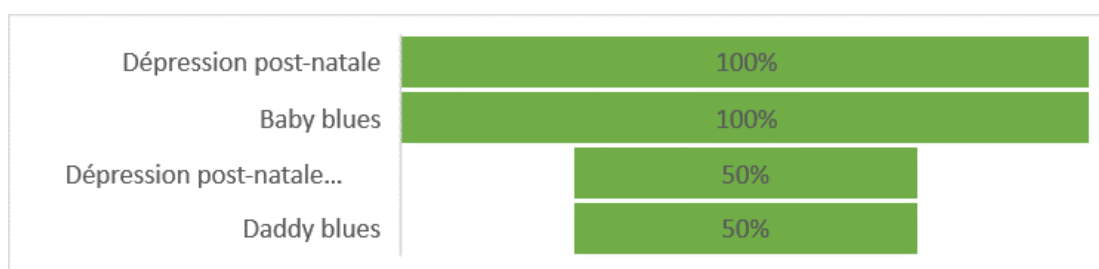


Figure 16 : Pourcentage de connaissance de la dépression post-natale, du baby blues, de la dépression post-natale paternelle et du daddy blues par les MG interrogées

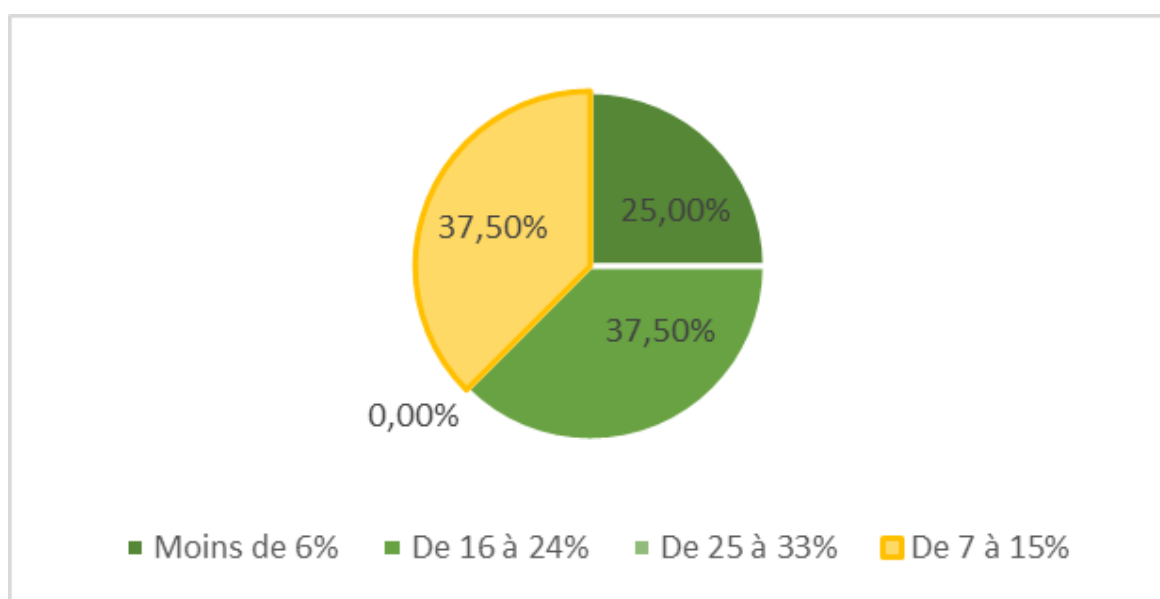


