

La promotion de la santé mentale des pères durant la période périnatale

Mémoire de fin d'étude
Travail de Bachelor - Filière sage-femme

Boccon-Gibod Jane Sarah

Matricule : 13873468

Guerin Marie

Matricule : 13328810

Haute Ecole de Santé de Genève (HEdS), le 21 août 2018

Directrice de mémoire :

Franzen Jessica, psychologue, PhD, Adjointe scientifique HES, Genève

Experte enseignante :

Aubert-Burry Dany, sage-femme indépendante et Chargée d'enseignement HES filière sage-femme, Genève

Expert de terrain :

Majaliwa Vyankandondera, homme sage-femme, Hôpitaux Universitaires Genève HUG, Genève

Responsable du Module :

Guittier Marie-Julia, sage-femme, PhD, professeure HES, Genève



Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

Genève, le 21 août 2018

Marie Guerin & Sarah Boccon-Gibod Jane

« Lors d'une séance inoubliable, un père « à l'aise dans ses baskets », genre grand Duduche futé, pose nonchalamment une question essentielle : « Mais au fait pourquoi ça s'appelle maternité ici, c'est idiot ! Il manque la moitié ! Qu'est-ce qu'on pourrait inventer ? »

Missonnier, 2017, p. 204

Table des matières

1. Questionnement professionnel.....	10
2. Cadre de référence théorique	14
2.1. La paternité	14
2.2. La santé mentale des pères	18
2.3. Le rôle sage-femme dans la promotion de la santé.....	26
2.4. Problématique.....	29
3. Dimension éthique.....	30
4. Méthodologie de recherche	31
4.1 Sélection des mots-clés et bases de données	31
4.2 Les critères de sélections des articles	32
4.3 Bibliographie des articles de la revue de littérature	33
4.5 Limites et contraintes de la recherche de littérature	35
4.6 Recherche de littérature de référence	35
5. Tableaux de présentation des articles.....	36
6. Analyse critique des articles et des résultats	41
6.1. Analyse critique des articles	41
6.2. Analyse transversale des résultats par hypothèses	46
6.2.1 Hypothèse 1 : Les pères ont des besoins afin d'assurer leur sécurité psychique durant la période périnatale et il existe des facteurs protecteurs de la dépression périnatale paternelle.	46
6.2.2 Hypothèse 2 : Les services de périnatalité ne sont pas perçus comme un soutien suffisant pour les pères.	50
6.2.3 Hypothèse 3 : Les sages-femmes peuvent être une ressource pour promouvoir la santé mentale des pères.	52
6.2.4 Hypothèse 4 : Certaines attitudes ou interventions peuvent aider les pères dans la période périnatale.....	55

7. Discussion	56
7.1 Les besoins des pères et les facteurs protecteurs de la dépression périnatale	56
7.2 Les pères exclus des services de périnatalité	59
7.3 Le rôle sage-femme auprès des pères	60
7.4 Les possibilités pour soutenir le bien-être émotionnel des pères	61
8. Retour dans la pratique	63
8.1. Les enjeux des résultats de la revue de la littérature	63
8.2. Les perspectives de retour dans la pratique	64
8.3. Une brochure dédiée aux pères	65
9. Limites et forces de la revue de la littérature.....	67
10. Conclusion.....	69
11. Liste de références bibliographiques.....	71

Résumé

Introduction : Depuis 2015, l'Organisation mondiale de la santé [OMS] appelle les sages-femmes¹ à inclure les pères dans les services de périnatalité pour améliorer la santé des mères et des enfants. Cependant, selon les recherches récentes près d'un père sur dix souffrirait de dépression périnatale [DPN] avec des répercussions négatives sur toute la famille notamment le développement des enfants.

Objectif : Explorer les facteurs protecteurs de la santé mentale des pères et le rôle que pourraient avoir les sages-femmes auprès des pères.

Méthode : Ce travail est une revue de la littérature scientifique limitée à 5 articles recueillis dans les bases de données Medline, PsycINFO, CINAHL, MIDIRS et le moteur de recherche Google Scholar grâce à des mots-clés tels que « fathers », « mental health » et « midwives » avec un filtre incluant les publications du 1.01.2004 au 15.01.2018.

Résultats : Selon les études, les pères ont besoin de soutien émotionnel et informatif pour assurer leur bien-être psychique durant la période périnatale. Le bien-être de la partenaire, la satisfaction dans le couple, le sentiment de cohérence familiale et le sentiment d'auto-efficacité parentale seraient des facteurs protecteurs de la DPN. Les pères expriment un sentiment d'exclusion des services de périnatalité et un manque de reconnaissance dans leur rôle de coparent. Ils questionnent leur légitimité à y être inclus craignant le regard de la société et d'ôter des ressources à la mère et l'enfant. Les sages-femmes ont besoin de formations complémentaires et ne semblent pas être l'interlocuteur privilégié, cependant elles peuvent avoir un impact favorable. Les pères se disent intéressés par de l'information sur différents supports et des services de périnatalité plus flexibles.

Limites : La santé mentale des pères est un objet de recherche récent et les publications peu nombreuses limitent la comparaison des résultats. De plus, la paternité évoluant rapidement socialement, cette revue de la littérature devrait être mise à jour régulièrement.

Conclusion : Ces résultats invitent les sages-femmes à réfléchir à la place accordée aux pères dans les services de périnatalité, la formation des sages-femmes et les programmes à destination des parents. Des interventions favorisant le bien être des partenaires, la qualité de la relation de couple, le sentiment de cohérence familial et le sentiment d'auto-efficacité parentale des pères pourraient être mises en place.

Mots-clés : Pères, Santé Mentale, Dépression, Périnatal, Sages-femmes.

¹ Bien qu'il s'entende aussi au masculin, le terme *sage-femme* est employé au féminin par mesure de simplification.

Abstract

Background: Since 2015 WHO has called on midwives to include fathers in perinatal services to promote mother and child health. Recent research shows that fathers' mental health is also affected during the perinatal period: an estimated 10% of fathers suffer from perinatal depression with consequences for the whole family unit and concomitant costs to society.

Objective: Explore mental health protection systems for new fathers and how midwives can promote their perinatal mental health.

Method: This work is a literature review limited to 5 articles. Databases searched include Medline, PsycINFO, CINAHL, MIDIRS and Google Scholar using keywords such as "fathers", "mental health" or "midwives", for the time period from 1st January 2004 to 15th January 2018.

Results: Fathers expressed the need for emotional and informative support during the perinatal period. Diverse factors including partner's wellbeing, marital satisfaction, family sense of coherence and parental self-efficacy protect against perinatal depression. Fathers felt widely excluded from perinatal services without recognition of their role as co-parent, but also questioned the legitimacy of their inclusion given the priority to the needs of the mother-and-child and fear of social judgement. Midwives expressed a lack of training about the father's emotional wellbeing. They are not the first resource for fathers, although they can have a positive impact. Fathers expressed the need for reliable easily accessible information and programs tailored for them in multiple formats.

Limits: This literature review acknowledges several limitations because of the sampling methods; notably sample size and participant's origin. Publications on paternal mental health are still rare and the comparison of results is thus limited. However, the fast-evolving role of fathers in society makes this an active area of research and results must be regularly updated.

Conclusion: These results invite midwives to think about the place of fathers in perinatal services, in training and in resources developed for parents. Interventions to increase marital satisfaction, family sense of coherence and parental self-efficacy should be considered.

Keywords: Fathers, Mental Health, Depression, Perinatal Period, Midwives.

Remerciements

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui nous ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce travail de Bachelor.

Jessica Franzen, notre directrice de mémoire, pour son enthousiasme, ses relectures attentives et ses corrections constructives.

Majaliwa Vyankandondera, notre expert de terrain, pour sa disponibilité, son expérience et ses recommandations.

Dany Aubert-Burry, notre experte enseignante pour ses précieux conseils et son soutien durant ces années de formation.

Mais aussi, les bibliothécaires pour leur disponibilité. Les “statisticiens” de la HEdS pour leur lecture critique de nos chiffres. Nos relectrices et relecteurs pour leur temps et leur patience et **Dan Jane** qui a réalisé notre prototype de brochure.

Ainsi que, les étudiantes sages-femmes qui nous ont précédé et dont les travaux ont guidé le nôtre. Les chercheurs qui ont eu l’envie d’en savoir plus sur le bien-être des pères. Les hommes qui nous ont aidé à aborder la vie depuis leur perspective.

Et enfin nos familles et nos amis pour leur soutien sans faille. Sans oublier, **Gabriel** et **Julia** qui sont nés pendant la formation.

Liste des abréviations

CHUV : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CINAHL : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
PANP : Préparation à la naissance et à la parentalité
PMES : Association Pères Mères Enfants Solidaires
DPN : Dépression périnatale
DPP : Dépression du post-partum
EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale
FSOC-S : Family Sense of Coherence Scale
FSSF : Fédération suisse des sages-femmes
GFASAS : Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques
GHQ : General Health Questionnaire
HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève
ICM : International Confederation of Midwives
KMSS : The Kansas Marital Satisfaction Scale
LGBT : lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
LPSan : Loi fédérale sur les professions de la santé
LS : Loi sur la Santé
MCPV : Mouvement de la Condition Paternelle Vaud
MeSH : Medical Subject Headings
MHWB : Mental Health and Wellbeing
MIDIRS : Midwives Information and Resource Service
MOS-FMFM : Medical Outcomes Study Family and Marital Functioning
MOS-SSS : Medical Outcomes Study Social Support Survey
OMS : Organisation mondiale de la santé
OR : Odds Ratio
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PAPA : Perinatal Assessment of Paternal Affectivity
PSOC-S : Parenting Sense of Competence Scale
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

1. Questionnement professionnel

Depuis une trentaine d'années, la paternité est un centre d'intérêt pour la communauté scientifique à travers le monde. Les chercheurs partent à la conquête de cette « terra incognita » (Delaisi de Parseval, 2004), découvrant sur leur chemin une diversité immense, de magnifiques ressources mais aussi une quête de sens, de modèles, un monde en transformation.

L'importance du père

L'Organisation mondiale de la santé [OMS] a déclaré en 2015 qu'inclure le père était une priorité pour les services de périnatalité du monde entier. Les récentes recherches mettent en lumière les dimensions positives de la paternité au lieu d'en étudier comme auparavant certaines déviations dont la violence interpersonnelle. Selon l'OMS (2007), l'inclusion des pères dans la périnatalité a des conséquences positives pour toute la famille. Elle apporte un soutien psychologique et émotionnel durant la grossesse et l'accouchement ; diminue les douleurs, la panique et l'épuisement chez la mère ; limite l'usage des antidouleurs ; diminue la mortalité infantile et maternelle ; réduit le nombre d'enfants de petit poids de naissance ; favorise les liens d'attachements de l'enfant, son développement et son bien-être à venir (OMS, 2007).

Professionnalisation de la naissance et égalité des sexes

La récente introduction des pères dans la périnatalité peut s'expliquer notamment par la professionnalisation de la naissance. Certains voient dans le déplacement de l'accouchement de la maison vers les centres hospitaliers et la perte du réseau de soutien informel de la femme, la raison pour laquelle le père est devenu son principal soutien durant la grossesse et l'accouchement (Baker, Miron & De Montigny, 2009). L'apparition des pères dans la périnatalité s'inscrit également dans un mouvement d'égalité entre les sexes. Conséquence notamment de la révolution sexuelle des années soixante et de l'accès des femmes au marché du travail, le statut de père en Occident est en mutation (Robineau, 2010). Il s'éloigne de l'image stéréotypée du père autoritaire et distant, garant du revenu familial (Martial, 2017). Aujourd'hui, de nombreux pères s'impliquent volontiers physiquement et émotionnellement dans la transition vers la parentalité (Brazelton, 1991). Pour exemple, ils sont à la fin du 20^e siècle plus de 95% à être présents en salle d'accouchement dans certains pays d'Europe (Draper, 1997; Madsen & Munck, 2001). Cette transformation des pères dans les pays industrialisés se

lit également dans les nouveaux combats de société encore timides, sur le front juridique, politique et économique avec le développement de la garde partagée des enfants et la création ou l'allongement du congé paternité. Ces mouvements ne peuvent éclipser les inégalités de genre qui demeurent. Le combat féministe est d'ailleurs revenu sur le devant de la scène, tout particulièrement en 2017 avec, outre les revendications concernant le monde du travail, la dénonciation des violences faites aux femmes suite à l'affaire Weinstein², la revendication d'une *éducation féministe* avec comme figure de proue l'écrivaine nigériane Chimamanda Ngozi Adichie et la dénonciation avec humour de la *charge mentale*³ reposant principalement sur les mères (Daumas, 2017; Emma, 2017; Ngozi Adichie, 2017). Les défenseurs de l'égalité des sexes au quotidien dénoncent le postulat qui place la femme comme l'experte de la maternité et l'homme comme l'expert du monde du travail, limitant du même coup la carrière professionnelle des femmes et l'investissement et la reconnaissance des hommes dans leur rôle de coparent (Emma, 2017; Fatherhood Institute, 2018). Dans ce débat sensible des voix s'élèvent pour que l'implication des pères ne se fasse pas au détriment des mères dans une société encore marquée par la domination masculine notamment au sujet de la garde partagée sur le plan financier (France Culture, s. d., 2017).

Les pères en marge de la périnatalité

Malgré l'augmentation des preuves sur l'importance des pères, les hommes sont en marge des services de périnatalité. Les programmes de santé périnatale visent essentiellement les femmes et les enfants. Et le père est souvent cantonné à un rôle d'accompagnant ou de soutien de la mère par les soignants (Steen, Downe, Bamford & Edozien, 2012). Les équipes soignantes prennent en compte les pères principalement pour s'appuyer sur leur capacité supposée à contenir la mère et se soucient encore rarement de leur santé physique et psychique (François Sirol cité par Morisseau & Société Marcé-Francophone, 2009).

Période à risque pour les pères

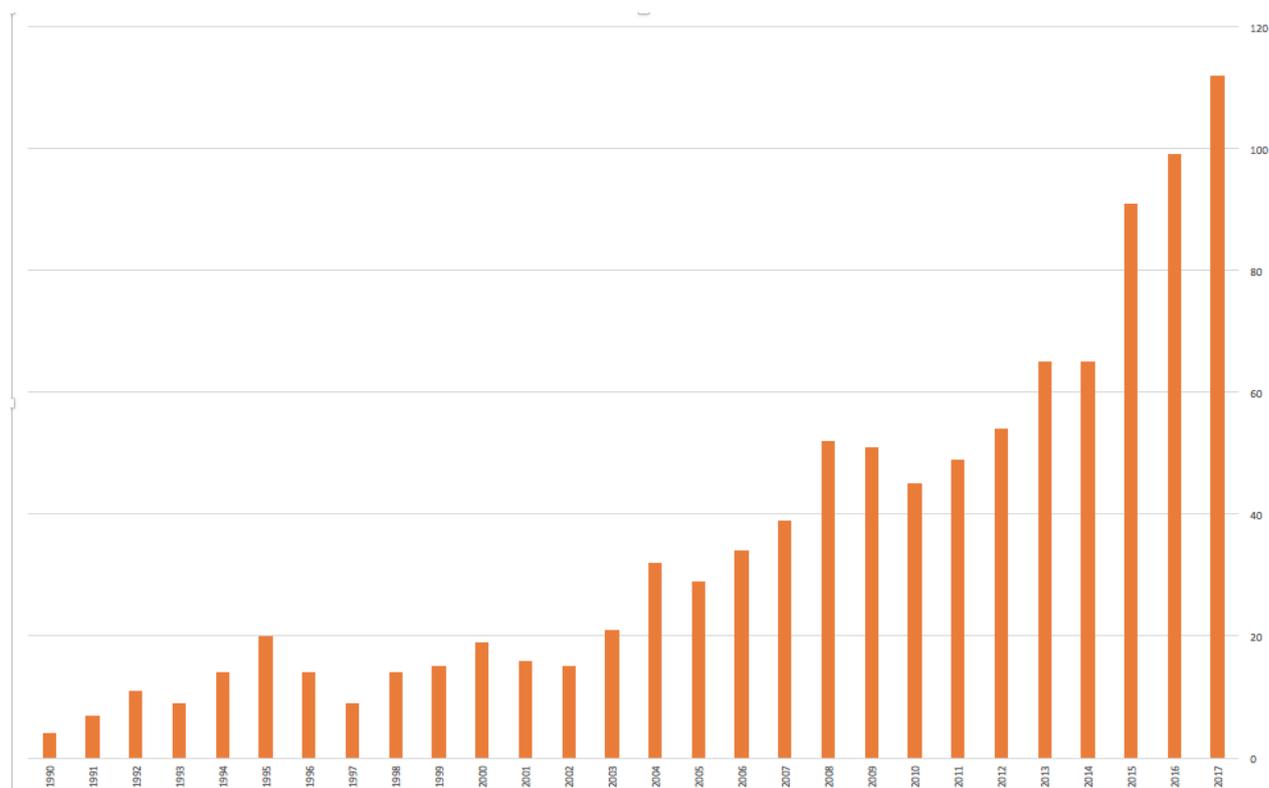
Pourtant devenir père, considéré en psychanalyse comme l'étape ultime du développement psycho-affectif du garçon, engendre une crise identitaire profonde risquant de menacer l'équilibre psychique de l'homme (Morisseau & Société Marcé-

² Harvey Weinstein producteur de cinéma américain a été accusé publiquement de harcèlements et d'agressions sexuelles lançant un grand mouvement de révélations similaires sur les réseaux sociaux avec les hastag #MeToo et #BalanceTonPorc.

³ La charge mentale est un principe de sociologie traitant de la charge cognitive que représente la gestion du foyer au quotidien.

Francophone, 2009). Symptômes de couvade, fuite, violence, psychose, stress, anxiété et dépression, la transition vers la paternité peut se révéler être une étape délicate sans pour autant que cela ne soit reconnu, ni par la société, ni par les services de santé, ni par les principaux intéressés (Philpott, 2016). La recherche en périnatalité se préoccupe depuis peu des affres de la paternité. Une requête via Pubmed des publications contenant *fathers* et *depression* dans leur titre ou leur résumé illustre cette évolution. Plus des deux tiers des publications ont paru depuis 2004.

Figure 1 : Nombre de publications par année contenant « fathers AND depression » dans le titre ou le résumé des articles lors d'une requête Pubmed



Note. Requête réalisée le 6.06.2018. Sur 1133 résultats, 817 ont paru depuis 2004 soit plus de 70 %.

Les données récentes ont permis d'établir une méta-analyse estimant à 10,4 % les pères souffrant de DPN (Paulson & Bazemore, 2010). Et plusieurs études démontrent qu'à l'instar de la DPN maternelle, la DPN paternelle est associée à des problématiques émotionnelles et comportementales chez l'enfant (Gutierrez-Galve, Stein, Hanington, Heron & Ramchandani, 2015; Nath, Russell, Ford, Kuyken & Psychogiou, 2015; P. G. Ramchandani et al., 2008; P. Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor & ALSPAC study team, 2005).

Des preuves à la pratique

De la recherche académique à la pratique sur le terrain, le chemin est parfois long, en témoignent les difficultés de l'implémentation de la médecine basée sur les preuves dans les services de santé (Perrenoud, 2014). Et sur le sujet de la paternité, la recherche semble avoir besoin de plus de recul et de matière afin d'apporter des réponses concrètes sur le terrain (Rominov, Pilkington, Giallo & Whelan, 2016). Sans attendre les bonnes pratiques basées sur les preuves, quelques initiatives voient le jour à travers le monde tels que des groupes de parole destinés aux pères ou des labels « Maternité, amie des papas ».

Les sages-femmes comme ressource

Sans mettre l'accent sur la santé mentale des pères, l'OMS demande aux sages-femmes du monde entier de construire des programmes nationaux qui renforcent les moyens d'inclure les pères et fournissent des bons outils d'information pour eux et les services de santé (OMS, 2015). Ces recommandations font écho à l'un des alinéas du Code International de déontologie des Sages-femmes (International Confederation of Midwives, [ICM], 2014a) qui stipule que « les sages-femmes prodiguent des soins aux femmes et aux familles qui s'agrandissent » pouvant aussi inclure le père et toute autre personne gravitant autour de l'enfant. En tant que pivot du réseau de soin de la périnatalité, les sages-femmes suisses sont une ressource majeure à prendre en considération. Durant la formation de sage-femme à Genève, le père est régulièrement mentionné. Les enseignants et praticiens semblent avoir pris la mesure de son importance. Les changements physiques, psychiques et émotionnels que traversent les pères sont abordés cependant, le rôle sage-femme pour répondre à leurs besoins durant la période périnatale n'est pas défini. Les sages-femmes, en tant que spécialistes de la physiologie, ont une expérience intéressante et peuvent avoir un rôle à jouer pour promouvoir la santé mentale des pères durant la période périnatale. Cette démarche de promotion de la santé s'inscrit dans un mouvement initié dans les années 70, avec la salutogenèse de Aaron Antonovsky (1980, 1986) et la charte d'Ottawa (OMS, 1986). En se concentrant sur les facteurs et les ressources qui permettent d'être en santé plutôt que sur les causes des maladies, cette démarche semble adaptée notamment à un public masculin dont les stratégies de *coping* ou stratégies d'adaptation sont souvent tournées vers la résolution de problème (Delhomme et al., 2005).

Dans la perspective de façonner des interventions adéquates pour promouvoir la santé mentale des pères, il est important pour les sages-femmes de définir les processus en jeu dans le devenir père, de comprendre leurs besoins et de questionner le positionnement des services de périnatalité et le rôle sage-femme.

2. Cadre de référence théorique

2.1. La paternité

L'arrivée d'un enfant fait naître une famille, une mère et un père généralement. Dans ce chapitre, la notion de paternité est abordée dans ces dimensions biologiques, sociales et psychologiques.

2.1.1. Dimension biologique

Si l'on adopte le point de vue de la biologie, le père peut être confondu avec le géniteur. Un géniteur qui transmet ses gènes et son épigénétique à sa progéniture. Cependant, selon Bayle (2017), la spécificité du père est qu'il n'a pas accès directement au savoir sur l'origine de l'enfant contrairement à la mère. C'est peut-être en raison de cette incertitude que la paternité biologique ne constitue pas le socle sur lequel se base la paternité dans nos sociétés. La paternité est considérée comme un phénomène social, plus que biologique. Il n'est pas exclu que le développement de la procréation médicalement assistée (Bayle, 2017, p. 35) ainsi que les tests ADN de paternité ne modifient cette notion et cette perception de la paternité. Si la biologie ne fait pas d'un homme un père, il est tout de même intéressant d'observer que la femme n'est pas la seule à vivre des modifications physiques durant la grossesse et le post-partum. Les récentes recherches ont mis en lumière des modifications hormonales chez les pères. Les taux de testostérone, vasopressine, œstrogènes, prolactine et cortisol diffèrent durant la grossesse et le post-partum. Sans pour autant présumer de l'importance de ces hormones, les chercheurs notent qu'elles sont reconnues pour influencer le comportement « maternel » (Storey, Walsh, Quinton & Wynne-Edwards, 2000). Ainsi la testostérone qui baisse plusieurs mois avant la naissance et reste basse plusieurs mois après, limiterait l'agressivité et favoriserait le lien d'attachement père-enfant (Gressier, Tabat-Bouher, Cazas & Hardy, 2015). Ces modifications sont retranscrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Fluctuations hormonales chez les pères durant la période périnatale

Hormones	Évolution	Association	Hypothèses
Testostérone	↓	- plus de réactivité aux pleurs du bébé - plus d'investissement au post-partum - plus de satisfaction maternelle - baisse de l'agressivité	- favoriserait le lien d'attachement
Cortisol	↑	- hypersensibilité à l'enfant - meilleure stabilité de l'humeur	- favoriserait l'adaptation aux événements stressants
Œstrogène	↑	- symptômes de couvade - plus de réactivité aux pleurs du bébé	- aiderait les pères à prendre en charge leur enfant
Prolactine	↑	- symptômes de couvade - plus de réactivité aux pleurs du bébé	- influencerait le comportement « maternel »
Vasopressine	↓	- baisse l'agressivité envers les autres mâles	- impact sur la capacité du cortex préfrontal à planifier et organiser les comportements

Note. Certaines études notent que ces modifications hormonales seraient plus marquées chez les pères dont c'est le premier enfant (Fleming, Corter, Stallings & Steiner, 2002).

Sources : Berg & Wynne-Edwards, 2001; Fleming et al., 2002; Gettler, McDade, Feranil & Kuzawa, 2012; Kim & Swain, 2007; Melrose, 2010; Saxbe et al., 2017; Storey, Noseworthy, Delahunty, Halfyard & McKay, 2011; Storey et al., 2000

2.1.2. Dimension sociale

Au-delà de sa dimension biologique, le père occupe une fonction sociale aux multiples facettes. Longtemps, les historiens européens n'ont étudié la paternité que sous l'angle du droit, ne fournissant que peu de connaissances sur la manière dont les pères s'occupaient de leurs enfants à travers l'Histoire. Ainsi, c'est le point de vue juridique qui teinte l'historiographie de la paternité en Europe avec notamment dans la Rome antique, le *Paterfamilias*, père de famille en Latin, qui détient la *patria potesta* ou puissance paternelle lui donnant droit de vie ou de mort sur sa femme et ses enfants (Verjus, 2013). Au Moyen-Âge, il ressort des récentes recherches dans le domaine social, que la paternité ne se limite pas à cette image d'autorité. Il existe également en tant que père nourricier, préoccupé par le bien-être de sa famille (Delumeau, 2000, p. 20). Cependant, le *Paterfamilias* revient en force sous l'Ancien Régime où, en 1804, le code civil désigne comme père, l'époux de la mère de l'enfant. Cette toute puissance paternelle est remise en cause pendant le siècle des Lumières avec la Révolution française qui serait le premier temps d'un affaiblissement progressif du pouvoir du père en France (Delaisi de Parseval, 1997). Selon Balzac (1841) : en « coupant la tête de Louis XVI, la République a coupé la tête de tous les pères de famille » (cité par Delumeau, 2000 p. 22). Le 19e

siècle voit se succéder de nombreuses lois améliorant la protection des enfants face à l'autorité paternelle. En France, la Loi sur l'interdiction du travail des enfants est adoptée en 1841, et en Suisse en 1877, une première législation limite le travail des enfants à l'usine. Autre texte majeur, la Loi sur la déchéance de la puissance paternelle, en 1889 en France, permet à l'État de déchoir de leur autorité des parents jugés « indignes ». Par ailleurs à travers le monde, à des rythmes différents, le 20e siècle donne le droit de vote aux femmes. Selon Verjus (2013), durant le 20e siècle, la puissance paternelle disparaît au profit de l'autorité parentale et du droit des femmes sur le contrôle des naissances avec les lois sur l'avortement et la contraception. Les années 1970 seraient une révolution culturelle symbolisée par l'émergence d'une « démocratie familiale » (Paye, 1999) où les principes démocratiques comme l'égalité et la liberté des individus sont appliqués à la sphère privée (Neyrand, 2000). De nos jours, la figure du père exerçant une autorité distante et principal pourvoyeur de la famille est remplacée par l'image d'un père partageant avec la mère le statut de pourvoyeur et d'éducateur (Martial, 2017). Nous serions à l'ère de la coparentalité. Reflet de cette évolution, un congé paternité de un jour à plusieurs mois a fait son apparition dans la législation de la plupart des pays européens, sauf en Suisse où le droit fédéral ne prévoit pas de congé paternité spécifique et où les initiatives récentes en ce sens ont été rejetées, principalement pour des raisons économiques (Conseil fédéral, s. d., 2017). En cas de divorce, la garde alternée des enfants est en augmentation bien qu'elle reste largement minoritaire en Europe (Cottier, Widmer, Tornare & Girardin, 2017). Les débats sont vifs sur le sujet, certains arguant qu'elle représente plus d'égalité entre les parents, d'autres qu'elle pourrait fragiliser les femmes et tous se souciant de l'intérêt premier de l'enfant avec des conclusions contradictoires (France Culture, s. d., 2017). En Suisse, depuis le 1er janvier 2017, le Code civil encourage la garde alternée sans pour autant l'imposer, en demandant au juge d'en étudier la possibilité si le père, la mère ou l'enfant en fait la demande (Cottier et al., 2017). La paternité comme phénomène social a évolué à travers l'Histoire et tout particulièrement ces dernières années en raison de l'apparition de nouvelles formes de familles. Aux côtés du modèle traditionnel dit « nucléaire » se trouvent désormais les familles monoparentales, recomposées ou homoparentales redessinant les contours de la parentalité et de la figure paternelle. Certains cliniciens comme la psychanalyste brésilienne Vera Iaconelli parlent d'ailleurs de fonctions

paternelles ou maternelles qui ne sont pas nécessairement liées au genre (Estela Renner, 2016)

2.1.3. Dimension psychologique

La gestation du père se vit dans la tête avant de se vivre dans le corps. Selon Robineau (2010), de nombreux pères manquent d'occasions de symboliser sur la scène sociale ce processus de métamorphose qu'ils traversent. A la fin des années 1960, le psychanalyste français Paul-Claude Racamier ajoute au néologisme « maternité », ceux de « parentalité » et de « paternalité » (Delaisi de Parseval, 2004, p. 34). Selon Schiaretti, Cazas et Gressier (2017) la parentalité et la paternalité sont :

l'ensemble des remaniements psychiques qui permettent à un couple de rencontrer l'exercice et l'expérience du rôle de parent, c'est-à-dire la possibilité de répondre de manière adaptée et évolutive aux besoins d'un enfant qui grandit. De la même manière, la paternalité se conçoit comme un processus maturatif, dynamique, permettant à l'homme de prendre toute sa place de père au sein de la famille (p. 138).

D'un point de vue psychanalytique, ces remaniements sont d'ordre narcissiques identificatoires avec la résurgence de conflits infantiles comme le complexe d'Œdipe, l'identification aux figures parentales mais aussi une bisexualité psychique (Schiaretti et al., 2017, p. 139). Selon Bayle (2017), le père comme la mère, en acceptant de donner une part de leur identité à leur enfant, mettent en jeu un grand bouleversement identitaire avec un basculement des générations. Les enfants deviennent parents et les parents, grands-parents ce qui les rapproche de la mort (Bayle, 2017, p. 32). En devenant parents, les parents deviennent également une figure d'attachement pour leur bébé, ce qui réactive leur propre lien d'attachement qu'il soit sûr ou insûr. La théorie de l'attachement a été développée par John Bowlby en 1958. Le lien d'attachement chez le bébé lui permet de réguler ses émotions et de se sentir en sécurité pour se développer. Il a été particulièrement étudié entre la mère et l'enfant mais beaucoup moins entre le père et l'enfant. Les professionnels de la psychologie mettent souvent en avant le rôle du père comme tiers séparateur dans l'affrontement œdipien au détriment du rôle tout aussi structurant de la tendresse du père dès les premiers mois de vie de l'enfant (Gressier, Shadili, Glangeaud-Freudenthal & Chambry, 2017, p. 189). Selon Jean Le Camus (2005), les récentes études confortent la thèse soutenue par Fivaz et Lamour affirmant que la triade mère-père-bébé est « l'unité

primaire » de la dynamique familiale et qu'elle apporte les conditions les plus favorables à la structuration psychique de l'enfant (p. 163). Lors de la conférence *Venir au monde entre nature et technologie* du Centre Brazelton Suisse à Genève, Cyrulnik (2018) a affirmé que pour se développer harmonieusement l'enfant a besoin très rapidement de plusieurs figures d'attachement et cela même au-delà de la famille. Le père offre comme la mère, une figure d'attachement, mais selon certains auteurs, la mère reste la principale figure d'attachement (Gressier et al., 2017). Des études récentes démontrent que la qualité des interactions père-enfant est toute aussi importante que celle des interactions mère-enfant, en lien avec le développement de l'enfant car jouant sur des éléments différents (Gressier et al., 2017, p. 190). La mère serait plus une source de bien-être et de sécurité et le père, un compagnon de jeu qui offrirait une socialisation plus sereine et plus élaborée à l'enfant. Le lien d'attachement père-enfant influencerait les compétences de l'enfant dans les situations sociales nouvelles et un lien d'attachement sécurisé avec son père serait une protection contre le stress social. Il y aurait également un impact important sur le développement cognitif, les acquisitions futures, le développement de la communication et sur l'investissement des apprentissages (Gressier et al., 2017). Il semble pertinent de noter qu'un affaiblissement des stéréotypes sociaux féminins et masculins sur plusieurs générations pourrait rendre obsolètes ces dernières observations. L'engagement du père serait dicté par l'idée dont il se fait du rôle paternel. Ce dernier vivant tels changements, l'engagement paternel varie fortement d'un père à l'autre (Normand, Laforest & De Montigny, 2009). Ces éléments tendent à montrer que le père apporte une dimension essentielle et complémentaire à la mère pour le développement de l'enfant (Gressier et al., 2017, p. 192). En prenant soin du père, c'est également de l'enfant dont on prend soin et aussi du futur citoyen et parent.

Après les dimensions biologiques, sociales et psychologiques, la dimension spirituelle aurait pu être abordée ici, mais faute de place et d'accès à des sources fiables sur le sujet, il a été décidé d'y renoncer au profit du bien-être psychique des pères.

2.2. La santé mentale des pères

2.2.1. La santé mentale des pères

Dans le présent travail, les concepts de santé mentale et de bien-être psychique des pères sont interchangeable. La santé mentale est une composante importante de la santé selon l'OMS. La santé mentale est définie comme : « un état de bien-être dans

lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (OMS, 2004). Cette définition positive de la santé mentale s'inscrit dans le modèle salutogénique de Antonovsky (1980) souhaité pour l'élaboration de ce travail. De façon générale, la paternité serait positive pour les hommes (Philpott & Corcoran, 2018). Être père a des effets positifs sur leur santé (Markey et al., 2005) et permet l'émergence de changements de comportements positifs en réduisant l'individualisme et en augmentant le sens des responsabilités et l'autoréflexion (Garfield et al., 2010). Malgré cela, la transition vers la paternité peut faire apparaître certains troubles.

2.2.2. Les troubles des pères dans la période périnatale

En devenant parent, le père vit une crise de maturation identitaire. Cette période d'adaptation est souvent accompagnée de stress (St John, Cameron & McVeigh, 2005) et ce malgré un désir réel d'enfant. Selon Laporal (2015), les hommes qui ne sont pas prêts inconsciemment à devenir pères peuvent exprimer un refoulé psychique par des symptômes de couvades, des passages à l'acte ou des troubles psychiques.

La couvade

Quand le père vit en sympathie la grossesse de la mère et retient une angoisse à l'intérieur de lui, son corps peut devenir le révélateur de stress. Le syndrome de la couvade, ou couvade psychosomatique, est l'équivalent non rituel de la couvade (Delaisi de Parseval, 2004). Il s'agit de l'apparition chez le futur papa de symptômes pouvant être attribués à une grossesse. Les insomnies, nausées, vomissements, douleurs dentaires, modification de l'appétit, prise de poids, maux de dos, fatigue ou encore les troubles oculaires ou ORL en font partie (Delaisi de Parseval, 2004; Laporal, 2015). Ce syndrome de couvade serait proportionnel en intensité à la quantité de problèmes latents que le devenant père aurait à résoudre (Laporal, 2015, p 42). Selon les études, les symptômes de couvade touchent de 11% à 65% des pères (Masoni, Maio, Trimarchi, de Punzio & Fioretti, 1994). Ces symptômes et la souffrance qui les accompagnent ne sont pas souvent pris au sérieux (Delaisi de Parseval, 2004, p. 98). Il en est de même pour les rituels de couvade retrouvés dans de nombreuses sociétés anciennes en Europe avant le 16e siècle (Laporal, 2015). Pour exemple, le rituel qui invite le père à s'aliter et à recevoir les soins à la place de l'accouchée peut paraître aujourd'hui incongrus (Delaisi de Parseval, 2004, p. 89). Cependant, ces rituels ont un sens. Tournés autour de la protection, ils avaient pour but, selon les auteurs, de préserver la santé de l'enfant, de la

mère et du père ainsi que la cohésion du groupe en soutenant la rencontre parents-enfant (Laporal, 2015, p. 42).

Les passages à l'actes

Si l'angoisse du père n'est pas contenue à l'intérieur mais tournée vers l'extérieur, il peut y avoir des passages à l'acte ou *acting out* qui vont du banal à l'aberrant (Delaisi de Parseval, 2004, p. 109). Ces passages à l'acte seraient principalement des réactions au stress de type *fight* ou *flight*, le combat ou la fuite. Ainsi le futur ou nouveau père peut orienter son énergie vers le sport, la bagarre, la compétition ou un travail très exigeant (Delaisi de Parseval, 2004, p. 109). Il peut également présenter des états d'ivresse avancés ou se montrer agressif de façon inhabituelle (Delaisi de Parseval, 2004, p. 110). Cette agressivité peut se retourner vers sa compagne, en témoigne l'augmentation des violences conjugales pendant la grossesse (Laporal, 2015). Certains pères s'évadent de chez eux pour diverses raisons, notamment professionnelles (Delaisi de Parseval, 2004, p. 110). D'autres comportements d'ordre sexuels sont observés par des psychiatres chez des futurs pères comme l'adultère, l'exhibitionnisme, la masturbation en public, le viol, l'inceste ou des actes homosexuels. Ils viseraient à réduire l'anxiété des pères en rapport à leur masculinité (Delaisi de Parseval, 2004, p. 112). Les concepts de *fight* et de *flight* sont souvent associés à celui de *freeze*, en raison du modèle théorique de Gray (Sander & Scherer, 2014) qui se traduit par l'inhibition ou l'immobilisation. Chez les pères, cette notion peut être associée à des manifestations de types névrotiques (Delaisi de Parseval, 2004, p. 111). Les symptômes de couvade ou les passages à l'actes précités sont considérés par de nombreux cliniciens comme des signes de troubles de l'anxiété ou de DPN (Melrose, 2010; O'Brien et al., 2017). Les troubles de l'anxiété et la DPN ont une comorbidité élevée et la plupart des outils de dépistage de la DPN détectent également les symptômes d'anxiété (Luoma et al., 2013). L'anxiété est un état physique et psychologique caractérisé par des composantes cognitives, somatiques, émotionnelles et comportementales (Walker, 2000). L'anxiété paternelle est encore très peu étudiée et presque toujours en lien avec la DPN paternelle (Tohotoa et al., 2012). Selon une revue systématique l'anxiété touche entre 4.1% et 16% des hommes en prénatal et de 2.4% à 18% en post-partum (Leach, Poyser, Cooklin & Giallo, 2016). Le prochain chapitre dresse l'état des lieux des connaissances sur la DPN paternelle qui a été plus largement étudiée.

2.2.3. La dépression périnatale [DPN] paternelle

Définition

La DPN paternelle est un sujet d'étude nouveau et preuve de cet intérêt récent, les chercheurs utilisent pour la dépister les outils développés pour la DPN maternelle (Kim & Swain, 2007). A ce jour, il n'existe pas de définition consensuelle de la DPN paternelle. La majeure partie des études utilisent la définition de la dépression du post-partum [DPP] maternelle (Philpott, 2016). Cette maladie n'a pas d'entité propre dans le DSM-5 mais est définie comme un épisode dépressif majeur survenant dans les quatre semaines suivant l'accouchement. La plupart des chercheurs et cliniciens incluent la première année après la naissance de l'enfant (Gressier et al., 2015). Plus large, la dépression périnatale inclut également la période de la grossesse et l'accouchement.

Le DSM-5 (2016) définit le trouble dépressif caractérisé comme :

un état où au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir (p. 87).

Le tableau 2 présente ces symptômes.

Tableau 2 : Les symptômes de la dépression selon le DSM-5*

<input type="checkbox"/> Humeur dépressive présente quasiment toute la journée
<input type="checkbox"/> Diminution d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités quasiment toute la journée
<input type="checkbox"/> Insomnie ou hypersomnie
<input type="checkbox"/> Agitation ou ralentissement moteur
<input type="checkbox"/> Fatigue ou perte d'énergie
<input type="checkbox"/> Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
<input type="checkbox"/> Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
<input type="checkbox"/> Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

Note. Le diagnostic de dépression est posé selon le DSM-5 si au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant 2 semaines dont au moins l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir.

Source : American Psychiatric Association, 2016, p. 87-88

Outre les symptômes généraux énoncés précédemment, certains symptômes sont fréquents lors d'une DPN paternelle. Ils sont décrits dans le tableau 3.

Tableau 3 : Les symptômes fréquents de la DPN paternelle

<input type="checkbox"/> Retrait et évitement (de situations sociales, travail ou famille)
<input type="checkbox"/> Cynisme
<input type="checkbox"/> Rigidité affective (difficultés pour exprimer ses émotions)
<input type="checkbox"/> Attaque de colère, attaque de panique
<input type="checkbox"/> Comportements à risque (alcool, drogue, jeu..)
<input type="checkbox"/> Augmentation des conflits conjugaux
<input type="checkbox"/> Violence envers la partenaire
<input type="checkbox"/> Infidélité, comportements sexuels déviants
<input type="checkbox"/> Symptômes somatiques (indigestion, changement d'appétit, de poids, diarrhée, constipation, céphalées, des nausées, maux de dents et insomnie)
<input type="checkbox"/> Comportements parentaux négatifs (baisse des émotions positives, de la douceur, de la sensibilité et augmentation de l'hostilité, de l'intrusion et du désengagement)
<input type="checkbox"/> Auto-accusation
<input type="checkbox"/> Irritabilité
Sources : Kim & Swain, 2007; Nanzer, 2009; Schumacher, Zubaran & White, 2008; Wilson & Durbin, 2010 cités par Musser, Ahmed, Foli & Coddington, 2013

Selon une récente étude Delphi, un consensus modéré est obtenu sur les critères diagnostics suivant : mauvaise humeur, pensées négatives, symptômes somatiques et signes de dépression masculine masquée (irritabilité, retrait, consommation de substance ou activités dopaminergiques comme les jeux ou la tricherie) (Freitas, Williams-Read, Distelberg, Fox & Lister, 2016).

La DPN paternelle semble débiter généralement plus tard que la DPN maternelle (Schumacher, Zubaran & White, 2008). Selon Gressier et al. (2015), elle se développe de façon plus progressive que la DPN maternelle. Selon Musser et al. (2013), son identification est plus difficile car son développement est plus insidieux et les symptômes moins apparents que ceux de la DPN maternelle. De plus, selon Schumacher, Zubaran & White (2008), la DPN paternelle peut-être confondue avec une anxiété normale due aux changements dans la vie sociale et de conditions financières. Les différences genrées peuvent s'expliquer par les différentes stratégies de régulation des émotions adoptées par les hommes et les femmes. De manière générale, les femmes auraient une tendance à la rumination et les hommes à l'évitement des émotions négatives (Luoma et al., 2013). Les pères seraient moins enclins que les mères à se faire aider (Gressier et al., 2015). Ils auraient plus de difficultés que les mères à exprimer leurs sentiments et émotions envers leurs enfants (Gressier & Sutter-Dallay, 2017). Pour ces différentes raisons, la DPN paternelle est sous diagnostiquée (Luoma et al., 2013) et par conséquent peu traitée.

Tout comme les mères, les pères peuvent souffrir de psychose. Cette dernière est une dépression grave accompagnée de signes psychotiques comme une pensée désorganisée, des idées délirantes, paranoïaques ou grandioses, des hallucinations ou des comportements étranges. Cette pathologie, bien que très dangereuse, est rare (Nanzer, 2009, p. 42).

Épidémiologie

La dépression est une maladie qui touche plus de 300 millions de personnes dans le monde avec un coût important pour la société. Certains auteurs affirment que chaque investissement pour combattre l'anxiété et la dépression rapporte 4 fois sa valeur pour la société (Chisholm et al., 2016). En Suisse, la dépression unipolaire touche environ 7% des adultes par année et 1 à 2% souffrent de dysthymie ou d'un trouble affectif bipolaire (Baer et al., 2013). Le trouble bipolaire est d'ailleurs le principal diagnostic différentiel de la DPN (Gressier & Sutter-Dallay, 2017). Pour certains auteurs, les lacunes dans le dépistage et le traitement de la dépression chez les hommes peut expliquer que le taux de dépression chez les hommes est deux fois moins élevé que chez les femmes alors que le taux de suicide est plus important chez les hommes (O'Brien, Hunt & Hart, 2005). Cette différence entre les hommes et femmes se retrouve durant la période périnatale. La DPN maternelle touche 11,9% des mères (Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford & Harris, 2017) et selon la méta-analyse de Paulson et Bazemore (2010) réalisée à partir de 43 études, le taux de DPN paternelle est de 10,4 % avec un pic à 25,6 % entre 3 et 6 mois après la naissance et des variations importantes entre les études. Ces variations peuvent s'expliquer par l'utilisation de différentes échelles avec différents seuils de DPN (Gressier & Sutter-Dallay, 2017). Ces chiffres doivent faire l'objet d'une mise à jour régulière au regard de l'accroissement rapide de la littérature à ce sujet. La méta-analyse de Cameron et al. publiée en 2016 suggère une méta-estimation de 8.4% (95% intervalle de confiance [CI], 7.2-9.6%) avec également d'importantes disparités de prévalence entre les études. Il est intéressant de relever que selon une étude australienne à large échelle, la période périnatale n'est pas plus à risque qu'une autre concernant l'anxiété et la dépression chez les hommes (Leach, Mackinnon, Poyser & Fairweather-Schmidt, 2015). Tout comme la dépression de façon générale, la DPN paternelle a un impact économique (Edoka, Petrou & Ramchandani, 2011). Selon leur étude réalisée dans le sud de l'Angleterre, les pères à surrisque de DPN augmentent de façon significative les coûts des services de santé communautaire.

Facteurs de risque

Sans pouvoir établir l'étiologie précise de la DPN paternelle, les récentes études sont nombreuses à tenter d'en déterminer les facteurs de risque (Luoma et al., 2013). A l'instar de la DPN maternelle, la DPN paternelle est associée à des modifications hormonales. Malgré la nécessité de nouvelles études, Melrose (2010) résume l'état des connaissances actuelles. Un taux élevé d'œstrogènes, une baisse de la prolactine et du cortisol au lieu d'une hausse et enfin, un taux trop bas de testostérone et de vasopressine seraient associés à la DPN paternelle. Selon Saxbe (2017), un taux de testostérone plus élevé chez les pères est corrélé à une diminution des symptômes de dépression chez le père mais à une augmentation de ces derniers chez la mère (Saxbe, Schetter, Simon, Adam & Shalowitz, 2017). Outre les modifications hormonales, les pères ont 2.5 fois plus de risque de faire une DPN si leur partenaire en souffre selon Paulson et Bazemore (2010). Une histoire personnelle de dépression, des symptômes dépressifs durant la grossesse, l'abus de drogue ou d'alcool, un bas niveau socio-économique, le statut professionnel (sans emploi), les difficultés dans le couple, une grossesse non planifiée, un antécédent de mort in utéro, les difficultés de l'enfant, les difficultés dans l'interaction avec l'enfant sont des facteurs de risque de DPN selon Gressier et al. (2015) qui font une synthèse de la littérature existante. Le manque de soutien social et le stress perçu en font également partie selon Underwood et al. (2017). L'anxiété et la dépression seraient hautement comorbides (Luoma et al., 2013) et être un père jeune ou être un père immigré sont parfois pointés par les auteurs comme étant des facteurs favorisant (Luoma, 2013; Musser, 2013). Vivre dans une famille recomposée et avoir une mauvaise relation avec ses propres parents sont également associés à la DPN par plusieurs auteurs (Edhborg et al., 2016; Schumacher et al., 2008; Wee et al., 2011).

Conséquences sur les enfants

La relation père-enfant étant étudiée depuis peu, les sources d'informations sont moins conséquentes que celles décrivant la relation mère-enfant. Cependant, il semble que la qualité des soins prodigués par le père a un impact tout aussi important sur le développement de l'enfant que la qualité des soins prodigués par la mère (Wilson & Durbin, 2010). Gressier et al. (2015) apportent cette explication quant aux conséquences de la DPN parentale :

Un syndrome dépressif parental pourrait altérer la qualité [du lien d'attachement].

Pour chaque enfant, la première année est essentielle quant à la formation de son

modèle de régulation biologique et du comportement à travers ses premières interactions. En effet, l'augmentation de l'hormone du stress (cortisol) peut gêner la croissance normale du cerveau et la capacité d'autorégulation dans le jeune âge. De même, l'élévation chronique du niveau de cortisol affecte la croissance physiologique et le système immunitaire de l'enfant (p. 3).