Figure 17 : Prévalence de la DPNP d'après les MG

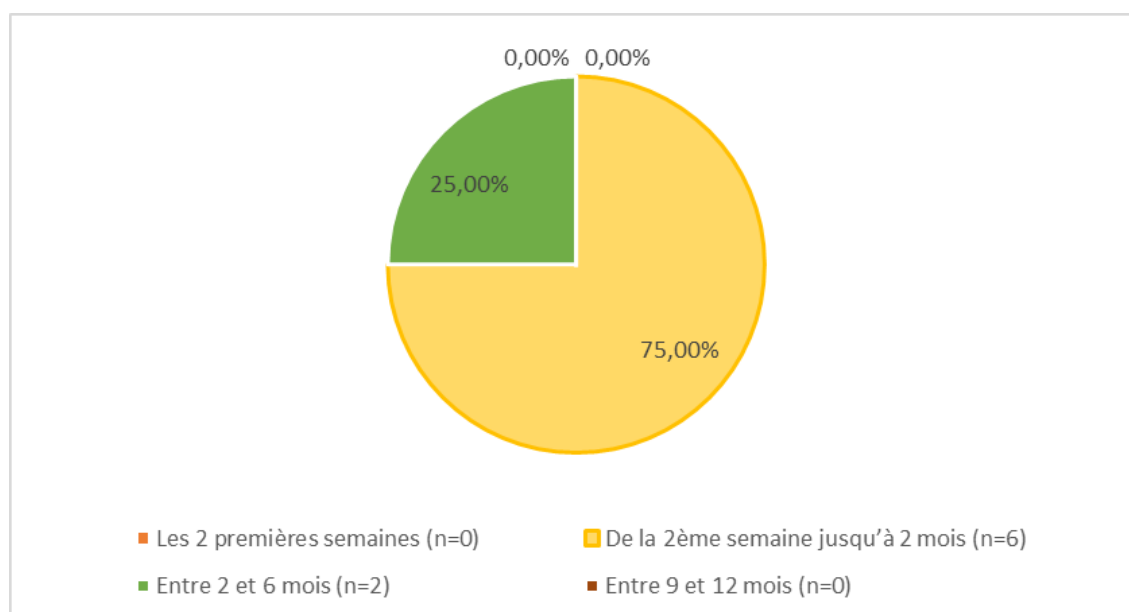


Figure 18 : Période la plus à risque de DPNP d'après les MG

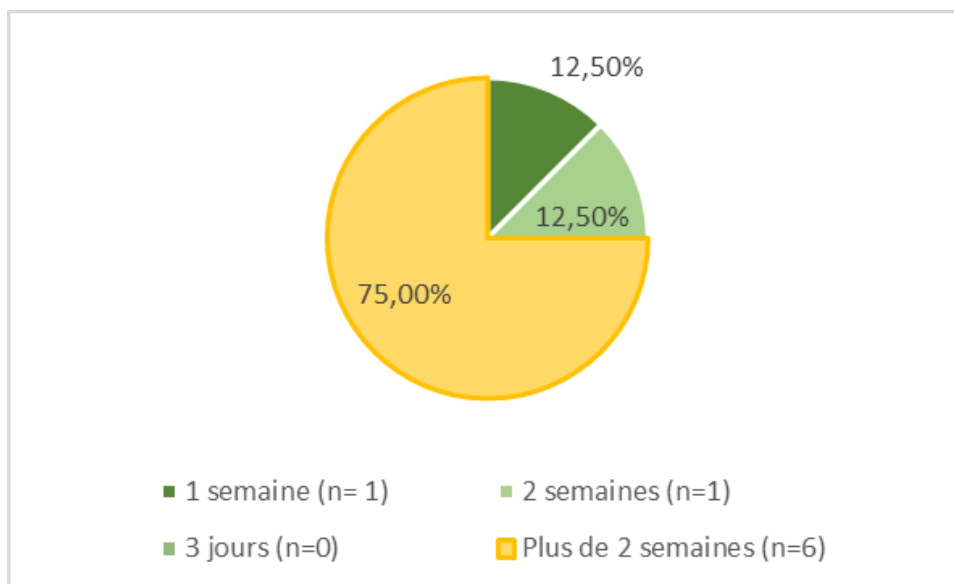


Figure 19 : Durée du mal être avant évolution en DPNP d'après les MG