Selon la méta-analyse de Wilson et Durbin (2010), la DPN paternelle induit une baisse des comportements positifs et une augmentation des comportements négatifs envers le bébé, notamment de l'hostilité et un désengagement. Selon Paulson, Dauber et Leiferman (2006), les parents déprimés sont moins enclins à chanter des chansons ou raconter des histoires et les pères plus encore que les mères ce qui peut avoir un impact sur l'apprentissage du langage (Paulson et al., 2006). De plus, les pères déprimés font moins d'activités à l'extérieur avec leur enfant ce qui aurait des conséquences sur l'estime de soi, la confiance, l'avidité et les qualités exploratoires de l'enfant (Gressier et al., 2017, p. 195). Ramchandani et al. (2005) notent davantage de problèmes de comportements tels des troubles des conduites ou une hyperactivité chez les enfants de pères ayant souffert de DPN. Une revue de la littérature sur les conséquences de la DPN paternelle non traitée relève chez les nourrissons des problèmes allant de l'augmentation des pleurs à l'hyperactivité et aux problèmes de comportement, en passant par des troubles psychologiques et du développement (Gentile & Fusco, 2017). Rohde, Lewinsohn, Klein et Seeley (2005) affirment que des différences sont à noter selon le sexe de l'enfant avec un fonctionnement psychosocial plus faible, des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez le garçon en fin d'adolescence, et des états dépressifs chez la fille (Gressier et al., 2015). Si la DPN touche les deux parents, elle a un impact plus important sur le développement de l'enfant (Mezulis, Hyde & Clark, 2004). Selon Mezulis, Hyde et Clark (2004), si le père peut avoir un effet protecteur lors d'une DPN maternelle, il exacerbe ses effets négatifs si lui-même en souffre ou qu'il est peu présent. Selon Gressier et al. (2015), l'enfant de parent ayant une DPN a un surrisque de maltraitance, passive ou active, pouvant aller jusqu'à l'infanticide et plus les symptômes dépressifs sont importants plus l'impact sur les enfants est important. Afin d'aider le clinicien, Nanzer (2009) précise qu'en réaction à la DPN paternelle, l'enfant peut présenter des troubles alimentaires, du sommeil, émotionnels, énurésie, hyperactivité, manque de curiosité et d'intérêt pour le monde qui l'entoure. La DPN est

également liée à des issues négatives sur le couple avec notamment un nombre accru de séparations (Milgrom & McCloud, 1996).

Cette liste des effets délétères de la DPN paternelle sur les enfants et la famille montre en creux l'importance de la santé mentale des pères pour le bien-être de toute la famille. Elle invite les soignants et notamment les sages-femmes à réfléchir à des actions pour promouvoir la santé mentale des pères.

2.3. Le rôle sage-femme dans la promotion de la santé

2.3.1. La promotion de la santé

Selon la Charte d'Ottawa rédigée par l'OMS (1986) « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer... » La promotion de la santé comprend cinq axes d'interventions : l'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Tournée vers la santé et non l'absence de maladie, la promotion de la santé est très proche de la théorie salutogénique d'Antonovsky (1980). L'individu est acteur et doit comprendre et utiliser ses ressources disponibles pour atteindre une bonne qualité de vie (Lindström & Eriksson, 2012). *Salus* signifie *santé* en Latin et *genesis* signifie *origine* en Grec. La salutogenèse est donc l'origine de la santé et son pendant, la pathogenèse, l'origine de la maladie. Ce terme de *salutogenèse* est choisi par Aaron Antonovsky dans les années 70 pour développer sa théorie de soins centrée sur l'étude des facteurs favorisant la santé et le bien-être plutôt que sur les causes de la maladie (Lindström & Eriksson, 2012). Selon Lindström et Eriksson (2012), la Charte d'Ottawa manque de cadre théorique sur lequel s'appuyer, ce qui a rendu difficile l'application de ces principes et valeurs dans le quotidien des individus. Selon eux, l'approche salutogénique d'Antonovsky peut permettre à la promotion de la santé de se déployer de manière efficace en utilisant des concepts qui lui sont propres, tels que l'intelligibilité (composante cognitive), la signification (composante motivationnelle) et la capacité à gérer (composante comportementale) (Lindström et Eriksson, 2012).

La profession de sage-femme favorisant la physiologie s'inscrit parfaitement dans ces concepts de promotion de la santé et de salutogenèse.

2.3.2. Le rôle sage-femme dans la promotion de la santé mentale

Selon l'ICM (2014b), la promotion de la santé fait partie des compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme. Les sages-femmes doivent ainsi connaître « les principes de soins de santé primaires de proximité utilisant des stratégies de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies ». La charte de déontologie des sages-femmes reprend également l'idée que « les sages-femmes sont reconnues pour leurs capacités à promouvoir la santé des femmes tout au long de leur vie, de même auprès des familles et des autres professionnels de la santé » (Fédération Suisse des sages-femmes [FSSF], 1994). Ce rôle de promotrice de la santé ou *Health advocates* fait partie intégrante de la formation des sages-femmes en Suisse. Parmi neuf rôles dont ceux d'experte ou de collaboratrice, il invite les étudiantes sages-femmes à promouvoir la santé de la femme, de l'enfant et de la famille (Évaluation des compétences, 2009, p. 3). La famille englobe donc également les partenaires qui sont majoritairement des hommes.

2.3.3. La promotion de la santé mentale des pères

La promotion de la santé mentale maternelle et infantile s'est fortement développée ces dernières années avec des résultats intéressants en Suisse romande (Nanzer, 2009). Les programmes visant les pères sont encore peu nombreux mais se développent. Sans cibler précisément la santé mentale, certains proposent des groupes de parole pour préparer les hommes à la paternité. À Genève, l'association de l'Arcade sage-femme propose des groupes gratuits « Moi (bientôt) père ! » et au sein du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] à Lausanne, le psychologue et père André Berthoud donne des cours de préparation à la paternité gratuits pour ceux qui suivent les cours de préparation à la naissance standards (« Superpapa », s. d.).

L'accueil des pères est différent selon les centres de santé périnatale. Certains lieux offrent aux pères moyennant finance, de rester aux côtés de leur compagne et de leur enfant au post-partum durant la nuit. C'est le cas dans certaines cliniques privées ou en maison de naissance (Maison de naissance La Roseraie, 2011). En France, près de Paris, les Hôpitaux de Saint-Maurice ont créé le label « Maternité, amie des papas ». Ce label vise à favoriser la présence du père auprès de la mère et du bébé, permettre au père de trouver plus naturellement sa place et faciliter le retour à la maison (« Hôpitaux de Saint-Maurice », s. d.). Des institutions suisses seraient intéressées par l'obtention de ce label, selon les dires de Stéphanie Vercruysse, cadre du pôle mère-enfant à la

maternité de Nyon (Communication personnelle, Entretien, 4 mai 2018). Le bien-être psychique des pères y est peu mis en avant mais certains centres de périnatalité peuvent être des ressources. En Suisse romande, des centres périnataux pluridisciplinaires sont ouverts aux pères et des centres hospitaliers comme les HUG ont des consultations pour les familles ou les couples (Groupe genevois de prévention de la dépression périnatale, 2010). Les unités de soins psychiatriques maman-bébé font également des efforts pour inclure les pères dans la prise en soin.

Le soutien à la paternité s'organise aussi en dehors des centres périnataux. Pour exemple, une association d'hommes et de pères existe en Suisse. Elle fait parler d'elle dans les médias lors de la fête des pères ou lors des débats sur le congé paternité ou la garde partagée. *Männer.ch* ou *masculinités.ch* en français est une association faïtière fondée en 2005 qui se préoccupe d'égalité des sexes en adoptant la perspective des garçons, des hommes et des pères. Elle regroupe une vingtaine d'organisations, la plupart cantonales comme le Mouvement de la Condition Paternelle Vaud (MCPV) ou l'association Pères Mères Enfants Solidaires (PMES) dans le canton de Genève. Quelques ouvrages s'adressent aux nouveaux pères francophones, souvent sur le style de l'humour ou du témoignage direct d'autres pères (Frydman & Schilte, 2013; Goëdec & Pailles, 2015; Kornberg-Anzel, Skrzynski & Barbin, 2016; Micucci & Lhuillier, 2013; Moreau, 2017; Navie & Ruffieux, 2016). Sur les sites de vente de livre en ligne, les avis de lecteurs concernant ces livres, souvent formulés par des femmes, alternent entre la parfaite satisfaction, notamment en raison du ton humoristique et l'indignation (« Amazon.com », s. d.; « Fnac.com », s. d.). Un contenu trop simpliste, peu scientifique et une vision machiste de la paternité font partie des critiques. Dans le canton de Berne, deux sages-femmes ont réalisé une brochure pour les papas au post-partum. Sans aborder la DPN paternelle, elles donnent des pistes pour se préparer à la paternité et des informations sur l'impact de l'arrivée de l'enfant sur la vie de couple (Jungi & Bolliger-Kurth, 2017). Par ailleurs, comme la plupart des ouvrages ou des sites internet sur la parentalité aujourd'hui, le magazine suisse FamilleSPICK présente une rubrique pour les papas. Dans le monde, des sites internet entièrement dédiés aux pères ont fait leur apparition proposant des informations sur la paternité, des articles d'actualité et des espaces de paroles via des forums. En Angleterre, le site *fatherhoodinstitute.org* propose des contenus engagés pour la reconnaissance des pères et recense de nombreux blogs de pères. Par exemple, le site *postpartummen.com* entend briser le tabou autour de la

dépression du post-partum des pères avec un film en libre visionnement. Plus en lien avec les nouveaux médias, des applications mobiles populaires telles que « Grossesse+ » proposent la création d'un profil pour les partenaires.

Malgré les quelques initiatives existantes pour soutenir les pères dans le voyage de la paternité, leur qualité et leur pertinence est à confronter avec les nouvelles connaissances apportées par la littérature scientifique sur les besoins des pères.

2.4. Problématique

Probablement en raison de l'apparition d'une nouvelle génération de pères souhaitant s'impliquer davantage auprès de leurs enfants, la paternité est devenue au 21^e siècle un objet de recherche (Moreau, 2001) faisant évoluer rapidement l'état des connaissances sur le sujet. Ainsi, les récentes recherches renforcent l'idée que le père est une figure d'attachement aussi importante que la mère pour le développement de l'enfant et que la transition vers la paternité peut mettre en péril la stabilité psychique des pères. Environ un père sur dix souffrirait de DPN (Paulson & Bazemore, 2010), la plupart du temps sans qu'elle ne soit ni reconnue ni traitée. Pourtant, le bien-être psychique des pères a des conséquences sur tous les membres de la famille (Ramchandani et al., 2008) et un coût pour toute la société. Les systèmes de santé ont mis en place de nombreuses actions de promotion de la santé dans la période périnatale mais elles visent presque exclusivement les mères et les enfants. La sage-femme en tant que professionnel de la périnatalité ayant des compétences dans la promotion de la santé peut être une ressource intéressante pour promouvoir la santé mentale des pères.

Cette présente revue de la littérature a pour objectif, en considérant les besoins des pères et les facteurs protecteurs de la DPN, de déterminer quel rôle pourrait jouer la sage-femme dans la promotion de la santé mentale des pères durant la période périnatale ? Ce travail se base sur quatre hypothèses :

- Les pères ont des besoins afin d'assurer leur sécurité psychique durant la période périnatale et il existe des facteurs protecteurs de la DPN
- Les services de périnatalité ne sont pas perçus comme un soutien suffisant pour les pères
- Les sages-femmes peuvent être une ressource pour assurer la sécurité psychique des pères
- Certaines attitudes ou interventions peuvent aider les pères durant cette période.

Ces quatre hypothèses sont confrontées aux résultats de la revue de la littérature ainsi qu'au reste de la littérature scientifique sur le sujet en gardant en tête une réflexion éthique.

3. Dimension éthique

Le présent travail s'accompagne d'un questionnement éthique tout au long de sa réalisation. Le concept d'éthique vient du grec *Ethos* qui signifie les mœurs, et par extension la conduite de vie ou les règles de comportement. L'éthique est donc la science de la morale ou la philosophie de la morale. L'éthique clinique, telle qu'elle est pratiquée dans ce présent travail, adhère aux quatre principes fondamentaux énoncés par Beauchamps et Childress (2001) :

- L'**autonomie** correspond au droit qu'un individu a de prendre ses propres décisions et contraint donc le soignant à apporter une information appropriée à l'individu pour qu'il puisse faire des choix éclairés. L'information et l'éducation à la santé sont au centre de ce travail tourné vers la promotion de la santé mentale.

- La **non-malfaisance** ou **bienveillance** est l'idée de ne pas vouloir causer de tort, de ne pas nuire à l'individu. Elle contraint donc le soignant à analyser les conséquences de ses actions et à peser la balance bénéfices-risques. Par exemple, dans ce travail aborder la santé mentale des pères peut selon le contexte engendrer un malaise et certaines pratiques peuvent être néfastes pour les pères en raison de leurs croyances.

- La **bienfaisance** est l'idée de faire du bien à l'individu. Elle contraint le soignant à viser le bien de la personne. Dans ce travail, le bien-être psychique des pères est intimement lié au bien-être du reste de la famille et chacun doit être considéré. Les recherches qui mettent en évidence qu'un taux élevé de testostérone est bénéfique pour le père mais négatif pour les autres membres de la famille questionnent les perspectives d'interventions des soignants (Edelstein, 2017; Storey, 2000).

- La **justice**, quant à elle, contraint le soignant à traiter l'individu de manière équitable, notamment en regard des ressources et des autres individus. Dans ce travail, cette question fait partie des préoccupations des pères comme des soignants qui reconnaissent les limites du système de santé et ne souhaitent pas que l'inclusion du père ne nuise à la mère et l'enfant (Darwin, 2017; Rominov, 2017; Rominov, 2016).

La réflexion éthique se fait également dans le respect du droit, cantonal et fédéral (Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), 2016; Loi sur la santé (LS), 2006), et international avec notamment la Déclaration universelle des droits de l'Homme et du

citoyen. En outre, la déontologie, en tant qu'ensemble des règles et devoirs que se donne une profession, est aussi un cadre majeur pour aider à l'analyse des situations. Il s'agit pour le présent travail du Code international de déontologie des sages-femmes (ICM, 2014a) et du document fondamental, Philosophie et modèle de soins de la pratique sage-femme (ICM, 2014b). Dans la limite de leurs compétences, les auteures s'engagent à adopter un regard critique sur la littérature scientifique ainsi que sur leur travail.

4. Méthodologie de recherche

4.1 Sélection des mots-clés et bases de données

Afin d'effectuer la recherche de littérature scientifique, les concepts en lien avec la problématique ont été définis en français puis en anglais, la langue la plus utilisée dans la littérature scientifique, et enfin libellés en MeSH Terms. Les MeSH Terms proviennent du thésaurus MeSH (*Medical Subject Headings*) et permettent un usage adapté de la base de données Medline via Pubmed notamment. Les thésauri de CINAHL, PsycINFO et MIDIRS ont également été consultés. Les mots-clés sans libellés MeSH sont dans la colonne *synonymes* du tableau 4. Certains mots-clés ou Mesh Terms ont été écartés. *Fatherhood* et *paternity* ont été abandonnés au profit de *fathers* et *paternal*. L'inclusion du concept de promotion de la santé s'est avéré peu spécifique. *Factors* a été préféré aux termes *moderators*, *affecting factors*, *predictors*, *determinants*, *correlates* ou *associated factors*, qui ne permettaient pas d'atteindre des articles plus pertinents.

Tableau 4 : Les différents concepts et leurs traductions en mots-clés

Concepts en français	Concepts en anglais	MeSH terms	MIDIRIS PSYCINFO via Ovid	CINAHL Headings	Synonymes
Père	Father	Fathers	Fathers	Fathers	Paternal Partner
Santé mentale Dépression périnatale	Mental Health Perinatal depression	Mental Health Depression, postpartum	Mental Health Postpartum depression	Mental Health Depression, postpartum	Depression Depressive symptoms
Période périnatale	Perinatal period	Postpartum period	postnatal period	<i>N'existe pas</i>	Perinatal Postpartum Postnatal
Facteurs protecteurs	Protective Factors	Protective factors Risk factors	Risk factors	Risk factors	Factors Protectors
Sage-femme	Midwives Nurse	Midwifery Nurse Midwives	Midwifery Nurse	Midwives Nurses	-

Pour effectuer la recherche d'articles en lien avec la problématique, les mots-clés sélectionnés ont été combinés avec l'aide des opérateurs booléens AND et/ou OR et/ou NOT sur les bases de données et moteurs de recherche suivants :

Tableau 5 : Outils de recherche documentaire

Outils	Domaines
Medline	Banque de données scientifiques biomédicales, sciences infirmières
CINAHL	Base de données en sciences infirmières, de la santé et paramédicales
PsycINFO	Base de données en psychologie, médecine, soins infirmiers et sciences sociales
MIDIRS	Base de données en obstétrique, sage-femme, périnatalogie et néonatalogie
Google Scholar	Moteur de recherche spécialisé dans les publications scientifiques ou académiques
<i>Note.</i> CINAHL = Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature	
MIDIRS = Midwives Information and Resource Service	
Sources : HEdS, Centre de documentation, 2017	

Les recherches ont été limitées aux articles parus après le 1er janvier 2004 car la majeure partie des articles sur le sujet ont été publiés depuis cette date. Lors du premier lancement de recherche, tous les concepts ont été combinés ensemble puis différentes combinaisons ont été menées sur le rôle sage-femme et les facteurs protecteurs. Les bases de données ont été consultées pour la dernière fois le 15 janvier 2018.

4.2 Les critères de sélections des articles

Afin de retenir 5 articles à analyser pour répondre à notre question de recherche les critères d'inclusion et d'exclusion du tableau 6 ont été appliqués.

Tableau 6 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour la sélection des 5 articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Parution entre 2004 et 2018 - Pertinence du sujet de l'article par rapport à la question de recherche - Études touchant une population de pères - Études publiées dans des journaux peer reviewed - Études en anglais ou en français - Études qualitatives - Études quantitatives - Études compatibles avec la salutogenèse. - Études utilisant des outils de mesure de la DPN validés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Études parlant que de la DPN maternelle - Études ne développant des résultats valables que pour les mères - Études se focalisant uniquement sur une situation particulière (ex : adoption, jumeaux, pathologie, petit poids de naissance) - Études qui valident des échelles de dépistage - Publications antérieures à 2004 - Études se focalisant uniquement sur l'impact de la dépression paternelle sur les enfants - Études centrées uniquement sur le post-partum à partir de 6 mois, une période jugée plus éloignée de la pratique sage-femme en Suisse.

Lors des lancements de recherche, une rapide lecture des titres des articles a permis d'en éliminer un très grand nombre traitant de la DPN maternelle uniquement et souvent en lien avec les violences conjugales. L'usage de l'opérateur booléen NOT a donc permis de limiter le nombre de résultats à analyser. Après cette première sélection, pour appliquer les critères d'inclusion et d'exclusion, une sélection plus fine a été faite grâce à la lecture des résumés et parfois des articles en entier. Les études à plus haut niveau de preuve ont été préférées aux autres (ex : études longitudinale vs cross sectional). Certains articles prometteurs ont dû être écartés car malgré leur volonté d'inclure les pères, leurs résultats concernent quasi exclusivement les mères (Pilkington, Milne, Cairns, Lewis & Whelan, 2015; Rollans, Kohlhoff, Meade, Kemp & Schmieid 2016). D'autres articles auraient pu figurer dans cette revue de littérature mais ils seront utiles lors de la discussion (Edhborg, Carlberg, Simon & Lindberg, 2016; Hammarlund, Andersson, Tenenbaum & Sundler, 2015).

4.3 Bibliographie des articles de la revue de littérature

Tableau 7 : Liste des références bibliographiques des articles retenus

Darwin, Z., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L. & Gilbody, S. (2017). 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. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 17(1). https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4
Ngai, F.-W. & Ngu, S.-F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , 78(2), 156–161. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003
Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D. & Whelan, T. A. (2016). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. <i>Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives</i> , 30(4), 308–318. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.002
Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D. & Whelan, T. A. (2017). "Getting Help for Yourself is a Way of Helping Your Baby:" Fathers' Experiences of Support for Mental Health and Parenting in the Perinatal Period. <i>Psychology of Men & Masculinity</i> . https://doi.org/10.1037/men0000103
Zhang, Y.-P., Zhang, L.-L., Wei, H.-H., Zhang, Y., Zhang, C.-L. & Porr, C. (2016). Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. <i>Midwifery</i> , 35, 47–52. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.005

La figure 2 présente la stratégie de recherche mise en place grâce à un diagramme de flux.

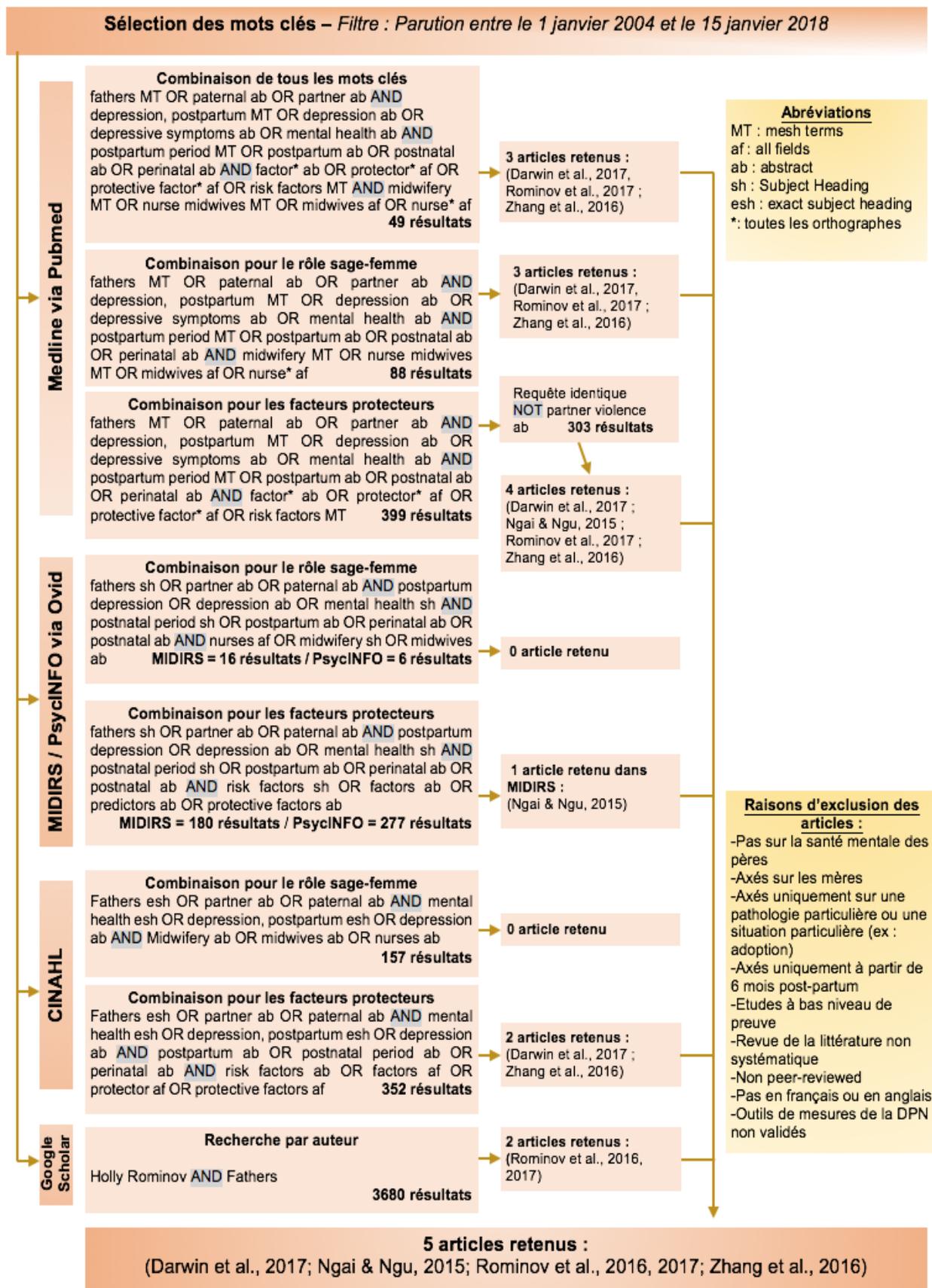


Figure 2 : Diagramme représentant la stratégie de recherche

4.5 Limites et contraintes de la recherche de littérature

Différentes contraintes et limites ont été rencontrées lors de la recherche. Seuls les articles en anglais ou en français ont été ciblés ce qui exclut potentiellement des articles pertinents. Cette recherche a permis de mettre en lumière que la DPN paternelle était plus étudiée sous l'angle des facteurs de risque, que des facteurs protecteurs. Il a donc été important d'analyser plus finement quels articles pouvaient tout de même aller dans le sens de la salutogenèse. Aucune étude ne concernait une population de pères suisses. Cela questionne donc la possibilité de l'application des résultats en Suisse. Les deux études concernant les facteurs protecteurs sont basées à Hong Kong et dans le nord-ouest de la Chine. Elles ont tout de même été sélectionnées en raison de leur design, de leur pertinence en lien avec la salutogenèse et de la période étudiée. Des études à haut niveau de preuve ont dû être écartées car elles ciblaient une période du post-partum au-delà de six mois après la naissance. Cela a été jugé trop éloigné des possibilités d'interventions des sages-femmes en Suisse. Cependant, les articles ont été mis de côté pour le cadre de référence et pour confronter les résultats dans la partie discussion. Les outils de mesures de la DPN ne sont pas toujours identiques ce qui rend la comparaison des résultats délicate. Deux études ont été réalisées par les mêmes chercheurs ce qui limite la diversité des sources. Ce choix se justifie car l'une se place du côté des pères et l'autre du côté des sages-femmes.

4.6 Recherche de littérature de référence

Afin d'établir le cadre de référence théorique de la présente revue de littérature, une importante recherche bibliographique a été nécessaire. Une partie de la recherche s'est déroulée au centre de documentation de la Haute Ecole de Santé à Genève (HEdS), sur le site de Champel et au centre de documentation du CMU à Genève. Les recherches sur les bases de données ont permis de collecter des articles pertinents et la lecture des bibliographies de ces articles a été une importante ressource. Les moteurs de recherche tels que Google Scholar ont complété les références. Des sites internet spécialisés tels que celui de l'OMS ou de cairn.info ont également été consultés. Bien que réalisée avec rigueur, cette recherche de la littérature n'a pas la prétention d'être exhaustive. Le cadre de référence de ce travail apporte une vue d'ensemble du sujet traité mais ne peut aborder la totalité des connaissances et théories existantes sur le sujet.

5. Tableaux de présentation des articles

Tableau 8 : Description de l'article de Ngai & Ngu (2015) :

<p align="center">Titre : <i>Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum</i> Auteurs : Ngai, F-W. & Ngu, S-F. (2015) Journal : Journal of Psychosomatic Research</p>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Étudier les prédicteurs de la DPP chez les mères et les pères à 6 mois post partum.</p>	<p>Design : Étude quantitative longitudinale.</p> <p>Population : 200 couples pendant la grossesse contactés par une infirmière.</p> <p>Inclusion : >18 ans, capable de lire le chinois, pas d'antécédent psychiatrique.</p> <p>Variables : âge, éducation, emploi, revenu, trimestre de grossesse, parité.</p> <p>Outils : GHQ cut-off 4/5, FSOC-S, SRRS, MOS-SSS, MOS-FMFM</p>	<p>1ère phase : 5 questionnaires à remplir sur place (GHQ, FSOC-S, SRRS, MOS-SSS, MOS-FMFM)</p> <p>2e phase : Série de questionnaires identique envoyée par la poste à 6 mois post-partum avec une enveloppe de retour pré-adressée et affranchie.</p> <p>Période – lieu : Hôpital régional de Hong Kong entre janvier et mai 2011.</p>	<p><u>Corrélation entre les symptômes dépressifs prénataux chez les pères et :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sentiment de cohérence familial prénatal ($r=-0.28, p<.01$) - soutien social prénatal ($r=-.20, p<.01$) - fonctionnement familial et conjugal prénatal ($r=-.25, p<.01$) <p><u>Corrélation entre les symptômes dépressifs à 6 mois post-partum chez les pères et :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sentiment de cohérence familial prénatal ($r=-0.22, p<.01$) - soutien social prénatal ($r=-.19, p<.01$) - symptômes dépressifs prénataux ($r=.36, p<.01$) - symptômes dépressifs chez la partenaire ($r=.35, p<.01$) - fonctionnement familial et conjugal prénatal ($r=-.17, p<.05$) - changement du sentiment de cohérence familial ($r=.38, p<.01$) - changement du soutien social ($r=.16, p<.05$) <p><i>Aucune corrélation significative entre le stress prénatal et les symptômes dépressifs prénataux et à 6 mois post-partum.</i></p> <p><u>Prédicteurs des symptômes dépressifs chez les pères à 6 mois :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - sentiment de cohérence familial ($\beta=.30, p<.01$) - symptômes dépressifs prénataux ($\beta=.22, p<.01$) - symptômes dépressifs chez la partenaire ($\beta=.22, p<.01$) - changement du sentiment de cohérence familial ($\beta=.38, p<.01$) <p><i>Le soutien social serait un prédicteur des symptômes dépressifs au post-partum pour les mères et non pour les pères.</i></p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comble un manque de connaissances sur le rôle protecteur du sentiment de cohérence familial pour le couple dans la transition vers la parentalité. - Design longitudinal aide à établir clairement la succession temporelle, un point nécessaire pour déterminer des prédicteurs. - Première étude qui s'intéresse au rôle prédictif du sentiment de cohérence familial dans la période périnatale. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échantillon de convenance non représentatif (notamment pour les parents pauvres et de différentes origines ethniques).

Note. GHQ = General Health Questionnaire ; FSOC-S = Family Sense of Coherence Scale Short Form ; SRRS = Social Readjustment Rating Scale ; MOS-SSS = Medical Outcomes Study Social Support Survey ; MOS-FMFM = Medical Outcomes Study Family and Marital Functioning.

Tableau 9 : Description de l'article de Zhang et al. (2016) :

<p>Titre : <i>Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China</i> Auteurs : Zhang, Y-P., Zhang, L-L., Wei, H-H., Zhang, Y., Zhang, C-L & Porr, C. (2016) Journal : Midwifery</p>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Explorer les symptômes dépressifs au postpartum et la présence de prédicteurs psychosociaux chez les nouveaux pères vivant dans la région Nord-Ouest de la Chine.</p>	<p>Design : Etude quantitative longitudinale.</p> <p>Population : 166 couples de Han à Xi'an.</p> <p>Inclusion : parler mandarin, mariés et vivant avec leur partenaire, bébé à terme en bonne santé, père pour la 1ère fois.</p> <p>Incitation : Petit cadeau incitatif offert</p> <p>Variables : > ou <30 ans, statut d'emploi, éducation, citadins ou ruraux, revenu, voie-basse ou césarienne, sexe du bébé, assurance privée ou gratuite, >ou< 6h de sommeil, connaissance des soins au bébé.</p> <p>Outils : EPDS cut-off 10, PSOC, KMSS.</p>	<p>1ère phase : Questionnaires donnés 180 couples à 3 jours post-partum (T1) avec consigne de les compléter de manière indépendante.</p> <p>2e et 3e phase : Questionnaires identiques à deux semaines (T2) et six semaines (T3) via des entretiens téléphoniques.</p> <p>Période - lieu : 5 hôpitaux pris au hasard dans la ville de Xi'an. Septembre - octobre 2013.</p>	<p>Corrélation entre le score d'EPDS des pères et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Auto-efficacité parentale</u> (r = -0.47, p<.01 à T1, r = -0.44, p<.01 à T2, r = -0.47, p<.01 à T3) - <u>Satisfaction conjugale</u> (r = -0.17, p<.05 à T1, r = -0.47, p<.01 à T2, r = -0.49, p<.01 à T3) - <u>DPP maternelle</u> DPP paternelle à T1 liée à la DDP maternelle à T1 (r = 0.27, p <.01) ; DPP paternelle à T2 liée à la DDP maternelle à T2 (r = 0.18, p <.05) ; DPP paternelle à T3 liée à la DDP maternelle à T2 (r = 0.17, p <.05) et à T3 (r = 0.26 p <.05). <p>Plus de pères avec des scores élevés d'EPDS en présence de :</p> <p><i>Aux trois périodes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Césarienne</u> (X² = 12.416, p<.001 à T1, X² = 3.907, p=.048 à T2, X² = 4.748, p=.029 à T3) - <u>Temps de sommeil <6h</u> (X² = 4.772, p=.029 à T1, X² = 6.725, p=.010 à T2, X² = 9.992, p=.020 à T3) - <u>Peu de connaissances sur les soins du nourrisson</u> (X² = 15.567, p<.001 à T1, X² = 7.540, p=.023 à T2, X² = 7.972, p=.019 à T3) <p><i>A une ou deux périodes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Faible niveau d'instruction</u> (X² = 12.917, p=.002 à T2) - <u>Sans emploi</u> (X² = 5.214, p=.022 à T3) - <u>Sexe masculin du bébé</u> (X² = 4.230, p=.040 à T2) - <u>Milieu rural</u> (X² = 5.079, p=.024 à T1 et X² = 4.816, p=.028 à T3) <p><i>Pas d'association significative entre la DPP paternelle et l'âge paternel ou le revenu.</i></p>	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude longitudinale. <p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La principale limitation est le biais de désirabilité sociale en raison du fait que toutes les échelles utilisées étaient à remplir soi-même. -La généralisation des résultats est difficile à d'autres régions car les couples viennent de la région Nord-Ouest de la Chine.
<p><i>Note.</i> EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale ; PSOC = Parenting Sense of Coherence Scale ; KMSS = The Kansas Marital Satisfaction Scale.</p>				

Tableau 10 : Description de l'article de Darwin et al. (2017) :

<p>Titre : <i>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</i> Auteurs : Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., Gilbody, S. & the Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team (2017) Journal : BMC Pregnancy and Childbirth</p>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Explorer le vécu et les perceptions des pères sur leur santé mentale pendant la période périnatale et explorer les ressources accessibles et acceptables par les pères.</p>	<p>Design : Etude qualitative interprétative Population : 19 hommes de la cohorte Born and Bred in Yorkshire (BaBY). Inclusion : bébé <12 mois, né à terme, mère-enfant en bonne santé, MHWB rempli. Pas de parents de même sexe. Variables : Employé, sans emploi, né au Royaume-Uni, santé mentale pré et postnatale. Outils : MHWB = PhQ-8 + GAD-7 + PHQ-15 + LTE. NVivo 10, Analyse thématique de Braun and Clarke. Entretiens semi-structurés.</p>	<p>1ère phase : Pères éligibles (n=140) contactés par poste et sélection, parmi les intéressés (n=42), d'un échantillon avec une variété de scores de MHWB (n=22). Certains n'ont pas pu être atteints (n=3). 2e phase : Entretiens semi-structurés de 18 à 83 minutes en couple (n=5) ou seul, face à face (n=15), à domicile ou à l'Université ou par téléphone (n=4). Période – lieu : Période des entretiens non précisée. La cohorte BaBY vient de 4 maternités du nord du Yorkshire et de l'est du Lincolnshire entre 2011-2014.</p>	<p>Légitimité des pères et droit au soutien des professionnels : les pères parlent plus de stress que de santé mentale, les pères décrivent des moments stressants et des stress (accouchement, les débuts du rôle de parent, alimentation, sommeil, relation de couple, conflit de rôles maison-travail, perte de la vie d'avant, pression financières etc.), les pères se focalisent sur les symptômes cognitifs plus que émotionnels du stress, questionnement sur la légitimité du stress paternel, sentiment d'exclusion par les soignants mais crainte de diminuer le soutien aux mères en attirant l'attention sur eux dans un système sous financé, sages-femmes perçues comme centrées sur la femme et plus un soutien physique que émotionnel, deux hommes ont fait appel à leur médecin pour suivre un traitement, etc. Protéger la relation de couple : le partenaire est le premier soutien, travail d'équipe des parents fondamental, difficulté à comprendre le vécu de l'autre etc. Gérer la paternité : Préférence de parler de ce qui marche, idée de salutogénèse, malgré la préparation, la parentalité devient réelle quand elle est là, importance d'avoir des attentes réalistes, faire confiance à son instinct, gestion du stress via la distraction, le déni ou la libération des tensions avec plus ou moins de succès, les expériences positives de la paternité aident et augmentent avec la capacité de l'enfant à interagir, importance de moments exclusifs père-enfant, pour la plupart, le congé paternité est trop court, importance du temps pour soi etc. Diversité du réseau de soutien : Une minorité s'aide eux même sinon le soutien vient du réseau informel (ami, famille, collègues), soutien ne vient pas des pères, changement dans l'implication des pères entre générations, avis divergents sur l'idée de groupes de pères, intérêt pour du matériel écrit, désir commun d'avoir plus d'information ciblée pour les pères sur la parentalité, la grossesse et le soutien de leur partenaire ect.</p>	<p>Forces : L'échantillon des pères prêts à répondre était similaire à celui des pères éligibles dans la cohorte BaBY en terme de diversité des scores de MHWB. Le sujet intéresserait peu importe ce score. Usage de la cohorte efficace en maximisant les ressources d'une recherche financée par des fonds publics. Limites : la contrainte de la cohort limite l'échantillon, pas de saturation des données, pères de la cohort recrutés via la mère et la présente étude les a contactés via l'adresse fournie. Tous les pères vivaient avec leur partenaire, étaient les pères biologiques, aucun n'avait des enfants d'une autre union, cela expliquerait l'accent sur le couple, étude ne s'applique pas aux pères séparés, aux parents de même sexe. Entretiens réalisés entre 5 et 10 mois post-partum, une période moins stressante que les mois précédents. Manque d'information longitudinale. Manque de diversité ethnique et sociodémographique.</p>

Note. MHWB = Mental Health and Wellbeing ; PhQ-8 Patient Health Questionnaire 8 ; GAD-7 = Generalised Anxiety Disorder Questionnaire ; PHQ-15 = Patient Health Questionnaire 15 + LTE = List of Threatening Events.

Tableau 11 : Description de l'article de Rominov et al. (2016) :

<p>Titre : <i>Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services</i> Auteurs : Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, PD. & Whelan, TA. (2016) Journal : Women and Birth</p>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Décrire le vécu et les perceptions des sages-femmes concernant l'inclusion des pères dans les services de soins périnataux.</p>	<p>Design : Étude quantitative et qualitative descriptive. Population : 106 sages-femmes ont répondu à une enquête en ligne puis 13 sages-femmes représentatives des 106 sages-femmes, dont un homme sage-femme ont eu des entretiens semi structurés par téléphone. Inclusion : être en cours d'emploi en Australie et avoir au moins 6 mois d'expérience. Recrutement : Publicité faite par le Australian College of Midwives et par email. Outils : Questionnaire sur la pratique sage-femme, des données sociodémographiques, des questions exploratoires ; entretiens semi-structurés par téléphone ; Analyse thématique de Braun and Clarke.</p>	<p>1ère phase : Questionnaire rempli en ligne puis invitation à participer à des entretiens téléphoniques de 15-20 minutes. 2e phase : Entretien téléphonique avec le 1er auteur qui précise être chercheur en psychologie. Période – lieu : Mai-Juin 2016 Australie</p>	<p>Selon les sages-femmes, inclure activement les pères ferait partie de leur rôle (77,9% <i>large part</i>, 20% <i>part modérée</i>, 2.1% <i>petite part</i>). La grande majorité des sages-femmes pensent avoir des connaissances et compétences pour inclure les pères de <i>bonnes à excellentes</i>. Elles parleraient plus souvent des compétences parentales que du bien-être émotionnel des pères ou de la relation de couple. Les sages-femmes se disent <i>extrêmement</i> 10,64%, <i>très</i> 29,79%, <i>assez</i> 40,43%, <i>un peu</i> 11,70%, <i>pas du tout</i> 7,45% confiantes pour aborder le bien être émotionnel avec les pères. Résultats similaires sur la capacité à référer aux services de santé mentale. La majorité n'ont pas de formation formelle sur le travail avec les pères (83%). Pour la majorité, il est important d'avoir plus de formation sur l'inclusion des pères (35,5% <i>extrêmement</i>, 45,2% <i>très</i>, 17,2% <i>assez</i>, 2.2% <i>peu</i>, 0% <i>pas du tout</i>), sur leur santé mentale (35,1% <i>extrêmement</i>, 51,1% <i>très</i>, 9,6% <i>assez</i>, 4,3% <i>peu</i>, 0% <i>pas du tout</i>) et les compétences parentales (41,5% <i>extrêmement</i>, 46,8% <i>très</i>, 8,5% <i>assez</i>, 3,2% <i>peu</i>, 0% <i>pas du tout</i>). Stratégies, facilitateurs et barrières à l'inclusion des pères : - Les facteurs liés aux sages-femmes (compétences interpersonnelles, inviter de routine le père aux rendez-vous, faciliter l'engagement des pères, inclure les pères dans les démonstrations de puéricultures, valoriser le rôle de co-parent.) - Les facteurs extérieurs (accompagnement global sage-femme, nuitée pour le père à l'hôpital, manque de temps, d'argent et de formation, horaires des rendez-vous). - Les facteurs liés aux pères (qualité de la relation de couple, la réceptivité des pères au service de périnatalité, la diversité culturelle et linguistique).</p>	<p>Forces : Explore le point de vue sages-femmes ce qui comble un gap dans la littérature, l'approche multiple a permis de récolter beaucoup d'information, échantillon plus large que les précédentes études, le téléphone a permis des réponses simples sans fioritures, Nvivo a permis une analyse claire des résultats, un homme sage-femme est inclus ce qui serait une première dans une étude sage-femme, échantillon varié public-privé, âge, années d'expérience. Limites : Pas de visuel au téléphone mais ce ne serait pas problématique, distraction possible pendant l'entretien par leur environnement mais cela arrive aussi en face à face, l'outil de collecte de données n'a pas été validé, impossibilité de calculer le taux de réponse, possible biais de sélection, des sages-femmes avec un intérêt pour les pères étaient peut-être plus à même de répondre.</p>

Tableau 12 : Description de l'article de Rominov et al. (2017) :

<p>Titre: "Getting Help for Yourself is a Way of Helping Your Baby:" Fathers' Experiences of Support for Mental Health and Parenting in the Perinatal Period Auteurs : Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, PD. & Whelan, TA. (2017) Journal : Psychology of Men & Masculinity</p>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Explorer le vécu des pères sur l'accès au soutien de leur santé mentale ou du rôle parental. Explorer les besoins, les obstacles et facilitateurs pour l'accès aux soins.</p>	<p>Design : Étude qualitative descriptive Population : Échantillon de convenance de 20 pères sélectionnés par boule de neige via le bouche à oreille et la publicité en ligne Inclusion : >18 ans, attendre un enfant ou avoir un enfant < 2 ans, en couple. Outils : Entretien semi-structurés par téléphone ou face à face, analyse thématique de Braun and Clarke (2006).</p>	<p>Phase unique : Quelques entretiens en face-à-face et la majorité par téléphone Période - lieu : Période non mentionnée mais par déduction entre Melbourne Australie</p>	<p>Soutien perçu : professionnels sont un soutien au rôle parental plus qu'au bien-être émotionnel, pères peu reconnus par les professionnels avec un sentiment de marginalisation, manque d'information spécifique aux pères, l'information cible un public féminin, préférence des pères du soutien informel (amis, famille, collègues, information en ligne), la femme prend souvent l'initiative de faire appel au soutien avec une idée que les mères savent mieux. Besoins de soutien : Manque de préparation (ex: fatigue du post-partum), de soutien en début de grossesse et en cas de complications, trop de pression pour l'allaitement et pas assez d'information sur les alternatives, besoin d'information sur le lien d'attachement, de reconnaître les informations fiables dans notre société de l'information, de compétences en communication et organisationnelles pour gérer les conflits et aider à gérer les changements dans la relation de couple et avec la famille. Multiple formats de soutien possibles : Préparation à la naissance par un père, groupes de pères, supports écrits visuels, services en dehors des heures de bureau etc. Barrières : stigmatisation des hommes cherchant du soutien, idée d'un signe de faiblesse, difficulté d'aborder le sujet dans une ville où tout le monde se connaît, peur de dévier l'attention du bien-être de la partenaire et de l'enfant, rigidité du travail (horaires, congé paternité court). Facilitateurs : désir d'être plus inclus, expériences positives lors d'inclusion des pères par les professionnels, changer la manière de s'adresser aux pères dans les livres, campagnes ciblées ou une communication active sur les ressources existantes car ils pensent que la plupart des ressources périnatales ciblent les mères et les enfants. Les besoins selon la période : <i>En anténatal :</i> aide sur comment soutenir la partenaire et le bébé à naître mais pas sur les soins au bébé. <i>A la naissance :</i> besoin de plus de soutien émotionnel. <i>Après la naissance :</i> besoin de plus de soutien sur les rythmes du bébé, la gestion du travail, changements de la vie sociale et du couple. Préférence de s'informer sur le tas face aux problématiques plutôt que de se préparer activement avant la naissance. Manque de préparation pour gérer les changements émotionnels de la période périnatale et une tendance à aller chercher l'information que face à un problème important.</p>	<p>Forces : design qualitatif permet aux pères de s'exprimer dans leurs mots, recherches qualitatives nécessaires dans le domaine de la famille, pères interrogés seuls sans les partenaires ou un groupe a permis un espace privé, téléphone un outil pour impliquer les pères dans les recherches, explore une période périnatale large. Limites : échantillon homogène non représentatif de la diversité sociale et culturelle des pères (adolescent, réfugiés, pères séparés, pères avec des antécédents, pères au foyer, pères célibataires, pères de même sexe), manque d'informations sur les pères interrogés (ex: planification familiale).</p>

6. Analyse critique des articles et des résultats

6.1. Analyse critique des articles

6.1.1. L'éthique

Les articles de cette revue de la littérature ont été analysés à l'aide du Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS) (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013). Le tableau 13 présente les considérations éthiques relevées dans les articles.

Tableau 13 *Le respect de l'éthique dans les articles choisis*

Zhang et al. (2016)	Ethique
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Approuvée par le comité d'éthique de Xi'an Jiaotong University. ✗ Référence du comité d'éthique précisée. ✓ Anonymat et confidentialité garantis. ✓ Consentement éclairé. ✓ Informations sur l'étude données, par écrit aux participants. 	+/- Respectée
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Approuvée par le comité d'éthique de Research Grant of the University of Hong-Kong et de Queen Mary hospital. ✗ Référence du comité d'éthique précisée. ✓ Consentement éclairé. ✓ Informations sur l'étude données, manière non précisée. ✗ Anonymat et confidentialité garantis. 	+/- Respectée
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Approuvée par le North East-York Research Ethics Committee. ✓ Référence du comité d'éthique précisée. ✓ Consentement éclairé. ✓ Possibilité de quitter l'étude sans explication. ✓ Anonymat et confidentialité garantis. 	Respectée
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Approuvée par le comité d'éthique de l'Australian Catholic University. ✓ Référence du comité d'éthique précisée. ✓ Consentement éclairé. ✓ Informations sur l'étude données, via une page web. ✓ Anonymat et confidentialité garantis. 	Respectée
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Approuvée par le comité d'éthique de l'Australian Catholic University. ✓ Référence du comité d'éthique précisée. ✓ Consentement éclairé. ✓ Informations sur l'étude données, via une page web. ✓ Anonymat et confidentialité garantis. 	Respectée

A la lecture de cette revue de la littérature, il apparaît que de nombreux profils de pères ne sont pas représentés. Soit pour des raisons de critères d'inclusion, soit de limitation dans le

recrutement, tous les pères étudiés étaient en couple avec la mère de leur enfant (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2017; Zhang et al., 2016), avaient plus de 18 ans et parlaient la langue des chercheurs. Dans certaines études (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015), il est à noter une surreprésentation des pères travailleurs ayant fait des études et ayant un revenu moyen. Ces éléments permettent d'affirmer que les résultats de cette revue de la littérature ne concernent pas les pères de même-sexe, séparés, célibataires, adolescents ou allophones. Leur exclusion, même si elle peut se justifier d'un point de vue méthodologique, est regrettable d'un point de vue éthique car ces pères peuvent aussi être en position de vulnérabilité.

6.1.2. Méthodologie

Auteurs, publications et lieux

Les auteurs des articles sont des chercheurs en psychologie, des obstétriciens des infirmiers et des sages-femmes (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov, Giallo, Pilkington & Whelan, 2016, 2017; Zhang et al., 2016). La diversité des chercheurs suggère que la santé mentale des pères intéresse différents acteurs de la périnatalité et notamment les sages-femmes. Leur relative présence est une force en regard de la question de recherche portant sur le rôle sage-femme. Les journaux dans lesquels les articles ont paru affichaient en 2016 des impacts factors sur les cinq années précédentes allant de 2.129 à 3.374. Sans garantir la qualité des contenus publiés (Barbui, Cipriani, Malvini & Tansella, 2006), cette mesure est le reflet d'une relative reconnaissance de ces revues par la communauté scientifique. Canada, Chine, Australie et Grande-Bretagne, la diversité des origines des chercheurs est le reflet toute proportion gardée d'un intérêt croissant au niveau international pour la santé mentale des pères en périnatalité (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2016, 2017; Zhang et al., 2016). Cette diversité culturelle est intéressante mais peut s'avérer une limite pour l'applicabilité des résultats. Malgré le soin appliqué à l'argumentaire de leur problématique avec un référencement systématique de qualité, certains éléments manquent aux lecteurs afin de comprendre le contexte exact dans lequel s'inscrivent ces études (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2016, 2017; Zhang et al., 2016). Ce manque de contexte concerne notamment la durée du congé paternité (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017), les pratiques concernant la césarienne (Zhang et al., 2016) ou encore la prise en soin au post-partum dans ces pays (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2016, 2017; Zhang et al., 2016). La comparaison avec d'autres contextes doit se faire avec prudence.