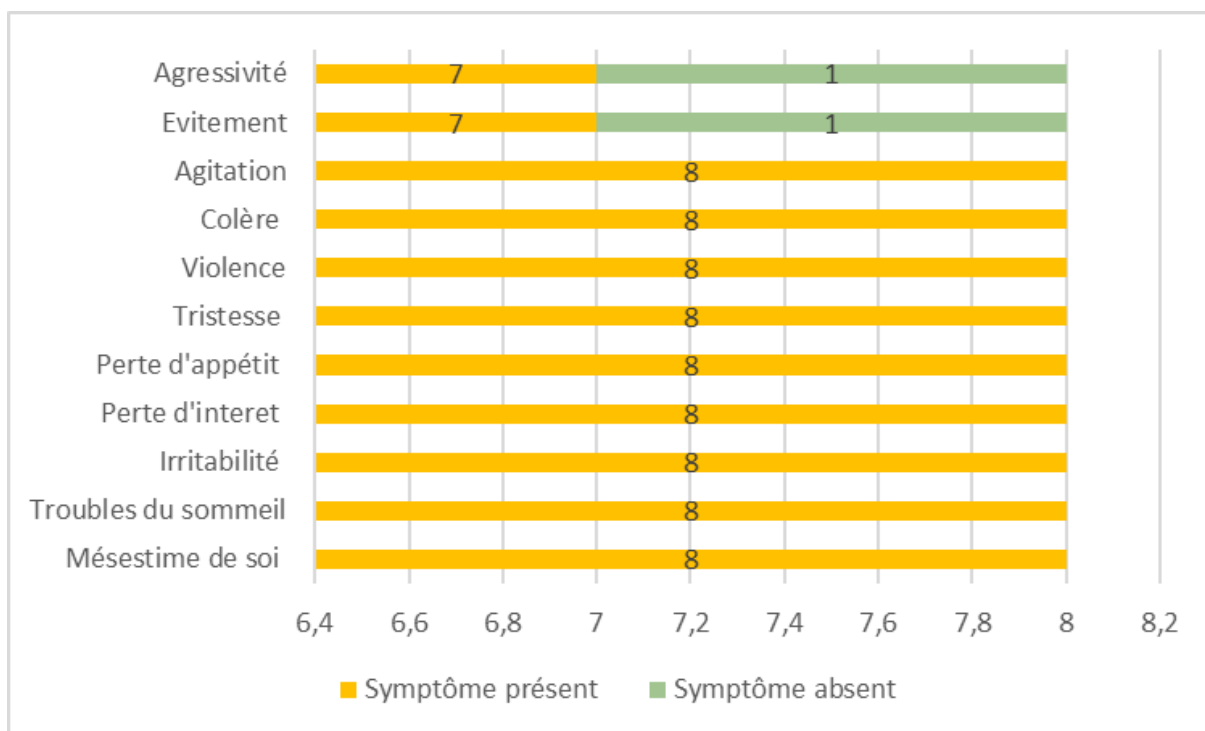


Figure 20 : Symptômes pouvant être présents dans la DPNM d'après les MG

75% des MG interrogées (n=6), ont répondu que tous les symptômes proposés pouvaient apparaître lors d'une DPNM. 25% des répondants avaient 1 réponse discordante.