Design

Cette revue de la littérature comporte des designs d'études variés pour répondre à la problématique. Un design quantitatif observationnel est choisi pour l'étude des facteurs prédictifs de la santé mentale des pères. Les deux articles en question (Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016) ont un design longitudinal afin de renforcer leurs résultats ce qui est un choix intéressant pour mettre en avant des facteurs prédictifs. Cependant, Zhang et al. (2016) n'utilisent pas d'analyse de régression multivariée ce qui leur permet d'obtenir des facteurs corrélés et non des facteurs prédictifs malgré les promesses du titre de leur article. Par ailleurs, pour explorer le vécu des pères et le vécu des sages-femmes sur la santé mentale des pères, un sujet relativement méconnu, choisir des études qualitatives est tout indiqué. Elles permettent la création d'hypothèses et une lecture en finesse d'un phénomène (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2016, 2017).

Procédure

Les chercheurs des études qualitatives font des entretiens semi-structurés en face-à-face ou par téléphone, en couple ou seul (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2016, 2017). L'usage du téléphone est justifié par les auteurs comme étant un outils de collecte acceptable en psychologie et également par les participants, des hommes très occupés (Rominov et al., 2016, 2017). Le fait que les données ne sont pas collectées de façon systématique dans les études (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017) peut être considéré comme un biais méthodologique. C'est d'ailleurs une critique à apporter également aux études quantitatives (Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016). Si le protocole est identique pour tous les participants, en revanche, aux différentes périodes, les chercheurs choisissent différentes méthodes de collectes, sur place, sur papier ou par téléphone. De plus, si certaines études font le choix explicite d'exclure les mères de la collecte données (Darwin et al., 2017; Zhang et al., 2016), d'autres laissent les pères libres d'inclure leur partenaire ou de remplir le questionnaire en sa présence (Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2017). Il est difficile de mesurer l'impact de tels choix.

Echantillonnage

Toutes les études de cette revue de littérature présentent des limites dans la sélection de leurs échantillons. En effet, dans l'étude de Rominov et al. (2016) malgré une variété importante, en genre, âges, expériences et domaines d'activités, des sages-femmes interviewées, le recrutement se base sur le volontariat. Il est donc impossible de connaître le nombre et les caractéristiques des sages-femmes éligibles au départ. De plus, les sages-

femmes ayant déjà un intérêt pour la question peuvent être surreprésentées. Ngai et Ngu (2015) ont recours à un échantillon de convenance recruté dans un lieu unique, un procédé qui induit un important biais de sélection. Zhang et al. (2016) choisissent de prendre au hasard plusieurs maternités dans une ville représentative de la région Nord-Ouest de la Chine ce qui ne permet pas la généralisation des résultats à d'autres régions mais offre un échantillon plus représentatif. Rominov et al. (2017) procèdent à un recrutement de convenance par boule de neige via le bouche à oreille et une publicité sur internet. L'homogénéité de leur échantillon en fait une force malgré un recrutement n'excluant pas de biais de sélection. Et enfin, Darwin et al. (2017) recrutent les participants via une cohorte et l'échantillon semble répondre aux critères d'homogénéité. Cependant, les participants sont contactés via l'adresse de leur partenaire excluant ainsi tous les pères séparés. Il est à noter que les échantillons des études quantitatives sont suffisamment grands pour obtenir des résultats statistiquement significatifs mais gagneraient à être plus vastes (Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016). Ces études affichent des taux de réponses élevés, mais ne donnent aucune information sur les pères qui sont sortis de l'étude ni sur la nature du petit cadeau incitatif offert aux participants (Ngai & Ngu, 2015). Enfin, les caractéristiques sociodémographiques des pères ne sont pas comparées avec la population du pays ce qui ne permet pas d'appréhender la représentativité des échantillons (Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016). Par ailleurs, la diversité des périodes analysées est une richesse dans la mesure où elle révèle que les réalités peuvent être différentes selon les époques mais elle limite également la comparaison directe des résultats.

Toutes ces limitations invitent le lecteur à prendre les résultats de ces études avec une grande prudence et à ne pas les généraliser.

Outils de mesure

De façon générale, toutes les études de cette revue de la littérature peuvent pâtir d'un biais de désirabilité sociale. Pour l'étude centrée sur les sages-femmes (Rominov et al., 2016), il est possible que les sages-femmes adaptent leurs réponses plus favorablement vers l'inclusion des pères. De plus, faute d'outils disponibles, l'approche utilisée dans cette étude n'a pas été validée dans la littérature scientifique mais par consensus de l'équipe de recherche, ce qui constitue une grande limite. Parmi les articles choisis, seuls trois utilisent des échelles de mesure (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016). Ces échelles remplies par les personnes elles-mêmes, bien que validées, ne sont pas des outils diagnostics et n'informent que d'un surrisque de DPN.

Tableau 14 : Présentation des échelles utilisées dans la revue de littérature

Échelle	Fonction	Validée	Cut-off	
PSOC-S (Parenting Sense of Competence Scale)	17 items - Mesure le sentiment de compétence parentale soit le sentiment d'auto-efficacité parentale et la satisfaction dans le rôle de parent	✓	inconnu	
KMSS (The Kansas Marital Satisfaction Scale)	3 items - Mesure la satisfaction dans le couple	✓	inconnu	
FSOC-S (Family Sense of Coherence Scale Short Form)	Version raccourcie du FSO - 12 items- Mesure le sens de cohérence familial	✓	inconnu	
SRRS (Social Readjustment Rating Scale)	Détermine le taux de stress que peuvent engendrer 43 événements majeurs de la vie	✓	inconnu	
MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey)	20 items - Évalue le réseau de soutien basé sur l'interaction sociale	✓	inconnu	
MOS-FMFM (Medical Outcomes Study Family and Marital Functioning)	10 items - Évalue la satisfaction de la vie familiale et maritale	✓	inconnu	
EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	10 items - Mesure le risque de DPN	✓	10	
GHQ-12 (General Health Questionnaire)	12 items sur 4 domaines : la dépression, l'anxiété, le retentissement social et les plaintes somatiques	✓	4-5	
MHWB (Mental Health and Wellbeing) : Dépister un problème de santé mentale	PHQ-8	9 items - Dépiste la dépression	✓	8-11
	GAD-7	7 items - Dépiste l'anxiété	✓	7-10
	PHQ-15	15 items - Dépiste les symptômes somatiques	✓	5-10-15
	LTE	12 items - Dépiste les événements stressants survenus sur une période spécifique	✓	∅
<i>Note.</i> Les échelles ont toutes fait l'objet d'études pour tester leur validité. Sources : Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016.				

Lorsque les études se déroulent dans des pays de cultures différentes, les échelles sont adaptées et validées à la population du pays (Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016). Cependant, le *cut-off* choisi n'est pas toujours indiqué ou justifié (Ngai & Ngu, 2015; Zhang et al., 2016).

Analyse des données qualitatives

L'analyse des données qualitatives des articles est détaillée et présente des différences en termes de rigueur. Si toutes utilisent l'analyse thématique de Braun et Clarke (2006), la manière de faire émerger les thèmes de l'étude diffère. Darwin et al. (2017) proposent à trois chercheurs de dégager des thèmes indépendamment, de confronter leurs résultats en groupe avec l'aide d'un autre chercheur et de faire une relecture méticuleuse à la recherche de preuves. Les autres études qualitatives proposent à deux chercheurs de rechercher des

thèmes indépendamment et de discuter entre eux (Rominov et al., 2016) ou avec toute l'équipe de recherche (Rominov et al., 2017) jusqu'au consensus. Il est à noter que les analyses indépendantes et la présence de débats augmentent la qualité des études qualitatives.

Analyse des statistiques

Pour l'analyse des données quantitatives des études, les auteurs ont choisi des techniques de corrélation de Pearson (Ngai & Ngu, 2015) et de Spearman (Zhang et al., 2016), des outils intéressants qui notent le sens d'une relation entre des variables et en précisent l'importance. Cependant l'usage d'une analyse de régression multivariée donne plus de pertinence aux résultats en tentant de retirer les facteurs de confusion, ce qui a été fait par Ngai et Ngu (2015) mais pas par Zhang et al. (2016). En revanche, l'étude de Ngai & Ngu (2015) est à prendre avec précaution lorsqu'elle décrit les prédicteurs de la DPN paternelle car malgré le design longitudinal, les auteurs ne justifient pas l'emploi de critères tels que ceux de Bradford-Hill (1965) afin d'établir une relation de causalité.

6.2. Analyse transversale des résultats par hypothèses

6.2.1 Hypothèse 1 : Les pères ont des besoins afin d'assurer leur sécurité psychique durant la période périnatale et il existe des facteurs protecteurs de la dépression périnatale paternelle.

Quatre articles de cette revue de littérature s'intéressent plus particulièrement aux besoins des pères dans la période périnatale et aux facteurs protecteurs de la DPN paternelle (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2017; Zhang et al., 2016).

Les besoins en prénatal

Selon Rominov et al. (2017), les pères ont besoin de soutien dès l'annonce de la grossesse. Ils mettent en avant que ce moment est à la fois excitant et très stressant, notamment en raison de l'incertitude du premier trimestre. Certains évoquent l'idée que le côté « secret » du début de grossesse peut être un obstacle à ce soutien. D'autres disent avoir eu réellement besoin de soutien lors de difficultés de santé pendant la grossesse, nommant par exemple une hyperémèse gravidique vécue comme « brutale » par un père (Rominov et al., 2017). Durant la grossesse, les pères souhaitent avoir des ressources pour aider leur partenaire (Rominov et al., 2017). Ils sont moins réceptifs aux informations concernant le post-partum comme les soins au bébé. En revanche, certains sont preneurs d'informations sur les problèmes pouvant survenir durant la naissance et pour le bébé après la naissance

(Rominov et al., 2017). Selon Ngai et Ngu (2015), il y a une corrélation entre des symptômes dépressifs anténataux et des symptômes dépressifs à 6 mois post-partum chez les pères donnant de l'importance à cette période prénatale ($r=.36$, $p<.01$). En revanche cette même étude ne met pas en évidence de lien entre un stress prénatal et les symptômes dépressifs à 6 mois post-partum.

Les besoins à la naissance

Le besoin de soutien émotionnel lors de l'accouchement ressort tout particulièrement des études de Darwin et al. (2017) et Rominov et al. (2017). La naissance est la principale source de stress durant la grossesse et ce surtout pour les pères qui ont expérimenté une première naissance difficile (Darwin et al., 2017) Certains pères soulignent le besoin de soutien et de ressources supplémentaires pour leur bien-être émotionnel comme ce père affirmant que la naissance a été probablement le moment le plus stressant de sa vie, décrivant une expérience horrible (Rominov et al., 2017). Selon Zhang et al. (2016), il semble que les scores de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS] des pères sont plus élevés suite à une naissance par césarienne à 3 jours, 2 et 6 semaines de vie sans que les raisons ni les pratiques concernant la césarienne ne soit détaillées ($X^2= 12.416$, $p<.001$ à 3 jours, $X^2= 3.907$, $p=.048$ à 2 semaines, $X^2 = 4.748$, $p=.029$ à 6 semaines).

Les besoins au post-partum

La majorité des pères évoque un stress bien plus important lors de la période postnatale, avec de nombreuses problématiques. Cependant, ils notent que la plupart des ressources des services de périnatalité sont focalisées sur le prénatal et la naissance (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017).

Les rythmes et la relation au bébé

Les pères interrogés expliquent le stress ressenti par la nécessité de s'ajuster au nouveau rôle de parent, la santé de l'enfant, son sommeil, l'alimentation ou encore les pleurs (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Ces résultats peuvent être mis en lien avec l'étude de Zhang et al. (2017) qui note une corrélation entre de faibles connaissances des soins du nouveau-né et un score élevé à l'EPDS ($X^2 = 15.567$, $p<.001$ à 3 jours, $X^2 = 7.540$, $p=.023$ à 2 semaines, $X^2 = 7.972$, $p=.019$ à 6 semaines). Pour ce qui est de l'alimentation, certains pères se montrent très animés au sujet de la pression des professionnels à promouvoir l'allaitement maternel (Rominov et al. 2017). Même s'ils reconnaissent les bienfaits de l'allaitement, ils déplorent, en cas de difficulté, un manque de soutien et d'informations sur les alternatives possibles et la façon de soutenir leur partenaire (Rominov et al. 2017). Le

processus d'attachement est évoqué par un père interrogé par Rominov et al. (2017). Il lui a fallu plusieurs mois pour s'adapter à la présence de son bébé et se sentir émotionnellement connecté à lui. Il évoque un sentiment de honte et la pression de « tomber amoureux » de son enfant immédiatement (Rominov et al., 2017). Comme en écho, Darwin et al. (2017) relèvent que l'adaptation à la paternité est facilitée par les capacités de l'enfant à interagir positivement avec son père et celles-ci augmentent au fur et à mesure. Enfin, la question du sommeil apparaît dans plusieurs études. Des pères de l'étude de Rominov et al. (2017) ont le sentiment de ne pas avoir reçu une information adéquate de la part des services de santé concernant notamment l'impact du manque de sommeil et la fatigue sur le bien-être physique et émotionnel. Selon Darwin et al. (2017), les pères ne se sentent pas préparés même s'ils ont eu accès à l'information. Les soulignent l'importance d'avoir des attentes réalistes après avoir pris conscience que leur stress venait d'attentes irréalistes. Certains pères ne disent pas savoir si certains de leurs comportements sont à attribuer à un stress mental ou à la fatigue. Parmi ces signes figurent l'irritabilité, les difficultés de concentration au travail, les maux de tête (Darwin et al., 2017). De leur côté, Zhang et al. (2016) notent que les pères qui dorment moins de 6h par nuit ont plus de risque de DPN ($X^2 = 4.772$, $p=.029$ à 3 jours, $X^2 = 6.725$, $p=.010$ à 2 semaines, $X^2 = 9.992$, $p=.020$ à 6 semaines). Par ailleurs, des pères décrivent plus de difficultés avec l'arrivée du deuxième enfant (Rominov et al., 2017).

Les conflits de rôles entre le travail et la maison

Certains pères expliquent leurs difficultés en raison d'un conflit entre les priorités au travail et à la maison (Darwin et al., 2017). Ils expriment un sentiment de culpabilité de ne pas pouvoir être un soutien pour leur partenaire. Ce sentiment semble partagé par les pères interrogés par Rominov et al. (2017) qui se sentent frustrés par le manque de flexibilité au travail et le manque de reconnaissance de leur rôle de coparent. Selon l'un d'eux, il est mal vu pour un père de rentrer s'occuper de ses enfants malades. Illustrant le conflit travail-maison, la plupart des pères interrogés expriment d'un besoin de congé paternité plus long (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Dans le même registre, certains hommes évoquent une forte pression financière depuis qu'ils sont devenus pères (Darwin et al., 2017). Un résultat qui n'est pas entièrement soutenu par l'étude de Zhang et al. (2016) qui n'a pas mis en évidence d'association significative entre la DPN paternelle et le revenu mais en démontre une à 2 semaines et à 6 semaines post-partum si les pères sont sans emploi ($X^2 = 5.214$, $p=.022$ à 6 semaines) ou s'ils ont un faible niveau d'instruction ($X^2 = 12.917$, $p=.002$ à 2 semaines). Selon Darwin et al. (2017) et Rominov et al. (2017), les conflits de rôle s'étendent aussi aux

changements dans la vie sociale, la perte de la vie d'avant et des activités liées à la relaxation.

Gérer les changements dans la relation de couple

La relation de couple, le bien-être de la partenaire et la famille semblent être des éléments importants pour le bien-être des pères (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2017; Zhang et al., 2016). Selon Zhang et al. (2016) plus le score d'EPDS est faible chez les mères, plus il est faible chez les pères à 3 jours ($r = 0.27, p < .01$), 2 semaines ($r = 0.18, p < .05$) et 6 semaines postpartum ($r = 0.17, p < .05$ / $r = 0.26, p < .05$), et il en est de même pour la satisfaction conjugale ($r = -0.17, p < .05$ à 3 jours, $r = -0.47, p < .01$ à 2 semaines, $r = -0.49, p < .01$ à 6 semaines). Par ailleurs, il ressort des études de Darwin et al. (2017) et Rominov et al. (2017) que les changements dans la vie conjugale sont une préoccupation majeure pour les pères en couple. Selon Darwin et al. (2017) les pères expriment, de façon indirecte, la sensation d'avoir perdu une part du soutien émotionnel apporté par leur partenaire. Ce sentiment se retrouve dans l'étude de Rominov et al. (2017) où un père dit qu'il aurait été bon d'être au courant que soudainement le bébé allait accaparer l'attention de sa partenaire et qu'il ne l'avait plus pour lui seul. Par ailleurs, les pères affirment avoir besoin de soutien pour venir en aide à leur partenaire (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017) dans son changement de rôle, d'identité et ses changements d'humeurs (Darwin et al., 2017). Certains hommes se disent perdus face à leur partenaire, ne comprenant pas ce qu'elle ressent émotionnellement, pouvant devenir un peu cassant ou prendre leur distance en restant au travail (Darwin et al., 2017). Les sages-femmes interrogées par Rominov et al. (2017) confirment l'importance des pères pour le soutien à la mère. Selon Darwin et al. (2017), les pères puisent dans des stratégies de *coping* de type résolution de problèmes sans avoir toujours de bons résultats. Ils adoptent une approche pratique pour gérer le stress via la distraction, le déni ou la libération des tensions physiques grâce au sport ou au travail (Rominov et al., 2017). Les pères de Rominov et al. (2017) notent l'importance de développer des compétences en communication, expression des émotions et des besoins, gestion des conflits et organisation du temps. Plusieurs hommes soulignent qu'il faut du temps pour soi pour préserver l'unité familiale et le couple (Darwin et al., 2017). Cela donne une légitimité aux besoins des pères, tout comme l'idée que s'aider soi-même est un moyen d'aider son bébé (Rominov et al., 2017). Une idée dont les auteurs font le titre de leur article. Dans une idée similaire, pour Ngai et Ngu (2015), un sentiment de cohérence familiale élevé ($\beta = .30, p < .01$), un changement dans le sentiment de cohérence familiale ($\beta = .38, p < .01$) et

une partenaire sans surrisque de DPN ($\beta=.22$, $p<.01$), sont des facteurs protecteurs de la DPN paternelle à 6 mois post-partum. Si la cohérence familiale semble importante, il est intéressant d'ajouter que le soutien social n'a pas été identifié par Ngai et Ngu (2015) comme un prédicteur de la DPN pour les pères alors qu'il l'a été pour les mères.

Le « bon père » ou le sentiment d'auto-efficacité parentale

Selon Zhang et al. (2016), plus la satisfaction parentale et le sentiment d'auto-efficacité parentale sont élevés chez les pères, plus leur risque de DPN est faible ($r = -0.47$, $p<.01$ à 3 jours postpartum, $r = -0.44$, $p<.01$ à 2 semaines postpartum, $r = -0.47$, $p<.01$ à 6 semaines postpartum). En effet, la paternité peut être vue comme une force pour gérer les stress extérieurs comme l'exemple de ce père dont le jeu avec son enfant lui permet de faire une pause (Darwin et al., 2017). Tout en gardant en tête les limites de cette revue de littérature et la difficulté de comparer les contextes de ces études, ces résultats pourraient être mis en lien avec une certaine volonté de reconnaissance du rôle de coparent exprimé par les pères des études de Darwin et al. (2017) et Rominov et al. (2017). Les sages-femmes de l'étude de Rominov et al. (2016) affirment également qu'il faut valoriser ce rôle de coparent sans jugement et inclure les pères dans les démonstrations de puériculture. D'ailleurs, les pères interrogés par Darwin et al. (2017) recommandent à ceux qui se sentent rejetés du duo mère-enfant, de faire des activités père-enfant. Des pères expriment qu'il y a une idée sous-jacente que les mères savent mieux dans la société (Rominov et al., 2017). Une idée qui se retrouve dans les propos des sages-femmes interrogées par Rominov et al. (2016).

A la lumière de ces témoignages, même si la paternité peut être une force, il semble que les pères ont besoin de s'adapter aux différents stades de la périnatalité et la question est de savoir si les services de santé les aident en ce sens.

6.2.2 Hypothèse 2 : Les services de périnatalité ne sont pas perçus comme un soutien suffisant pour les pères.

Sentiment d'exclusion

Les pères expriment des besoins pendant la période périnatale, cependant leurs contacts avec les professionnels de la santé sont peu fréquents (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Un sentiment de marginalisation émerge de l'étude de Rominov et al. (2017) avec un manque de soutien spécifique aux pères et peu de reconnaissance de leur rôle de coparent. Selon un père, les professionnels sont imprégnés du stéréotype social que le père n'est pas le principal *caregiver* de l'enfant. Ce sentiment d'exclusion semblait partagé par la plupart des pères interrogés par Darwin et al. (2017) même si certains relatent des expériences

positives (ex : petit déjeuner proposé au papa). Les pères de Darwin et al. (2017) se disent peu au clair sur leur rôle en présence des professionnels lors de la naissance avec la sensation d'être la « cinquième roue du carrosse ». Dans l'étude de Rominov et al. (2016), une sage-femme reconnaît que quand la situation devient difficile, la santé mentale des pères est souvent négligée par les sages-femmes.

Des ressources non ciblées

Il ressort que les pères pensent que les ressources du système de santé sont uniquement allouées aux mères et aux enfants. Et les ressources parlant de la santé mentale s'adressent à un public féminin (Rominov et al., 2017). Une sage-femme interrogée par Rominov et al. (2016) fait également le constat que les cours prénataux ne répondent pas à la plupart des préoccupations des pères.

Questionnement sur la légitimité du bien-être paternel

Selon Darwin et al. (2017) les pères parlent plus de stress que de santé mentale. Ils ont une tendance à minimiser leurs propres difficultés face aux challenges vécus par leur partenaire. Certains pères évoquent ouvertement la DPN pour leur partenaire mais aucun pour eux-mêmes, malgré la présence de deux hommes affirmant être actuellement en dépression et sous traitement antidépresseur (Darwin et al., 2017). Darwin et al. (2017) notent que les pères ont en revanche plus de facilité à se sentir légitime dans leur stress lorsqu'ils mettent en avant leur rôle de soutien à leur partenaire. La majorité des pères interrogés par Darwin et al. (2017) semblent ressentir un conflit entre l'envie que leur bien-être soit pris en considération par les soignants et la crainte de détourner des ressources de la mère et du bébé dans un système de soin perçu comme sous financé. La peur d'enlever le focus de la mère semble partagée par les quelques partenaires présentes (Rominov et al., 2017). Pour les sages-femmes, le manque de temps et d'argent dans le secteur public avec des entretiens trop courts empêchent l'inclusion des pères (Rominov et al., 2016).

Stigmatisation

Parmi les barrières à l'accès au soutien, certains notent l'idée de la stigmatisation affirmant que d'aller chercher de l'aide est un signe de faiblesse. Par exemple, un père évoque la difficulté de s'ouvrir sur sa santé mentale en cours de préparation à la naissance dans une petite ville où tout le monde se connaît (Rominov et al. 2017). Darwin et al. (2017) évoquent les attentes de la masculinité, avec pour exemple un père disant qu'il aurait « peur du ridicule » et un autre qui ne se sentirait pas capable de dire s'il était déprimé car il correspond à « l'image stéréotypée de l'homme » (Darwin et al., 2017).

Des barrières culturelles et linguistiques

Des sages-femmes pointent du doigt des difficultés d'ordre culturelles et linguistiques pour inclure les pères dans les services de périnatalité. En effet, selon elles, les professionnels doivent être au courant de certaines coutumes et croyances afin d'être adéquates. Et la barrière linguistique peut constituer un frein important dans la compréhension de ces coutumes et croyances (Rominov et al., 2016).

La rigidité des horaires des services de périnatalité

Dans l'étude de Rominov et al. (2017), le travail semble être une barrière importante à l'accès au soutien. C'est également une limite notée par les sages-femmes (Rominov et al., 2016) qui déplorent des heures de rendez-vous peu flexibles et pendant les heures de travail.

La plupart des données récoltées ne placent pas les services de périnatalité comme un soutien à leur santé mentale (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2016, 2017). La question est alors de savoir si les professionnels de la périnatalité dont les sages-femmes sont une ressource pour assurer ce soutien.

6.2.3 Hypothèse 3 : Les sages-femmes peuvent être une ressource pour promouvoir la santé mentale des pères.

Malgré un système de santé périnatale perçu comme peu dédié aux pères, leurs expériences d'inclusion semblent avoir été bien vécues par certains (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Il est donc possible de se demander si les professionnels de la périnatalité sont de bonnes ressources pour les pères, notamment les sages-femmes.

Soutien physique plus qu'émotionnel

L'étude de Rominov et al. (2016) est la seule à donner la parole aux sages-femmes. Il s'avère que toutes les sages-femmes interrogées considèrent qu'inclure activement les pères fait partie de leur rôle dont 77,9% pour une *large part*. Si la majorité d'entre elles pensent avoir des connaissances et des compétences pour inclure les pères de *bonnes à excellentes*, elles parlent plus souvent des compétences parentales que du bien-être émotionnel ou de la relation de couple. Les sages-femmes se disent *extrêmement* (10,64%), *très* (29,79%), *assez* (40,43%), *un peu* (11,70%), *pas du tout* (7,45)% confiantes pour aborder le bien-être émotionnel avec les pères. Cette analyse des compétences semble partagée par les pères interrogés qui perçoivent les sages-femmes comme un soutien physique plutôt qu'émotionnel (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Certains pères se demandent si les hommes répondraient de façon honnête à propos de leur santé mentale

face à un professionnel de la périnatalité (Darwin et al., 2017). Les deux pères qui présentent une dépression se sont tournés vers leur médecin généraliste pour se faire prescrire des antidépresseurs et non vers les services de périnatalité (Darwin et al., 2017).

Préférence du soutien informel

Si une minorité de pères affirme s'aider eux-mêmes et ne pas avoir besoin de soutien émotionnel (Darwin et al., 2017), il ressort très clairement qu'en cas de besoin, ils se tournent de préférence vers leur soutien informel préexistant à savoir la partenaire, la famille, les amis ou les collègues (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Selon Darwin et al. (2017), les difficultés rencontrées dans le postpartum sont augmentées lorsque les familles sont géographiquement distantes. Le soutien familial vient plus des mères ou belles-mères que des pères. Les hommes interrogés reconnaissent un changement dans l'implication des pères entre les générations (Darwin et al., 2017). Dans l'étude de Rominov et al. (2017), les pères trouvent un soutien auprès de leurs amis qui ont aussi des enfants. Les proches étaient des facilitateurs d'accès au soutien et aux ressources. Les pères expriment de la gratitude pour ce soutien émotionnel et pratique (Rominov et al., 2017). En revanche les proches peuvent devenir une difficulté comme dans l'exemple de ce père qui a eu beaucoup de peine à prendre sa place de père face à sa belle-mère (Rominov et al., 2017).

La partenaire est le principal soutien des pères (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Malgré les challenges et les difficultés rencontrées dans le couple, les pères interrogés par Darwin et al. (2017) continuent de considérer leur partenaire comme leur premier soutien, et non les amis ou les autres membres de la famille. Dans l'étude de Rominov et al. (2017), c'est souvent la partenaire qui s'informe et qui devient vecteur de l'information. C'est souvent elle aussi qui prend les initiatives de faire appel aux services de périnatalité. Certaines sages-femmes notent la difficulté d'inclure le père et de lui apporter du soutien s'il est absent, que la communication est hostile dans le couple ou qu'il domine la relation (Rominov et al., 2016). Certaines affirment que la réceptivité aux services de périnatalité peut être une barrière importante, en donnant des exemples comme l'impossibilité d'accrocher le regard d'un père, des pères qui parlent peu ou dont elles ressentent qu'ils n'ont pas envie d'être là. Il ne faut pas forcer des pratiques qui peuvent aller à l'encontre de leurs coutumes ou de leurs croyances (Rominov et al., 2016). Les barrières linguistiques sont également une limite qui demandent une implication plus importante aux professionnels (Rominov et al., 2016). Par ailleurs, certains pères affirment préférer que l'information vienne d'autres pères plutôt

que de professionnels, et une minorité ne souhaitent pas que les professionnels de la périnatalité s'enquière de leur bien-être émotionnel (Darwin et al., 2016).

Expérience d'inclusion dans le système de santé périnatale

Certains pères relatent des expériences positives d'inclusion dans les services de périnatalité. Par exemple, des professionnels se sont souciés d'un père, lui laissant soulever des problématiques lors d'un rendez-vous plutôt que de diriger l'entretien (Rominov et al., 2017). Les sages-femmes affirment qu'offrir une nuit au père ou permettre la prise de rendez-vous en dehors des horaires de bureau sont de bons moyens de les inclure (Rominov et al., 2016). Les sages-femmes usent de leurs compétences interpersonnelles pour inclure les pères, comme le fait de s'adresser à eux directement, de prendre des informations sur eux, les inviter aux rendez-vous, leur donner le contact de la sage-femme en cas d'absence, s'enquérir d'eux, même en cas d'absence, valoriser leur rôle de soutien (Rominov et al., 2016). Une sage-femme dit décrire leur rôle comme « essentiel ». Pendant la naissance, les sages-femmes proposent des actions aux pères pour les aider à se connecter à leur rôle. Aller chercher une serviette froide, de l'eau, du thé, mettre de la musique, frotter le dos de leur partenaire, lui tenir la main etc. font partie des exemples (Rominov et al., 2016). Des actions pratiques qui contrastent avec les propos des pères qui soulignent le besoin de davantage de soutien émotionnel durant l'accouchement (Rominov et al., 2017). Pour les sages-femmes, l'inclusion des pères est facilitée par un accompagnement global, car il permet d'instaurer une relation de confiance.

Formation des sages-femmes

Dans l'étude de Rominov et al. (2016), la majorité des sages-femmes dit ne pas avoir reçu de formation formelle sur le travail avec les pères (83%) et toutes affirment qu'il est important de recevoir plus de formation sur l'inclusion des pères, leur santé mentale, et les compétences parentales (Rominov et al., 2016). Les entretiens semi structurés permettent aux sages-femmes d'expliquer que la philosophie de soin des écoles de sages-femmes et le manque de formation spécifique sur les pères sont des barrières importantes à l'inclusion des pères.

Toutes ces données laissent à penser que les sages-femmes, si elles peuvent être une ressource disponible, manquent de formation et sont plus perçues comme un soutien physique plus que psychique. Garanties de la physiologie, les sages-femmes seraient intéressées à connaître les facteurs protecteurs de la santé mentale des pères, les attitudes

ou les interventions possibles afin de leur apporter un soutien émotionnel (Rominov et al., 2016).

6.2.4 Hypothèse 4 : Certaines attitudes ou interventions peuvent aider les pères dans la période périnatale.

Après avoir pointé les besoins exprimés par les pères et mis en lumière les difficultés des services de périnatalité à les combler, cette partie se concentre les attitudes possibles et les outils imaginables pour préserver le bien-être émotionnel des pères. Une perspective de salutogénèse serait appréciée par les pères qui préféreraient se concentrer sur ce qui fonctionne avec une idée de favoriser la résilience (Darwin et al. 2017).

Les cours de PANP, groupes de pères et congé paternité

Les sages-femmes interrogées proposent d'inclure des informations ciblées pour les pères dans les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (Rominov et al., 2016). Cette intégration dans les cours pourrait les aider à se sentir impliqués et à mieux assimiler les informations. Un père imagine même un cours prénatal donné par un autre père (Rominov et al. 2017). L'idée d'offrir des groupes de pères est évoquée dans plusieurs des articles analysés (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). Les pères se montrent ambivalents sur cette idée. Certains imaginent pouvoir combler leur besoin de validation dans ce genre de groupes avec la possibilité de raconter leurs « histoires de guerres », mais ils ne pensent pas pouvoir y aborder leur besoin de soutien émotionnel. D'autres voient les groupes de pères comme forcés (Darwin et al., 2017). En rapport au congé paternité, les pères estiment qu'un congé paternité trop court limite leur capacité à s'engager dans leur rôle parental. Il n'est en revanche pas fait mention de la durée idéale de congé (Darwin et al. 2017; Rominov et al. 2017).

Une information fiable, sur le tas

La majorité des pères de Rominov et al. (2017) mettent en évidence que de vivre à l'ère de la société de l'information présente à la fois des opportunités et des difficultés. Les messages contradictoires sur la grossesse, la naissance ou le rôle parental peuvent être accablants. Ils expriment un besoin de soutien pour déterminer quelles informations sont fiables. En revanche, ils préfèrent s'informer sur le tas face aux problématiques plutôt que de se préparer activement avant la naissance. De plus, ils ont une tendance à n'aller chercher l'information que quand ils font face à un problème important.

Les supports écrits

Déplorant que la plupart des écrits ciblent un public féminin (Darwin et al., 2017), de nombreux pères soulignent l'importance d'avoir des contenus spécifiquement dédiés aux pères (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). D'autres préfèrent accéder à des contenus dédiés aux parents sans idée de genre et sans le langage stéréotypé de la masculinité (Darwin et al., 2017). Une multitude de supports sont acceptables pour les pères : explications visuelles, écrites, en ligne, sur papier, campagnes d'information (Rominov et al., 2017). Un point intéressant est à relever dans plusieurs articles (Rominov et al., 2016, 2017). Il est fait mention par les sages-femmes qu'une voie d'approche des pères est de s'enquérir de leurs stratégies d'apprentissage afin de répondre au mieux à leurs besoins (Rominov et al., 2016).

Malgré de nombreuses limites méthodologiques et géographiques empêchant l'application directe des résultats, la lecture de ces articles apporte une quantité d'informations intéressantes sur le bien-être émotionnel des pères durant la période périnatale. Étonnement, le dépistage de la DPN paternelle n'est pas évoqué dans ces articles. La prochaine partie de ce travail est dédiée à la comparaison de ces résultats avec le reste de la littérature existante et le cadre de référence afin de juger de leur pertinence.

7. Discussion

Afin de mettre en perspective les principaux résultats de cette revue de la littérature, cette partie est consacrée à leur confrontation avec d'autres études sur le sujet.

7.1 Les besoins des pères et les facteurs protecteurs de la dépression périnatale

Besoins à la naissance, au post-partum et les conflits de rôle

Comme vu dans le cadre de référence et en accord avec le reste de la littérature, la paternité peut être vue comme une force mais demande des adaptations (Darwin et al., 2017). Un besoin de soutien émotionnel accru durant la naissance se retrouve dans la littérature. Une étude suisse affirme qu'un mauvais vécu de l'accouchement est un facteur de risque de la DPN chez les mères et les pères (Gürber, Baumeler, Grob, Surbek & Stadlmayr, 2017). Les rares études qui se focalisent sur le vécu de l'accouchement des pères ont pu faire émerger une anxiété avec une impression d'être impuissants, inutiles, vulnérables et non préparés (Genesoni & Tallandini, 2009). Le besoin de connaissances sur les rythmes du bébé se retrouve également dans d'autres études (Fletcher, 2009). Dans une revue de la littérature

étudiant la transition vers la parentalité, certains pères disent manquer de compétences et d'expérience, se sentent impuissants et inadéquats pour faire face aux demandes de leur enfant, notamment s'il est allaité (Goodman, 2005). Le lien entre le sommeil et la DPN est confirmé par Saxbe et al. (2016). Cependant, il est difficile d'en tirer des conclusions dans la mesure où les problématiques de sommeil font partie du tableau clinique de la DPN. Par ailleurs, jongler entre les exigences concurrentes du travail et de la famille est parfois un obstacle au bien-être des pères (Edhborg et al., 2016). L'absence de congé paternité serait d'ailleurs un facteur de risque de DPN selon Philpott et Corcoran (2018). Goodman (2005) affirme que la satisfaction paternelle dépend notamment de la réussite professionnelle et des activités sociales ce qui pousse les pères à ne pas changer leurs habitudes après la naissance par crainte d'un déclin de leur statut social réduisant ainsi leur implication pratique dans le foyer. Avoir un emploi moins prestigieux que celui de sa partenaire est même un facteur de risque de la DPN pour les pères selon Giallo et al. (2013). Si aucun lien n'a été mis en évidence entre le revenu et la DPN par Zhang et al. (2016), de nombreuses autres études identifient une corrélation (Bergström, 2013; Nath et al., 2015; Nishimura & Ohashi, 2010; Philpott & Corcoran, 2018; Underwood et al., 2017).

Le couple

D'après cette revue de la littérature, la vie de couple est l'une des préoccupations la plus importante durant la période périnatale (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2016, 2017; Zhang et al., 2016). Ce lien entre la qualité de la relation de couple et la DPN paternelle semble faire l'unanimité (Edhborg et al., 2016; Nath et al., 2016; Wynter, Rowe & Fisher, 2014). Anding et al. (2016), ont d'ailleurs mis en évidence que la qualité de la relation de couple est un facteur protecteur de la DPN pour les pères et non pour les mères. Un résultat qui valide l'idée que pour les hommes, la partenaire constitue le principal soutien (Escribà-Agüir & Artazcoz, 2011). Par ailleurs, une revue systématique de la littérature s'intéressant à la manière dont les partenaires s'entraident rapporte que la proximité émotionnelle et le soutien général les protègent de la DPN et de l'anxiété. Le conflit, la communication, la satisfaction dans la relation de couple, le soutien émotionnel et matériel protègent également de la DPN (Pilkington et al., 2015). Par ailleurs, selon Hanington, Heron, Stein et Ramchandani (2012), le conflit dans le couple est un facteur de risque, qui est également en partie le médiateur des conséquences négatives de la DPN sur les enfants et plus sur les garçons que sur les filles (Nath, Russell, Kuyken, Psychogiou & Ford, 2016). Autre idée allant dans ce sens, Underwood et al. (2017) mettent en évidence qu'être séparé

de la mère de l'enfant 9 mois après la naissance augmente de plus de six fois le risque d'être atteint de DPN pour les pères (OR 6.36 95% CI 2.28-17.78). Tout comme pour la qualité de la relation de couple, les études publiées sont unanimes sur la corrélation entre la DPN maternelle et paternelle après la naissance de l'enfant (Da Costa et al., 2015; Paulson & Bazemore, 2010). Fort de ces constats de nombreux chercheurs souhaitent des interventions visant les couples et les familles. Cependant, selon une revue de la littérature, les quelques interventions visant les couples n'ont pas démontré d'efficacité (Pilkington et al., 2015). Il est tout de même à noter qu'il est difficile de tirer des conclusions quant à la nature des liens entre la DPN et les conflits tant les symptômes de celle-ci peuvent avoir un impact sur la vie du couple notamment l'irritabilité et les comportements à risque. Selon cette revue de la littérature, un sentiment de cohérence familiale élevé et le bien-être psychique de la partenaire sont des facteurs protecteurs de la DPN (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2017; Zhang et al., 2016). A notre connaissance, il n'existe pas d'autre étude analysant le sentiment de cohérence familiale dans le domaine de la DPN paternelle. Mais une étude suédoise fait un lien similaire entre le sentiment de cohérence [SOC] des pères et la DPN paternelle (Kerstis, Engström, Edlund & Aarts, 2013). Par ailleurs, le soutien social est corrélés ou non à la DPN paternelle selon les études (Kerstis et al., 2013; Philpott & Corcoran, 2018; Underwood et al., 2017).

Être un « bon père »

Selon cette revue de la littérature, la reconnaissance du rôle de coparent, le sentiment d'auto-efficacité parentale et de satisfaction dans son rôle de père ou encore le bien-être psychique des pères au prénatal sont des facteurs protecteurs de la DPN (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2017; Zhang et al., 2016). De nombreuses études évoquent un manque de reconnaissance du rôle de coparent avec une idée parfois même assumée par les soignants que la mère sait mieux créant un sentiment de frustration (Edhborg et al., 2016; Hammarlund et al., 2015). La mère peut également participer au manque de reconnaissance. Selon Edhborg et al., (2016), les mères passant souvent plus de temps avec l'enfant développent des compétences plus importantes pour prendre soin de lui et demandent aux pères d'agir comme elles le font. Les pères se sentent alors évalués sans pouvoir être le père qu'ils ont envie d'être et s'impliquent moins dans les soins à l'enfant. D'autre part, à l'instar du sentiment d'auto-efficacité parentale chez les mères (Razurel, Desmet & Sellenet, 2011), le sentiment d'auto-efficacité parentale chez les pères est mis en relation avec la DPN par plusieurs études (De Montigny, Girard, Lacharité, Dubeau &

Devault, 2013; Vismara et al., 2016). Selon l'étude de Seah & Morawska (2016) le sentiment d'auto-efficacité parentale est même plus fortement associé avec la DPN paternelle que maternelle. Enfin, la littérature existante corrobore l'association entre la dépression prénatale et la dépression post-partum des pères inscrivant la maladie dans un continuum (Leung, Letourneau, Giesbrecht, Ntanda, et Hart, 2017; Underwood et al., 2017). Le stress prénatal est d'une étude à l'autre corrélés ou non à la DPN paternelle (Kerstis et al., 2013; Underwood et al., 2017).

Autres facteurs

Le reste de la littérature met en lumière d'autres facteurs de risque associés à la DPN cités dans le cadre de référence. Un antécédent de dépression (Underwood et al., 2017), ne pas être résident du pays (Garfield et al., 2014), un traitement d'infertilité (Nishimura, Fujita, Katsuta, Ishihara & Ohashi, 2015), avoir perdu un enfant précédemment (De Montigny, Gervais & Tremblay, 2015), avoir un bébé avec un très petit poids de naissance (Helle et al., 2015), être en mauvaise santé, être père de jumeaux (Vilksa et al., 2009) et fumer (Leung et al., 2017) pour ne citer qu'eux.

Pour les pères, la transition vers la parentalité peut s'avérer être une période de vulnérabilité. Pourtant, ils ne sont pas toujours pris en considération par les services de périnatalité.

7.2 Les pères exclus des services de périnatalité

La littérature semble s'accorder sur l'idée que les pères se sentent exclus du système de santé périnatale (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2016, 2017). Ce sentiment d'exclusion des pères se retrouve lors des entretiens prénataux et des cours de préparation à la naissance (Kowlessar, Fox & Wittkowski, 2015; Rollans et al., 2016). Selon l'étude de Madsen & Munck (2001), 40% des pères estiment qu'ils n'ont pas été directement interpellés par les sages-femmes lors des consultations. Les pères mettent également en évidence la difficulté à concilier leur travail avec les rendez-vous prénataux (Deave & Johnson, 2008). A la naissance, ils se sentent souvent invisibles et exclus (Edhborg et al., 2016). Des pères interrogés sur leur expérience en post partum disent l'avoir vécu difficilement pour des raisons liées au personnel hospitalier et que l'institutionnalisation de la grossesse et de l'accouchement contribue à former des lieux dans lesquels les pères ont des difficultés à trouver leur place (Normand et al., 2009). Selon l'étude de Da Costa et al. (2015), les obstacles à leur bien-être étaient le manque de temps pour demander de l'aide, le manque de ressources disponibles dans le système de santé, les coûts associés aux services et le sentiment qu'ils devaient être capables de se débrouiller eux-mêmes. Face à cette exclusion

les pères ressentent une ambiguïté : d'un côté, ils désirent être impliqués, disponibles et considérés comme un parent égal (Edhborg et al., 2016), de l'autre, ils comprennent que les soins sont axés sur la mère et le bébé (Deave et Johnson, 2008). Cette ambiguïté se ressent chez les mères également. Selon Rollans et al. (2016), certaines femmes préféraient l'exclusion des hommes lors des entretiens prénataux où des sujets délicats étaient abordés se sentant plus libres et confortables pour parler notamment de violence. D'autres mères affirmaient de façon opposée que la présence de leur partenaire est un soutien important et que cela peut aider les pères à s'impliquer davantage et à mieux comprendre ce qu'elles vivent. Certaines femmes déclarent également qu'il serait utile de demander à leur conjoint comment il vit la paternité. L'autre raison qui provoque cette ambiguïté face au soutien émotionnel des professionnels est la stigmatisation de la dépression (Darwin et al., 2017; Rominov et al. 2016, 2017). Abordée dans plusieurs publications, elle est, selon les chercheurs, un frein important pour venir en aide aux pères en cas de difficultés (O'Brien et al., 2017). La population en générale perçoit de façon plus négative les hommes souffrant de dépression que les femmes (Felder, Banchevsky, Park & Dimidjian, 2017). Pour certains auteurs, informer le public de la prévalence de la DPN paternelle est une étape importante pour lutter contre cette stigmatisation (Melrose, 2010; Musser et al., 2013). Cette idée n'est pas partagée par tous. En 2011, André Berthoud qui dispense des cours de préparation à la paternité au CHUV à Lausanne préférait ne pas aborder directement la DPN paternelle arguant que la préparation à la paternité était le meilleur moyen de la prévenir (Le Coq & Williams-Smith, 2011).

Si ce sentiment d'exclusion semble confirmé par la littérature, la question est maintenant de savoir si les sages-femmes, professionnelles au cœur de la périnatalité, sont une ressource intéressante pour soutenir les pères.

7.3 Le rôle sage-femme auprès des pères

Cette revue de littérature souligne que même si les sages-femmes considèrent que soutenir les pères fait partie de leur rôle, elles ressentent un besoin en formation supplémentaire notamment sur le bien-être émotionnel (Rominov et al., 2016). Comme vu dans le questionnaire professionnel, le Code international de déontologie des sages-femmes (ICM, 2014a), même s'il ne mentionne pas directement les pères est en accord avec ce postulat car les sages-femmes s'occupent des familles qui s'agrandissent et s'impliquent dans leur formation tout au long de leur carrière. Baker (2007) cite plusieurs études (Olsson et Jansson, 2001; Singh et Newburn, 2003) qui ont relevé que les sages-femmes seraient

plus aptes à interagir avec les pères que d'autres professionnels de la périnatalité. De Montigny et al. (2017) affirment que les pères ayant un suivi global sage-femme ont un rôle plus actif auprès de leur enfant, comparé à ceux ayant un suivi médical.

Cette revue de la littérature montre par ailleurs que les sages-femmes sont perçues par les pères comme un soutien plus physique qu'émotionnel et plus pour la mère et l'enfant que pour le père. Les pères expriment plus d'aisance à trouver du soutien via leur réseau informel, leur partenaire en premier lieu puis leurs amis, familles, collègues (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2016, 2017). Selon Poh, Koh, Seow et He (2014), le soutien de leur femme est le plus important, venant ensuite celui de la famille et en troisième position le soutien des professionnels. Selon d'autres chercheurs, les pères souhaitent un soutien à la fois informel et formel (Letourneau et al., 2012). Certains pères disent avoir besoin de moyens de soutien plus officiels notamment en cas de manque de soutien informel (Deave & Johnson, 2008).

Selon Escribà-Agüir et Artazcoz (2011), les hommes sont plus pudiques que leur conjointe sur le soutien émotionnel. Oommen et al. (2011) soulignent également que parmi les différents types de soutiens reçus par les professionnels, le soutien affectif est celui qui a le plus d'impact, venant ensuite le soutien concret.

La littérature semble confirmer l'importance du soutien apporté par les professionnels de la santé et les sages-femmes. Il est donc intéressant de se pencher sur les différentes possibilités envisageables pour favoriser ce soutien.