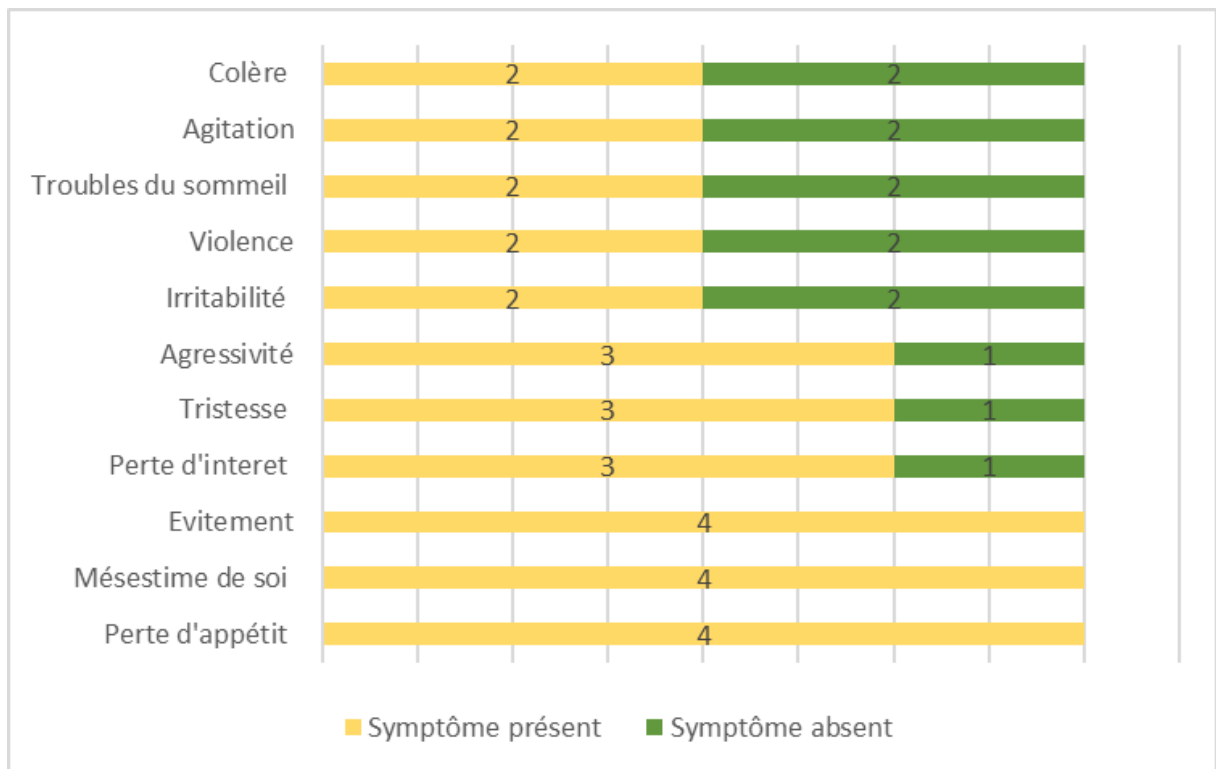


Figure 21 : Symptômes pouvant être présents dans la DPNP d'après les MG

Au sein des MG connaissant l'existence de la DPNP soit 50% (n=4), 1 seul en connaissait tous les symptômes. 50% des répondants (n=2) avaient oublié 6 symptômes et 25% (n=1) en avaient oublié une.

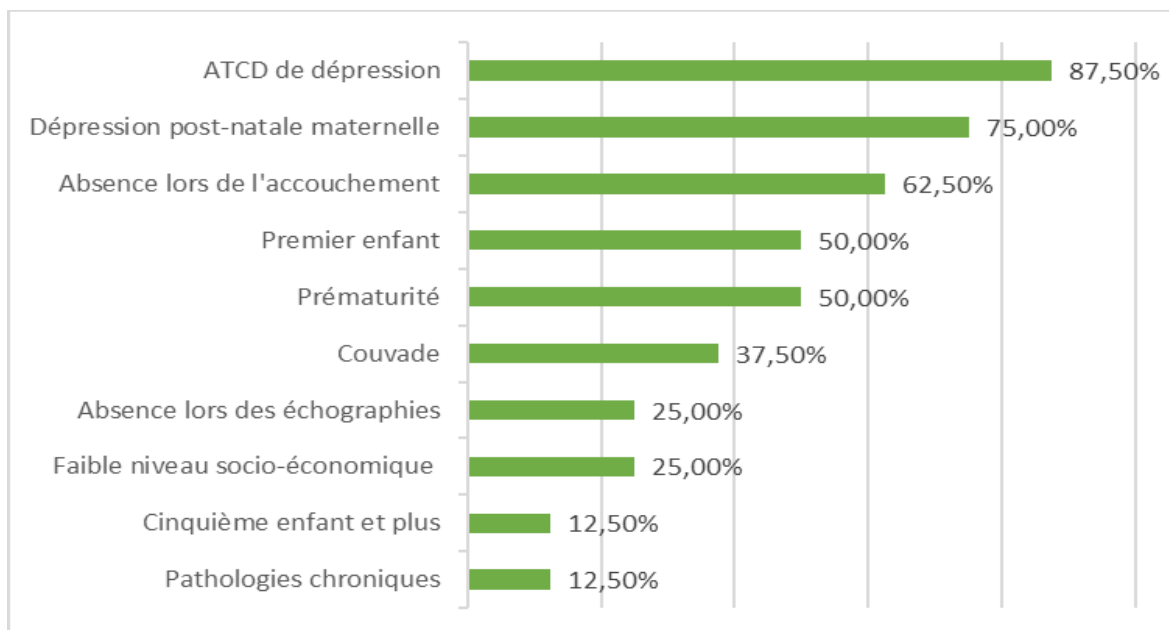


Figure 22 : Facteurs de risques de la DPNP d'après les MG

25% connaissaient l'existence des outils diagnostics, et aucun n'en avait utilisé. 100% des MG interrogés pensent que les hommes sont moins touchés par la DPN et aucun n'a posé ce diagnostic chez un patient. Au sein des MG connaissant cette pathologie, leurs connaissances venaient d'internet et de leurs expériences personnelles à 50%. 62,5% (n=5) pensent que le sujet devrait être abordé de manière systématique.