7.4 Les possibilités pour soutenir le bien-être émotionnel des pères

Selon cette revue de la littérature que les pères sont demandeurs d'informations et de programmes s'adressant directement à eux sous une multitude de formats (Darwin et al., 2017; Rominov et al., 2017). A notre connaissance, le reste de la littérature sur le sujet semble s'accorder sur cette idée (Edhborg et al., 2016; Kowlessar et al., 2015; Kumar, Oliffe & Kelly, 2017). Cependant, ces affirmations formulées sous forme de recommandations manquent de fondement empirique (O'Brien et al., 2017). Même si les études évaluant les programmes dédiés aux pères sont très rares, quelques exemples peuvent être cités. Une étude tend à montrer qu'un groupe de six semaines pour les pères dont la partenaire souffrait de DPN a apporté un environnement sécurisant très apprécié pour le partage d'expériences et a fait baisser le taux de stress et de dépression parmi des participants (Davey, Dziurawiec & O'Brien-Malone, 2006). A Taïwan, une étude cas témoin réalisée dans un service de néonatalogie affirme qu'une brochure d'information spécifique aux pères a

permis d'augmenter leurs capacités, d'améliorer leur perception du soutien infirmier et de réduire leur stress (Lee, Wang, Lin & Kao, 2013). De manière plus générale, en 2017, une revue systématique de la littérature sur les programmes d'éducation incluant les pères n'a pas permis de mettre en évidence d'impacts positifs, ni sur la relation de couple, ni sur la DPN chez les pères. Les chercheurs notent tout de même que la diversité des programmes a pu affecter leur évaluation (Suto, Takehara, Yamane & Ota, 2017). Une autre revue systématique a permis d'identifier des résultats variés quant aux interventions ciblant directement les pères (Rominov, Pilkington, Giallo & Whelan, 2016). Trois interventions psychosociales sur cinq et trois interventions de technique de massage ont eu des effets importants sur la santé mentale des pères et aucune intervention basée sur le couple n'a eu d'effet. Les chercheurs de cette revue systématique relèvent de nombreuses limites méthodologiques et en appellent à de nouvelles études plus rigoureuses (Rominov et al., 2016b). Selon Letourneau et al. (2012), il n'existe pas un programme unique pouvant répondre aux besoins des pères mais une multitude de programmes, rendus accessibles et le plus flexibles possibles, pourraient permettre de convenir au plus grand nombre. O'Brien et al. (2017) qui font une revue de la littérature non systématique, avancent une série de conseils pouvant faciliter l'accès des pères au soutien : être flexible, ne pas surcharger les pères ou interférer avec le travail, utiliser des stratégies et le langage du marketing pour appréhender les hommes, les accueillir dans des lieux où ils sont à l'aise, proposer qu'un père dispense le cours afin de proposer une atmosphère informelle, relaxe et sans jugement. Par ailleurs, O'Brien et al. (2017) relèvent que les thérapies cognitivo-comportementales en groupe ou via internet ont de bons résultats en termes de participation chez les hommes. Selon Da Costa et al. (2017), au Canada la plupart des pères passent entre 4 et 6 heures par mois sur internet pour s'informer sur la grossesse et la parentalité. Les pères interrogés souhaitent un site internet, fiable, de navigation aisée avec des informations gratuites utiles, pertinentes, régulièrement mis à jour, répondant à leurs questions personnelles avec la possibilité de communiquer avec des professionnels de la santé. De son côté, une équipe de chercheur a pris l'initiative de mettre en place un programme de messages via le téléphone mobile avec des informations ciblées et une invitation régulière à évaluer son bien-être émotionnel. Les résultats devraient paraître courant 2018 (Fletcher, May, Attia, Garfield & Skinner, 2018). Selon l'équipe de Kumar et al. (2017), les médias digitaux, internet et l'apprentissage par les pairs sont des moyens à privilégier pour atteindre les pères car ils offrent une flexibilité importante. Kumar et al. (2017) proposent une session de cours par mois, le soir ou le week-end, ouverte aux pères et aux bébés uniquement ce qui aurait pour

effet de renforcer l'attachement père-enfant. Melrose (2010) ajoute que les salles d'attentes des professionnels de la santé, les centres communautaires, les bibliothèques, les cours de PANP et les programmes de soutien à la parentalité sont autant de lieux où de l'information sur la DPN des pères peut trouver place sous la forme de posters ou de brochures.

Le dépistage de la DPN

Les articles de cette revue de la littérature n'évoquent pas le dépistage systématique de l'anxiété ou de la DPN paternelle. Ce sujet intéresse pourtant la communauté scientifique. En effet, selon les chercheurs, le dépistage psychosocial du père de routine aiderait les services de santé autant que les pères eux-mêmes (Feeley, Bell, Hayton, Zelkowitz & Carrier, 2016; Fletcher, Dowse, St George & Payling, 2017). Certains déplorent même le manque de critères diagnostics de la DPN paternelle (Kim & Swain, 2007) et le manque d'échelles de dépistage spécifiques aux pères se contentant principalement de l'EPDS (Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi & Ramchandani, 2010; Kumar et al., 2017; Massoudi, Hwang & Wickberg, 2013; Melrose, 2010). Une équipe de chercheurs italiens a récemment créé une nouvelle échelle *The Perinatal Assessment of Paternal Affectivity* (PAPA) censée prendre en compte l'anxiété, la dépression, l'hostilité, le stress perçu, les difficultés relationnelles, les plaintes somatiques, les comportements à risque, les addictions (alcool, drogues, jeux...) et les altérations physiologiques (sommeil, alimentation). Elle serait remplie en cinq minutes et prendrait en considération les influences ethniques et socio-culturelles mais nécessite encore validation (Baldoni, Matthey, Agostini, Schimmenti & Caretti, 2016). Toutes ces initiatives font échos à celles entamées en Suisse et décrites dans le cadre de référence théorique.

Après avoir confronté les résultats de cette revue de littérature, la prochaine partie de ce travail est consacrée au retour dans la pratique.

8. Retour dans la pratique

Cette partie est dédiée aux implications des résultats de cette revue de la littérature pour la pratique sage-femme.

8.1. Les enjeux des résultats de la revue de la littérature

La santé mentale des pères est un enjeu de santé publique jusqu'à lors négligé par les systèmes de santé périnatale et la société. Pourtant la DPN paternelle a des répercussions sur l'ensemble de la société en termes cliniques, économiques, professionnels, sociologiques et politiques.

Les troubles dépressifs ont un impact économique important. Les soigner permet à ceux qui en sont atteints de participer davantage à la société (OMS, 2017). Les conséquences de la DPN paternelle sur les familles et surtout les enfants peuvent avoir des répercussions sur toute la société. Les enfants d'aujourd'hui sont les citoyens de demain et c'est grâce à leurs parents qu'ils se développent. Promouvoir la santé des pères équivaut à promouvoir la santé des enfants et celle de toute la société. Ceci n'est pas qu'une question de responsabilité sociale. Selon l'UNICEF (2013), investir dans la petite enfance est l'intervention la plus rentable du monde. Les enfants en bonne santé sont un atout pour la société à venir car ils augmentent sa productivité. Aux Etats-Unis, une méta-analyse sur les coûts-bénéfices des programmes sur la petite enfance avance des rendements de 1,26 à 17,07 dollars pour chaque dollar investi (Károly, Kilburn & Cannon, 2005).

En termes cliniques, le peu d'outils diagnostic de la DPN paternelle et les barrières à l'accès des pères aux soins sont des défis à relever pour les professionnels de la santé. Ils doivent aujourd'hui se former, remettre en question leurs croyances et leurs attitudes afin de lutter contre la stigmatisation de la dépression et accompagner au mieux les pères. L'évolution de la société notamment en termes d'égalité des sexes doit également faire partie de la réflexion éthique des soignants. Les résultats de ce travail invitent les professionnels et les citoyens à participer au débat public pour favoriser les liens précoces père-enfant notamment sur la valorisation du congé paternité et la garde partagée.

8.2. Les perspectives de retour dans la pratique

Les perspectives possibles de retour dans la pratique sont brièvement mentionnées dans ce chapitre et l'une d'elle est développée en détail.

Contenu informatif

Des campagnes d'informations dans les médias, vidéo, radiophonique, numérique ou papier, des posters dans les lieux de santé périnatale sur des thèmes précis comme la dépression périnatale ou l'évolution de la paternité pourraient être imaginés ainsi que l'élaboration de brochures ou d'une application mobile. La réalisation d'un site internet de référence régulièrement mis à jour avec les nouvelles connaissances, l'évolution du réseau disponible et la possibilité d'échanger entre pairs serait également une piste intéressante.

Inclusion des pères dans le système de santé périnatale

Les systèmes de santé périnatale pourraient favoriser l'intégration du père en proposant la nuitée à la maternité et des rendez-vous en dehors des heures de bureau si le couple le désire. Ils pourraient également mettre en place des groupes de paroles, des cours de

préparation à la naissance plus orientés vers les pères et proposer un dépistage de la DPN pour les pères. L'*entretien prénatal* mis en place à Genève pour lutter contre la dépression périnatale pourrait être explicitement ouvert aux pères (Nanzer, 2009). Des interventions comme l'entretien psycho-éducatif pourrait aider les pères à renforcer leur sentiment d'auto-efficacité et adapter leurs stratégies de *coping* (Razurel, 2015). Des labels du type « Maternité, amie des papas » pourraient également être encouragés.

Le code de déontologie sage-femme et la formation des sages-femmes

Le code de déontologie des sages-femmes ne mentionne pas explicitement le partenaire (ICM, 2014a). Il serait intéressant d'avoir une réflexion sur son intégration dans le texte sans pour autant exclure les nouveaux modèles de familles. Par ailleurs, l'intégration des pères dans le système de santé périnatale et la santé mentale des pères pourraient faire l'objet d'un module d'une ou deux journées dans la formation initiale et continue des sages-femmes. Les compétences en communication étant particulièrement importantes à développer pour apporter un soutien émotionnel aux pères, il serait intéressant de proposer lors de cette formation une pratique simulée avec un patient standardisé, de travailler sur les stratégies de *coping*, sur l'interculturalité et sur les questions de genre.

8.3. Une brochure dédiée aux pères

Sans pour autant apporter une réponse directe au bien-être psychique des pères, il paraît important que les systèmes de santé périnatale proposent un soutien informatif à destination des pères et cela pourrait se concrétiser sous la forme d'une brochure.

Objectifs et public cible de la brochure

Les objectifs de la brochure seraient de donner de la place aux pères dans le système de santé périnatale, d'apporter les dernières informations issues des recherches scientifiques sur la paternité, d'introduire l'idée que la dépression périnatale ne touche pas que les mères et de proposer un réseau de soutien. La brochure devrait être explicitement adressée aux hommes, pères ou devenant pères. Cependant, à l'heure où l'évolution de la société tend vers plus d'égalité entre les sexes, une éducation moins genrée des enfants et que les familles LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres) ou monoparentales appellent à plus de reconnaissance, cette approche genrée de la parentalité pourrait paraître anachronique ou le devenir rapidement dans le futur. En effet, de nos jours, de nombreux contenus informatifs s'adressent aux parents pour inclure toutes les personnes. Cette démarche semble tout à fait pertinente mais ne comble pas une demande formulée par certains pères d'un contenu qui leur soit spécifiquement adressé. De plus, sans apporter de

preuves scientifiques suffisantes, dans le nord de l'Angleterre, deux soignants à domicile ont fait l'expérience d'envoyer une invitation standard aux rendez-vous post-nataux et une invitation incluant explicitement les pères en la débutant par *Dear Mum and Dad*. Avec la lettre standard, 3 pères sur 15 sont venus au rendez-vous, tandis qu'avec celle incluant les pères, 11 sur 16 étaient présents (The Fatherhood Institute, n.d.). Par ailleurs, confortant l'idée de programmes genrés, l'étude qualitative d'Edhborg et al. (2016) relève que l'idéal de la « masculinité hégémonique » a un impact négatif sur les symptômes dépressifs. Bien que ciblant les pères, cette brochure pourrait également intéresser les professionnels de la périnatalité comme les sages-femmes et les mères qui souhaitent adopter la perspective du père. D'autant plus que les mères sont souvent le vecteur de l'information (Darwin et al., 2017)

Construction du contenu et format

Afin de construire une brochure adaptée, il paraît important de réaliser une revue de la littérature sur les besoins des pères. Quelques chercheurs ont déjà réalisé des études sur ce qu'un site internet dédié aux pères devrait contenir (Da Costa et al., 2017; Fletcher, 2011; Fletcher et al., 2018; Slomian et al., 2017). Puis, il pourrait être judicieux d'organiser des groupes de travail composés de pères et de sages-femmes ou d'autres professionnels de la périnatalité qui ont l'habitude de travailler avec les pères pour adapter le vocabulaire et les attentes selon les régions linguistiques de la Suisse. Il serait intéressant de proposer un contenu généraliste, abordant tous les temps de la périnatalité, le couple, les ajustements du post-partum ainsi que le réseau spécialisé. Et comme la valeur accordée au rôle paternel aurait une conséquence directe sur l'engagement des pères auprès de leurs enfants, une attention serait mise sur la valorisation du rôle paternel (Normand et al., 2009). Cette brochure doit apporter une information de qualité, concise et la plus complète possible. La partie informant du réseau existant pourrait contenir une carte détachable de type « carte de donneur en Suisse » afin qu'elle puisse être transportée dans un portefeuille. Une brochure en tant qu'élément tangible aurait le mérite d'offrir une présence concrète aux pères dans les systèmes de santé périnataux.

La langue et lieux de distribution

Cette brochure devrait être éditée en français dans les cantons romands avec des versions traduites disponibles en ligne. Le réseau disponible étant différent selon la zone géographique, une adaptation devrait être faite par canton. Afin d'atteindre le plus de pères possibles, cette brochure pourrait être placée dans les hôpitaux universitaires, les maternités

périphériques, les maisons de naissances, les cliniques privées, les cabinets de sages-femmes ou gynécologues, les associations centrées sur la parentalité, les cabinets de médecins généralistes et les centres de soins périnataux. Les maisons de quartier et les bibliothèques etc. seraient également des lieux intéressants.

Dimension éthique

Cette brochure devrait respecter les principes fondamentaux de l'éthique médicale. Il s'agit de viser le bien-être des pères sans induire d'effets négatifs sur eux et le reste de la famille. Le style de cette brochure devrait favoriser *l'empowerment* des pères. Enfin, la justice devra être au coeur des considérations lors de l'élaboration des textes notamment en lien avec l'égalité entre les sexes en Occident et le respect des différentes cultures. L'impact de cette brochure devrait faire l'objet d'une évaluation lors d'une étude pilote.

9. Limites et forces de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature comprend de nombreuses forces et limites. L'une des forces importantes de cette revue de la littérature est son originalité. En effet, la santé mentale des pères est un sujet qui intéresse depuis peu les cliniciens et face au développement rapide des connaissances, une revue de la littérature était pertinente pour en faire la synthèse. Cependant, il serait important de la mettre à jour prochainement.

Le choix d'utiliser un paradigme salutogénique en lien avec la promotion de la santé est une démarche très intéressante en regard du rôle sage-femme. La réflexion sur le sujet a évolué tout au long du travail passant de la DPP et ses facteurs de risque à la santé mentale et ses facteurs protecteurs durant la toute la période périnatale. Cette évolution est une force et aussi une limite. Elle a eu un impact important sur le choix des articles mais a parfois relevé du choix sémantique tant la limite apparaît floue entre santé mentale, DPN, facteurs protecteurs et facteurs de risque. Malgré la volonté de couvrir le champ de la santé mentale, le stress et l'anxiété ont peu de place dans ce travail. Même si ce travail tant à couvrir toute la période périnatale, la plupart des études publiées concernent la période du post-partum. En outre, la plupart des interventions et attitudes en lien avec le rôle sage-femme énoncées dans ce travail manquent d'évaluation empirique.

Le nombre d'études limité sur le sujet a cependant permis aux auteures de ce travail, sans prétendre à l'exhaustivité, d'en utiliser une très large part afin de dresser le cadre de référence et de confronter les résultats. Ceci constitue une force. Les articles présentent des points de vue et des conclusions variées cependant aucun ne semble se contredire vraiment et tous semblent postuler de l'importance de la santé mentale des pères. Sans remettre en

doute cette affirmation, il est possible qu'il existe un biais de publication et que des études n'aient pas été publiées car moins en phase avec ce postulat.

Il est à noter que cette revue de la littérature ne donne pas ou peu la parole aux pères séparés, aux allophones, aux migrants et aux personnes de milieux les plus défavorisés. Elle ne permet pas non plus ou très peu aux mères d'exprimer leur point de vue. De plus, ce travail n'aborde pas pleinement les difficultés de dépistage et ni de prise en soin dans les cas de violences conjugales.

Le retour dans la pratique pensé par des auteures femmes a été longuement discuté avec l'expert de terrain qui a été choisi pour son expérience professionnelle en tant que sage-femme, son travail avec les pères mais également car il est à la fois un homme et un nouveau père. De nombreux hommes ont également été consultés pour la réalisation du prototype de la brochure. Cependant, sans étude pilote spécifique, il est difficile d'affirmer que la brochure sera adaptée au public cible. De plus, les interventions décrites visent principalement à intégrer les pères dans le système de santé périnatale et non de soutenir directement les pères souffrant de DPN.

Étant francophones, les auteures ont pris un soin tout particulier pour comprendre les publications en anglais. Malgré ce soin, il est possible que certains propos soient déformés sans en avoir l'intention.

Enfin, la part du culturel et du biologique dans les différences de genre étant difficile à évaluer, il est possible que l'évolution des hommes et des femmes rendent caduques demain, les résultats trouvés aujourd'hui.

Perspectives de nouvelles recherches

L'élaboration de ce travail ouvre des perspectives pour de nouvelles recherches. En Suisse, certaines maternités ou institutions mettent en place des interventions pour les pères qu'il serait très intéressant d'évaluer. Un programme de formation continue sur les pères pourrait être mis en place et évalué. Il serait intéressant de monter une étude pour analyser si les représentations des sages-femmes sur leur pratique font écho à l'expérience vécue des pères (Baker, 2007). Durant la période périnatale, les partenaires sont les premiers soutiens l'un pour l'autre et les conflits pourraient être le médiateur entre la DPN et ses conséquences sur les enfants (Gutierrez-Galve et al., 2015). Un travail de bachelor pourrait creuser cette question. Les études actuelles se focalisent principalement sur la DPN mais le stress et l'anxiété peuvent également être des sujets intéressants à traiter grâce à la littérature

existante. Enfin, la plupart des recherches sur la paternité sont des recherches qualitatives. Des recherches quantitatives sont désormais nécessaires (OMS, 2007).

10. Conclusion

Au travers des siècles, la paternité a été en perpétuelle évolution, passant du *Paterfamilias* à la coparentalité. En Occident, les mouvements pour l'égalité des sexes, la nucléarisation des familles et la médicalisation de l'accouchement ont modifié les attentes envers le père dans la période périnatale. Ces dernières années, un intérêt croissant lui est consacré par la communauté scientifique et les organismes de santé qui reconnaissent son rôle essentiel pour le développement de l'enfant. Depuis 2015, l'OMS invite les sages-femmes du monde entier à intégrer les pères pour favoriser la santé la maternelle et infantile. Reconnus par les soignants pour leur rôle de soutien à la mère et l'enfant, il existe peu d'interventions pour soutenir les pères directement contrairement à celles, nombreuses, pour aider les mères. Pourtant, devenir père est une période de crise identitaire pouvant menacer l'équilibre psychique des hommes. Près d'un père sur dix souffrirait ainsi de dépression sans que cela ne soit ni reconnu ni traité (Paulson & Bazemore, 2010) avec pour conséquences des troubles psychoaffectifs, du développement et de l'adaptation sociale chez les enfants (Gressier et al., 2015; Ramchandani et al., 2008). Les sages-femmes, professionnelles au cœur de la périnatalité, ont une expérience importante de la promotion de la santé ainsi que de la DPN et pourraient jouer un rôle afin de promouvoir la santé mentale des pères. Explorer les besoins et pères, les facteurs protecteurs de la DPN et le rôle que les sages-femmes peuvent avoir auprès d'eux étaient les objectifs de ce travail de Bachelor. Grâce à un travail de recherche de la littérature scientifique sur les bases de données Medline, PsycINFO, CINAHL, MIDIRS et le moteur de recherche Google Scholar avec des mots-clés tels que « fathers », « mental health » ou « midwives », cinq articles de qualité ont été sélectionnés. Leur méthodologie et leurs résultats ont été analysés et mis en perspective. Selon cette revue de la littérature (Darwin et al., 2017; Ngai & Ngu, 2015; Rominov et al., 2016, 2017; Zhang et al., 2016), les pères ont des besoins de soutien émotionnels et informatifs durant la période périnatale afin d'assurer leur sécurité psychique. Le soutien à la partenaire, la vie de couple, la naissance, les rythmes du bébé font partie des préoccupations des pères durant cette période. Le bien-être de la partenaire, la satisfaction dans le couple, le sentiment de cohérence familiale et le sentiment d'auto-efficacité parentale avec la satisfaction dans le rôle de père sont des facteurs protecteurs de la DPN paternelle. Malgré leurs besoins, les pères se sentent largement exclus du système de santé périnatale

et peu reconnus dans leur rôle de coparent. Ils expriment cependant un sentiment ambigu quant à leur inclusion ayant peur de détourner des ressources dédiées à la mère et l'enfant et craignant la stigmatisation. Les sages-femmes semblent considérer l'intégration des pères comme faisant partie de leur rôle cependant cela est fait sans véritable cadre théorique ni formation spécifique sur le bien-être émotionnel des pères. Elles ne sont pas le premier interlocuteur des pères qui privilégient le réseau informel, compagne, amis, famille, collègues ou professionnels de santé hors périnatalité. Malgré cela les pères semblent vivre positivement les expériences d'inclusion par les sages-femmes et ils sont preneurs d'informations fiables ciblées pour eux sur divers supports et étant accessibles au moment où le besoin se fait sentir. Ces résultats ont permis de penser à des interventions pour inclure les pères dans le système de santé périnatale et pouvoir ainsi mieux les soutenir. Plus de flexibilité des centres périnataux, des groupes de pères, les cours de PANP pour les pères, un congé paternité, le dépistage de la DPN sont des pistes à explorer. Des campagnes d'information sur la paternité, brochures, applications mobile, sites internet, formation des professionnels etc. sont également des interventions intéressantes à mettre en place et à évaluer sur le terrain. Promouvoir la santé des pères est un investissement essentiel car, en soutenant les pères, ce sont leurs enfants, les citoyens de demain, que nous aidons à grandir en santé. Ainsi, c'est toute l'humanité qui en bénéficie.

11. Liste de références bibliographiques

- American Psychiatric Association. (2016). *Mini DSM-5 ® : critères diagnostiques*. Paris : Elsevier Masson.
- Anding, J. E., Röhrle, B., Grieshop, M., Schücking, B. & Christiansen, H. (2016). Couple comorbidity and correlates of postnatal depressive symptoms in mothers and fathers in the first two weeks following delivery. *Journal of Affective Disorders*, 190, 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.033>
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Douss, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse* (No. Obsan Rapport 56). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé. Accès https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_rapport.pdf
- Baker, M. (2007). *Représentations des sages-femmes québécoises de leur pratique envers les pères*. [Thèse de doctorat]. Université du Québec à Trois-Rivières. Accès <http://depot-e.uqtr.ca/1924/1/030034789.pdf>
- Baker, M., Miron, J.-M. & De Montigny, F. (2009). Entre la sage-femme et le père, des espaces coconstruits ? : étude exploratoire. *Enfances, Familles, Générations*, (11), 64. <https://doi.org/10.7202/044122ar>
- Baldoni, F., Matthey, S., Agostini, F., Schimmenti, A. & Caretti, (2016). Perinatal Assessment of Paternal Affectivity (PAPA): preliminary report on a new screening tool. *Infant Mental Health Journal*, 37, 132–133. Accès https://www.researchgate.net/publication/308621329_Perinatal_Assessment_of_Paternal_Affectivity_PAPA_preliminary_report_on_a_new_screening_tool
- Barbui, C., Cipriani, A., Malvini, L. & Tansella, M. (2006). Validity of the impact factor of journals as a measure of randomized controlled trial quality. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 37- 40.
- Bayle, B. (2017). Être père : une parentalité sexuellement différenciée ? In N. Glangeau-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 25- 36). Toulouse : Erès.
- Beauchamp, T.L & Childress, J. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford et New York: Oxford University Press. Accès <http://www.etikkom.no/en/library/resources/references/beauchamp--childress-2013/>
- Berg, S. J. & Wynne-Edwards, K. E. (2001). Changes in testosterone, cortisol, and estradiol levels in men becoming fathers. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 582–592. Elsevier. <https://doi.org/10.4065/76.6.582>

- Bergström, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 40(1), 32–38. <https://doi.org/10.1111/birt.12026>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brazelton, T. B., Cramer, B. & Morel, I. (1991). *Les premiers liens : l'attachement parents/bébé vu par un pédiatre et par un psychiatre*. Paris : Stock .
- Cameron, E. E., Sedov, I. D. & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Conseil fédéral suisse. (2017). *Le Conseil fédéral rejette l'initiative populaire pour un congé de paternité*. Accès <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/medieninformationen/nsb-anzeigeseite-unter-aktuell.msg-id-68457.html>
- Cottier, M., Widmer, E. D., Tornare, S. & Girardin, M. (2017). *Etude interdisciplinaire sur la garde alternée*. Genève : Observatoire des familles de l'Université de Genève. Accès <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/kindesunterhalt/studie-alternierende-obhut-f.pdf>
- Cyrułnik, B. (2018). *Les représentations de soi, nature ou technologie. Venir au monde entre nature et technologie*. Conférence du Centre Brazelton Suisse, 17 mars 2018, Genève.
- Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. (1987) *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Dasgupta, K., Sewitch, M., Lowensteyn, I., Cruz, R., ... Khalifé, S. (2015). Dads get sad too: Depressive symptoms and associated factors in expectant first-time fathers. *American journal of men's health*.
- Da Costa, D., Zelkowitz, P., Letourneau, N., Howlett, A., Dennis, C.-L., Russell, B., ... Khalifé, S. (2017). HealthyDads.ca: What Do Men Want in a Website Designed to Promote Emotional Wellness and Healthy Behaviors During the Transition to Parenthood? *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e325. <https://doi.org/10.2196/jmir.7415>
- Daumas, C. (2017, mars). De la BD au manuel de survie, un nouveau féminisme. *Libération*. Accès http://www.liberation.fr/debats/2017/03/07/de-la-bd-au-manuel-de-survie-un-nouveau-feminisme_1554078

- Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L. & Gilbody, S. (2017). 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 and Childbirth*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>
- Davey, S. J., Dziurawiec, S. & O'Brien-Malone, A. (2006). Men's voices: postnatal depression from the perspective of male partners. *Qualitative Health Research*, 16(2), 206–220. <https://doi.org/10.1177/1049732305281950>
- Delhomme, P., Dru, V., Finkelstein, R., Verhac, J.-F., Mazé, C., Meyer, T. & N'gbala, A. (2005). *Psychologie sociale*. France : Hachette Éducation.
- De Montigny, F., Gervais, C. & Tremblay, J. (2015). L'expérience de pères québécois de la naissance de leur enfant. *Recherches familiales*, 12(1), 125. <https://doi.org/10.3917/rf.012.0125>
- Deave, T. & Johnson, D. (2008). The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 626–633. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04748.x>
- Delaisi de Parseval, G. (2004). *La part du père*. Paris : Seuil.
- Delumeau, J. (2000). *Histoire des pères et de la paternité*. Paris : Larousse.
- De Montigny, F., Girard, M.-E., Lacharité, C., Dubeau, D. & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.048>
- De Montigny, F., Larivière-Bastien, D. & St-Arneault, K. (2017). L'expérience des pères à propos de l'allaitement. In N. Glangeau-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 81- 90). Toulouse : Erès.
- Draper, J. (1997). Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13(3), 132–138. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(97\)90003-6](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(97)90003-6)
- Edelstein, R. S., Chopik, W. J., Saxbe, D. E., Wardecker, B. M., Moors, A. C. & LaBelle, O. P. (2017). Prospective and dyadic associations between expectant parents' prenatal hormone changes and postpartum parenting outcomes. *Developmental Psychobiology*, 59(1), 77–90. <https://doi.org/10.1002/dev.21469>
- Edhborg, M., Carlberg, M., Simon, F. & Lindberg, L. (2016). "Waiting for Better Times": Experiences in the First Postpartum Year by Swedish Fathers With Depressive Symptoms. *American Journal of Men's Health*, 10(5), 428–439. <https://doi.org/10.1177/1557988315574740>
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E. & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal

Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 365–368. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.069>

Edoka, I. P., Petrou, S. & Ramchandani, P. G. (2011). Healthcare costs of paternal depression in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 133(1–2), 356–360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.005>

Emma. (2017). *Un autre regard - tome 2*. Paris : Massot éditions.