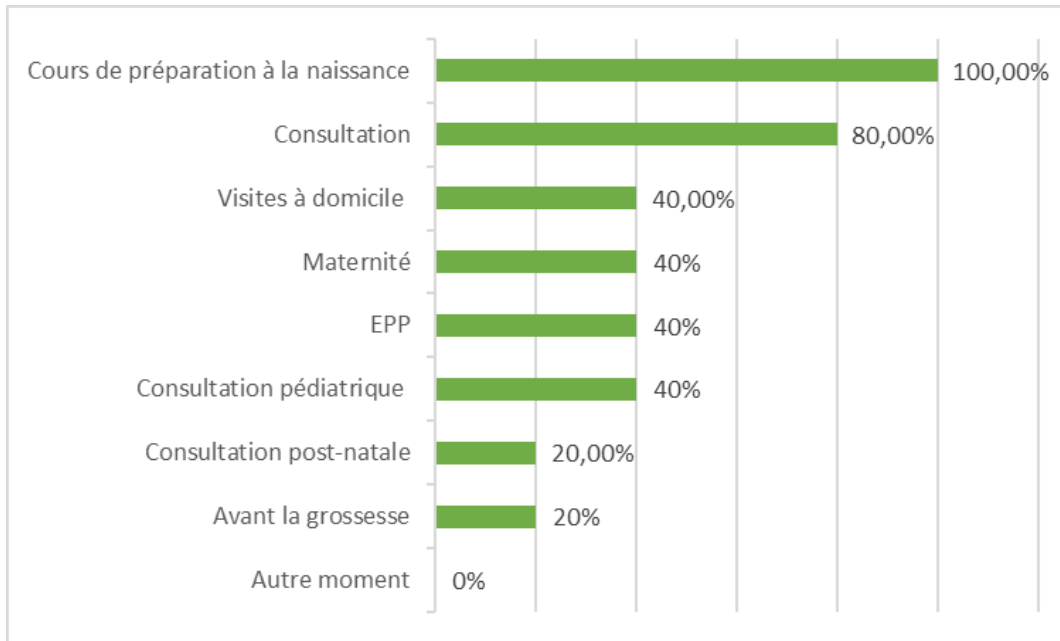


Figure 23 : Moment privilégié de la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les médecins interrogés (n=5)

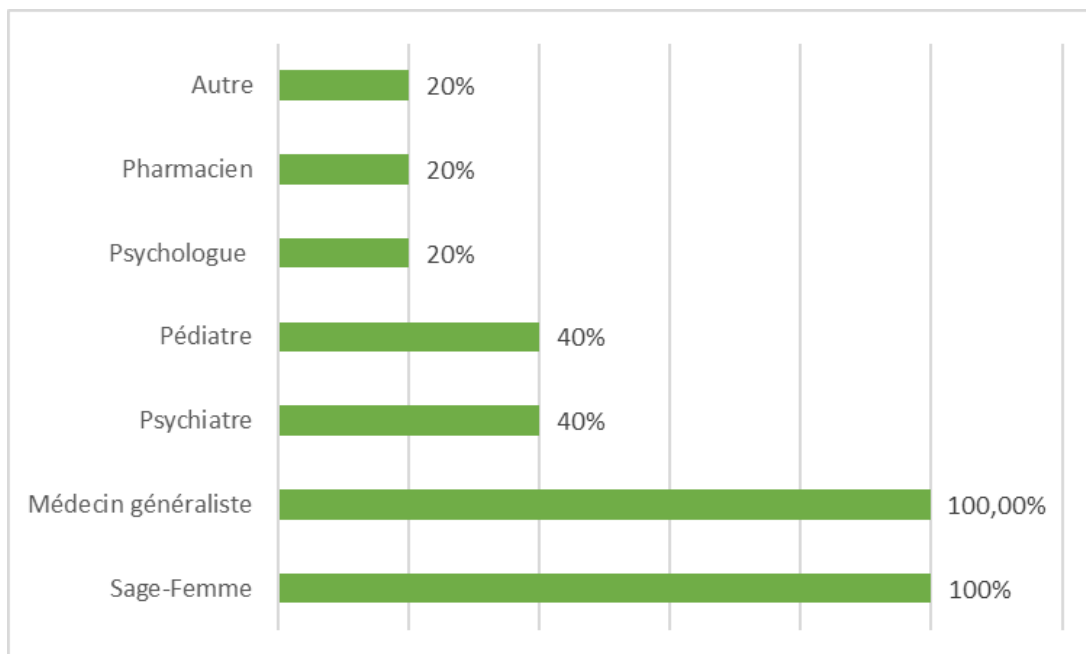


Figure 24 : Professionnels privilégiés dans la prévention concernant la dépression post-natale paternelle d'après les MG interrogés

RÉSUMÉ

Ce mémoire se concentre sur l'étude de la dépression post-natale paternelle (DPNP) et explore la connaissance et la perception des sages-femmes, à son égard. Notre étude vise à évaluer la connaissance globale des sages-femmes concernant la DPNP, à explorer les outils diagnostiques utilisés dans la pratique quotidienne et à identifier les moments les plus propices à la prévention. Il s'agit d'une étude observationnelle prospective menée auprès d'un échantillon de sages-femmes travaillant en libéral.

La recherche révèle que la plupart des sages-femmes sont conscientes de l'existence de la DPNP, bien que le terme "Daddy blues" soit moins répandu dans leur lexique professionnel. Il y a également une méconnaissance totale de la pathologie chez 20% des professionnels interrogés. Les connaissances de la symptomatologie sont souvent incomplètes et les moments les plus à risque pour les pères varient selon les répondants, mettant en lumière la complexité de cette condition et la nécessité d'une approche individualisée. Les résultats révèlent des forces et des limites dans la reconnaissance et la gestion de la DPNP par les sages-femmes.

D'une part, il est observé une évolution positive dans la reconnaissance du rôle des pères dans la périnatalité, avec les sages-femmes jouant un rôle central dans la prévention et le dépistage de la DPNP. Cependant, des lacunes persistent dans les connaissances et l'utilisation d'outils de diagnostic spécifiques. Et lorsqu'ils sont utilisés, notamment l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), ces outils peuvent ne pas être suffisamment pour détecter la DPNP.

C'est ici qu'intervient le besoin de développer des outils diagnostics adaptés à la DPNP, tels que le Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA), qui pourraient mieux répondre aux besoins des pères et permettre une identification plus précise de la dépression post-natale paternelle.

En conclusion, ce mémoire souligne l'importance de sensibiliser davantage les professionnels de santé à la DPNP, ainsi que le besoin de recherches supplémentaires pour améliorer la compréhension et la prise en charge de cette condition souvent méconnue mais significative dans la santé périnatale. Il suggère également des pistes pour développer des interventions plus efficaces pour soutenir les pères confrontés à la DPNP, soulignant ainsi l'importance de l'inclusion active des pères dans les soins postnataux.

Mots clés : dépistage, dépression post-natale paternelle, prévention, rôle du père, sages-femmes, santé mentale

SUMMARY

This dissertation focuses on studying paternal postnatal depression (PPND) and explores the knowledge and perception of midwives regarding it. Our study aims to evaluate midwives' understanding of PPND, explore diagnostic tools used in daily practice, and identify key moments for prevention. It is a prospective observational study conducted with a sample of midwives working in liberal sector.

The research reveals that most midwives are aware of the existence of PPND, although the term "Daddy blues" is less commonly used in their professional vocabulary. There is also a complete lack of awareness of the condition among 20% of the surveyed professionals. Knowledge of symptomatology is often incomplete, and the most vulnerable periods for fathers vary among respondents, highlighting the complexity of this condition and the need for an individualized approach.

On one hand, there is observed a positive evolution in recognizing the role of fathers in perinatal care, with midwives playing a central role in preventing and screening for PPND. However, gaps persist in knowledge and the use of specific diagnostic tools. When used, tools such as the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) may not be sensitive enough to detect PPND. This underscores the need to develop diagnostic tools tailored to PPND, such as the Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA), which could better address fathers' needs and allow for a more precise identification of paternal postnatal depression.

In conclusion, the thesis emphasizes the importance of further educating healthcare professionals about PPND, as well as the need for additional research to improve understanding and management of this often overlooked yet significant condition in perinatal health. It also suggests avenues for developing more effective interventions to support fathers facing PPND, highlighting the importance of a holistic approach to perinatal health that actively involves fathers in postnatal care.

Key words: Father's role, mental health, midwives, screening, paternal postnatal depression, prevention