Escribà-Agüir, V. & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(4), 320–326. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.085894>

Estela Renner. (2016). The beginning of life [Vidéo en ligne]. Accès <https://www.netflix.com/title/80107990>

Feeley, N., Bell, L., Hayton, B., Zelkowitz, P. & Carrier, M.-E. (2016). Care for Postpartum Depression: What Do Women and Their Partners Prefer?: Care for Postpartum Depression: What Do Women and Their Partners Prefer? *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(2), 120–130. <https://doi.org/10.1111/ppc.12107>

Felder, J. N., Banchefsky, S., Park, B. & Dimidjian, S. (2017). Public Attitudes and Feelings of Warmth Toward Women and Men Experiencing Depression During the Perinatal Period. *Psychiatric Services*, 68(8), 796–802. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600154>

Fédération suisse des sages-femmes [FSSF]. (1994). *Code international de déontologie des sages-femmes*. Accès http://www.sage-femme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexf.pdf

Fleming, A. S., Corter, C., Stallings, J. & Steiner, M. (2002). Testosterone and prolactin are associated with emotional responses to infant cries in new fathers. *Hormones and Behavior*, 42(4), 399–413. <https://doi.org/10.1006/hbeh.2002.1840>

Fletcher, R. (2009). Promoting infant well-being in the context of maternal depression by supporting the father. *Infant Mental Health Journal*, 30(1), 95–102. <https://doi.org/10.1002/imhj.20205>

Fletcher, R. (2011). Field testing of father-inclusive guidelines for web-based information and support aimed at families with perinatal depression. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, 22(3), 231–233. <https://doi.org/10.1071/HE11231>

Fletcher, R., Dowse, E., St George, J. & Payling, T. (2017). Mental health screening of fathers attending early parenting services in Australia. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 21(4), 498–508. <https://doi.org/10.1177/1367493517732166>

Fletcher, R., May, C., Attia, J., Garfield, C. F. & Skinner, G. (2018). Text-Based Program Addressing the Mental Health of Soon-to-be and New Fathers (SMS4dads): Protocol for

a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 7(2), e37.
<https://doi.org/10.2196/resprot.8368>

Freitas, C. J., Williams-Reade, J., Distelberg, B., Fox, C. A. & Lister, Z. (2016). Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. *Journal of Affective Disorders*, 202, 128–136. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.056>

Frydman, R. & Schilte, C. (2013). *Devenir père : Neuf mois pour devenir père et bien vivre à deux la grossesse*. France : Marabout.

Garde alternée : pourquoi le débat a cafouillé ? (s. d.) (2017). *France Culture*. Accès <https://www.franceculture.fr/emissions/linvite-des-matins/garde-alternee-pourquoi-le-debat-a-cafouille>

Garfield, C. F., Abbott, C., Rutsohn, J. & Penedo, F. (2018). Hispanic Young Males' Mental Health From Adolescence Through the Transition to Fatherhood. *American Journal of Men's Health*, 1557988318765890. <https://doi.org/10.1177/1557988318765890>

Garfield, C. F., Duncan, G., Rutsohn, J., McDade, T. W., Adam, E. K., Coley, R. L. & Chase-Lansdale, P. L. (2014). A longitudinal study of paternal mental health during transition to fatherhood as young adults. *Pediatrics*, 133(5), 836–843. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3262>

Garfield, C. F., Isacco, A. & Bartlo, W. D. (2010). Men's health and fatherhood in the urban midwestern United States. *International Journal of Men's Health*, 9(3), 161–174. <https://doi.org/10.3149/jmh.0903.161>

Genesoni, L. & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(4), 305–318. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x>

Gentile, S. & Fusco, M. L. (2017). Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Research*, 252, 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.064>

Gettler, L. T., McDade, T. W., Feranil, A. B. & Kuzawa, C. W. (2012). Prolactin, fatherhood, and reproductive behavior in human males. *American Journal of Physical Anthropology*, 148(3), 362–370. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22058>

Giallo, R., D'Esposito, F., Cooklin, A., Mensah, F., Lucas, N., Wade, C. & Nicholson, J. M. (2013). Psychosocial risk factors associated with fathers' mental health in the postnatal period: results from a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), 563–573. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0568-8>

Goëdec, B. L. & Pailles, L. (2015). *Papa débutant*, 8e. Paris : First.

Goodman, J. H. (2005). Becoming an Involved Father of an Infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(2), 190–200. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15781596>

- Gressier, F., Tabat-Bouher, M., Cazas, O. & Hardy, P. (2015). *Dépression paternelle du post-partum : revue de la littérature*. Paris : Presse Médicale, 44(4 Pt 1), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2014.09.022>
- Gressier, F., Shadili, G., Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C. & Chambry, J. (2017). Influence de la relation père-bébé sur le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent. In N. M.-C. Glangeaud-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 189- 196). Toulouse : Erès.
- Gressier, F. & Sutter-Dallay, A.-L. (2017). La dépression périnatale paternelle. In N. M.-C. Glangeaud-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 173- 180). Toulouse : Erès.
- Groupe genevois de prévention de la dépression périnatale. (2010). Dépression périnatale. Accès http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/promotion-sante-prevention/doc/guide_genevois_perinatale.pdf
- Gürber, S., Baumeler, L., Grob, A., Surbek, D. & Stadlmayr, W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.05.021>
- Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J. & Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and child development: mediators and moderators. *Pediatrics*, 135(2), e339-347. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2411>
- Hammarlund, K., Andersson, E., Tenenbaum, H. & Sundler, A. J. (2015). We are also interested in how fathers feel: a qualitative exploration of child health center nurses' recognition of postnatal depression in fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 290. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0726-6>
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A. & Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes. Is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 520–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01270.x>
- Haute école de santé [HEdS]. *Bases de données*. Accès <https://www.hesge.ch/heds/centre-documentation/outils-documentaires/bases-donnees>
- Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., ... Bindt, C. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 180, 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.001>
- Henshaw, E. J., Durkin, K. M. & Snell, R. J. (2016). First-time parents' shared representation of postpartum depressive symptoms: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 160, 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.025>

- Hill, A. B. (1965). The Environment and Disease: Association or Causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58(5), 295–300. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1898525/>
- International Confederation of Midwives [ICM]. (2014a). *Code de déontologie internationale pour les sages-femmes*. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/allgdnd//CD2008_001%20V2014%20FRE%20Code%20de%20d%C3%A9ontologie%20internationale%20pour%20les%20sages-femmes.pdf
- International Confederation of Midwives [ICM]. (2014b). *Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme*. Accès http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005_001-V2014-FRE-Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf
- Jungi, S. & Bolliger-Kurth, F. (s.d). Le post partum des papas. [Brochure]. Accès http://www.stillfoerderung.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=rot_3_5&lang_iso639=fr
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R. & Cannon, J. S. (2005). Early Childhood Interventions. <https://doi.org/10.7249/MG341>
- Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B. & Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(3), 233–239. <https://doi.org/10.1177/1403494812472006>
- Kim, P. & Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry*, 4(2), 35–47.
- Knibiehler, Y. (1987). *Les pères aussi ont une histoire*. Paris : Hachette.
- Kornberg-Anzel, C., Skrzynski, C. & Barbin, O. (2016). *Le guide des parents imparfaits : Jeune papa*. Vanves : Marabout.
- Kowlessar, O., Fox, J. R. & Wittkowski, A. (2015). The pregnant male: a metasynthesis of first-time fathers' experiences of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(2), 106–127. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.970153>
- Kumar, S. V., Oliffe, J. L. & Kelly, M. T. (2017). Promoting Postpartum Mental Health in Fathers: Recommendations for Nurse Practitioners. *American Journal of Men's Health*, 1557988317744712. <https://doi.org/10.1177/1557988317744712>
- Hôpitaux de Saint-Maurice. *Charte du label « Maternité, amie des papas »*. Accès <http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Ressources/FCKfile/Patients%20et%20visiteurs/Charte%20Maternit%C3%A9%20amie%20des%20papas.pdf>
- Laporal, R. (2015). *La couvade ou le père bouleversé*. Toulouse : Erès.
- Le Camus, J. (2005). *Comment être père aujourd'hui*. Paris : Odile Jacob.

- Le Coq, M. & Williams-Smith, E. R. (2011). *Dépression postpartum du père : Rôle préventif de la sage-femme*. [Travail de Bachelor]. HECV Santé.
- Leach, L. S., Mackinnon, A., Poyser, C. & Fairweather-Schmidt, A. K. (2015). Depression and anxiety in expectant and new fathers: longitudinal findings in Australian men. *British Journal of Psychiatry*, 206(06), 471–478. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148775>
- Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675–686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>
- Lee, T.-Y., Wang, M.-M., Lin, K.-C. & Kao, C.-H. (2013). The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1085–1095. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06097.x>
- Letourneau, N., Tryphonopoulos, P. D., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Benzies, K., Dennis, C.-L. & Joschko, J. (2012). Support intervention needs and preferences of fathers affected by postpartum depression. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 69–80. Accès <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=22293644>
- Leung, B. M. Y., Letourneau, N. L., Giesbrecht, G. F., Ntanda, H. & Hart, M. (2017). Predictors of Postpartum Depression in Partnered Mothers and Fathers from a Longitudinal Cohort. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 420–431. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0060-0>
- Liebenberg, B. (1969). Expectant fathers. *Child and Family*, 8, 353-355.
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2012). *La salutogenèse : petit guide pour promouvoir la santé*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Loi fédérale sur les fabriques* (1877). Accès <http://biblio.chaux-de-fonds.ch/bvcf/patrimoine/dossiers-thematiques/fabriques/Documents/LoiFabriques.pdf>
- Loi fédérale du 30 septembre 2016 sur les professions de la santé* (LPSan ; RS 811.21).
- Loi du 7 avril 2006 sur la santé* (LS ; RSG K 1 03).
- Loi sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés* (1889). Accès <https://criminocorpus.org/fr/reperes/legislation/textes-juridiques-lois-decre/textes-relatifs-aux-p/de-la-monarchie-de-juillet-a-1/loi-du-24-juillet-1889/>
- Loi sur le travail des enfants employés dans les manufactures, usines ou ateliers*. (1841). Accès http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/loi_22_mars_1841-2.pdf
- Luoma, I., Puura, K., Mäntymaa, M., Latva, R., Salmelin, R. & Tamminen, T. (2013). Fathers' postnatal depressive and anxiety symptoms: an exploration of links with paternal, maternal, infant and family factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(6), 407–413. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.752034>

- Madsen, S A & Munck, H. (2001). Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement. *Santé Mentale Au Québec, Volume 26*, 27–38. <http://dx.doi.org/10.7202/014509ar>
- Maison de naissance La Roseraie (2011). *Suivi grossesse/Accouchement/Suites de couches*. (s. d.). Accès https://www.maisondenaissancelaroseraie.ch/?page_id=102
- Mao, Q., Zhu, L. & Su, X. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5–6), 645–652. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03542.x>
- Markey, C. N., Markey, P. M., Schneider, C. & Brownlee, S. (2005). Marital Status and Health Beliefs: Different Relations for Men and Women. *Sex Roles*, 53(5–6), 443–451. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-6767-y>
- Martial, A. (2017). Nouveaux pères et nouvelles paternités : le regard des sciences sociales. In N. Glangeau-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 45–52). Toulouse : Erès.
- Masoni, S., Maio, A., Trimarchi, G., de Punzio, C. & Fioretti, P. (1994). The couvade syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15(3), 125–131. <https://doi.org/10.3109/01674829409025637>
- Massoudi, P., Hwang, C. P. & Wickberg, B. (2013). How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 149(1–3), 67–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.005>
- Massoudi, P., Wickberg, B. & Hwang, C. P. (2011). Fathers' involvement in Swedish child health care - the role of nurses' practices and attitudes. *Acta Paediatrica*. 100(3), 396–401. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.02047.x>
- Melrose, S. (2010). Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemporary Nurse*, 34(2), 199–210. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.199>
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S. & Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology: JFP: Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 18(4), 575–588. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.575>
- Micucci, M. & Lhuillier, P.-E. (2013). *Le guide du jeune papa*. France : Marabout.
- Milgrom, J. & McCloud, P. (1996). Parenting Stress and Postnatal Depression. *Stress Medicine*, 12(3), 177–186. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199607\)12:3<177::AID-SMI699>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199607)12:3<177::AID-SMI699>3.0.CO;2-W)

- Missonnier, S. (2017). Le groupe de parole des apprentis papas : entre dépressivité et dépression. In N. M.-C. Glangeau-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 137- 144). Toulouse : Erès.
- Moreau, A. (2001). De l'homme au père : un passage à risque : Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Dialogue*, 152(2), 9. <https://doi.org/10.3917/dia.152.0009>
- Moreau, L. (2017). *Le guide de survie du jeune papa en 80 listes*. Paris : LEDUCS.
- Morisseau, L. & Société Marcé-Francophone (Eds.). (2009). *Lorsque la parentalité paraît : texte de la 7e réunion de la Société Marcé francophone en partenariat avec l'institut de puériculture et de périnatalogie de paris*. Paris : Presses universitaires de France.
- Musser, A. K., Ahmed, A. H., Foli, K. J. & Coddington, J. A. (2013). Paternal postpartum depression: what health care providers should know. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 27(6), 479–485. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2012.10.001>
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale : sortir du silence*. Lausanne : Favre.
- Nath, S., Russell, G., Kuyken, W., Psychogiou, L. & Ford, T. (2016). Does father-child conflict mediate the association between fathers' postnatal depressive symptoms and children's adjustment problems at 7 years old? *Psychological Medicine*, 46(8), 1719–1733. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000234>
- Nath, S., Psychogiou, L., Kuyken, W., Ford, T., Ryan, E. & Russell, G. (2016). The prevalence of depressive symptoms among fathers and associated risk factors during the first seven years of their child's life: findings from the Millennium Cohort Study. *BMC Public Health*, 16, 509. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3168-9>
- Nath, S., Russell, G., Ford, T., Kuyken, W. & Psychogiou, L. (2015). Postnatal paternal depressive symptoms associated with fathers' subsequent parenting: findings from the Millennium Cohort Study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 207(6), 558–559. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148379>
- Navie, M. & Ruffieux, S. (2016). *Devenir papa pour les Nuls en BD*. Paris : First/Delcourt.
- Neyrand, G. (2000). *L'enfant, la mère et la question du père : un bilan critique de l'évolution des savoirs sur la petite enfance*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ngai, F.-W. & Ngu, S.-F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 156–161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003>
- Ngozi Adichie, C. (2017). *Chère Ijeawele, ou un manifeste pour une éducation féministe*. Paris : Gallimard.

- Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A. & Ohashi, K. (2015). Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 128. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0552-x>
- Nishimura, A. & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 170–176. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00513.x>
- Normand, A., Laforest, M. & De Montigny, F. (2009). La perception de l'identité paternelle en période postnatale selon le type de suivi prénatal. *Enfances, Familles, Générations*, (11), 44. <https://doi.org/10.7202/044121ar>
- O'Brien, A. P., McNeil, K. A., Fletcher, R., Conrad, A., Wilson, A. J., Jones, D. & Chan, S. W. (2017). New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety-Treatment Options: An Integrative Review. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 863–876. <https://doi.org/10.1177/1557988316669047>
- O'Brien, R., Hunt, K. & Hart, G. (2005). "It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate": men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine* (1982), 61(3), 503–516. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.008>
- Oommen, H., Rantanen, A., Kaunonen, M., Tarkka, M.-T. & Salonen, A. H. (2011). Social support provided to Finnish mothers and fathers by nursing professionals in the postnatal ward. *Midwifery*, 27(5), 754–761. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.017>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Les investissements dans le traitement de la dépression et de l'anxiété rapportent quatre fois leur valeur*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health*. Accès http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/
- Organisation mondiale de la santé. (2007). *Fatherhood and Health outcomes in Europe*. Accès http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/69011/E91129.pdf
- Paulson, J. F., Dauber, S. & Leiferman, J. A. (2006). Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659- 668. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948>
- Paulson, J. F. & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, 303(19), 1961–1969. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Paye, O. (1999). Commaille Jacques et Martin Claude, *Les enjeux politiques de la famille*. *Droit et Société*, 42(1), 534-537.

- Perrenoud, P. (2014). *Naissance et évolution des pratiques : entre Evidence-Based Medicine, expérience et intuition*. In C. Burton-Jeangros., R. Hammer & I. Maffi, *Accompagner la naissance* (p. 133-154). BSN Press. Accès <https://www.cairn.info/accompagner-la-naissance--9782940516148-p-133.htm>
- Philpott, L. F. (2016). Paternal postnatal depression: How midwives can support families. *British Journal of Midwifery*, 24(7), 470–476. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.7.470>
- Philpott, L. F. & Corcoran, P. (2018). Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. *Midwifery*, 56, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.009>
- Philpott, L. F., Leahy-Warren, P., FitzGerald, S. & Savage, E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 55, 113–127. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.016>
- Pilkington, P. D., Milne, L. C., Cairns, K. E., Lewis, J. & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 178, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023>
- Poh, H. L., Koh, S. S. L., Seow, H. C. L. & He, H.-G. (2014). First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(6), 779–787. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002>
- Price-Robertson, R., Baxter, J. & Mathews, S. (2015). Longitudinal associations between fathers' mental health and the quality of their coparenting relationships. *Clinical Psychologist*. <https://doi.org/10.1111/cp.12072>
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. & ALSPAC study team. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 365(9478), 2201–2205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
- Razurel, C. (2015). *Se révéler et se construire comme mère : l'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène.
- Razurel, C., Desmet, H. & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares? *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 47. <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047>

- Robineau, C. (2010). *Désirs de pères : images et fonctions paternelles aujourd'hui*. Toulouse : Erès.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N. & Seeley, J. R. (2005). Association of parental depression with psychiatric course from adolescence to young adulthood among formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 409–420. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.3.409>
- Rollans, M., Kohlhoff, J., Meade, T., Kemp, L. & Schmied, V. (2016). Partner involvement: negotiating the presence of partners in psychosocial assessment as conducted by midwives and child and family health nurses. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 302–312. <https://doi.org/10.1002/imhj.21562>
- Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D. & Whelan, T. A. (2016). Midwives' perceptions and experiences of engaging fathers in perinatal services. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(4), 308–318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.002>
- Rominov, H., Giallo, R., Pilkington, P. D. & Whelan, T. A. (2017). "Getting Help for Yourself is a Way of Helping Your Baby:" Fathers' Experiences of Support for Mental Health and Parenting in the Perinatal Period. *Psychology of Men & Masculinity*. <https://doi.org/10.1037/men0000103>
- Rominov, H., Pilkington, P. D., Giallo, R. & Whelan, T. A. (2016b). A systematic review of interventions targeting paternal mental health in the perinatal period. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 289–301. <https://doi.org/10.1002/imhj.21560>
- Sander, D. & Scherer, K. (2014). *Traité de psychologie des émotions*. France : Dunod.
- Saxbe, D. E., Edelstein, R. S., Lyden, H. M., Wardecker, B. M., Chopik, W. J. & Moors, A. C. (2017). Fathers' decline in testosterone and synchrony with partner testosterone during pregnancy predicts greater postpartum relationship investment. *Hormones and Behavior*, 90, 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2016.07.005>
- Saxbe, D. E., Schetter, C. D., Guardino, C. M., Ramey, S. L., Shalowitz, M. U., Thorp, J., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute for Child Health and Human Development Community Child Health Network. (2016). Sleep Quality Predicts Persistence of Parental Postpartum Depressive Symptoms and Transmission of Depressive Symptoms from Mothers to Fathers. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 50(6), 862–875. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9815-7>
- Saxbe, D. E., Schetter, C. D., Simon, C. D., Adam, E. K. & Shalowitz, M. U. (2017). High paternal testosterone may protect against postpartum depressive symptoms in fathers, but confer risk to mothers and children. *Hormones and Behavior*, 95, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.07.014>
- Schiaretti, M., Cazas, O. & Gressier, F. (2017). Paternité et place difficile des conjoints de mères déprimées, bipolaires, schizophrènes : retour d'expériences en unité mère-bébé.

In N. M.-C. Glangeau-Freudenthal & F. Gressier (Éd.), *Accueillir les pères en périnatalité* (p. 137- 144). Toulouse : Erès.

Schumacher, M., Zubaran, C. & White, G. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women and Birth*, 21(2), 65–70. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.03.008>

Seah, C. K. F. & Morawska, A. (2016). When mum is stressed, is dad just as stressed? predictors of paternal stress in the first six months of having a baby. *Infant Mental Health Journal*, 37(1), 45–55. <https://doi.org/10.1002/imhj.21546>

Slomian, J., Emonts, P., Ercicum, M., Vigneron, L., Reginster, J. Y. & Bruyère, O. (2017). What should a website dedicated to the postnatal period contain? A Delphi survey among parents and professionals. *Midwifery*, 53, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.004>

St John, W., Cameron, C. & McVeigh, C. (2005). Meeting the challenge of new fatherhood during the early weeks. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: Jognn*, 34(2), 180–189. Accès <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1177/0884217505274699>

Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L. (2012). Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), 362–371. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>

Storey, A. E., Noseworthy, D. E., Delahunty, K. M., Halfyard, S. J. & McKay, D. W. (2011). The effects of social context on the hormonal and behavioral responsiveness of human fathers. *Hormones and Behavior*, 60(4), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2011.07.001>

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

Superpapa. *L'école des papas supers* (s.d). Accès <https://www.superpapa.ch>

Suto, M., Takehara, K., Yamane, Y. & Ota, E. (2017). Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 210, 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.025>

Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A. & Ledoux, A. (2013). Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS) Accès <http://www.ergo-carafe.org/wp-content/uploads/2014/01/GFASAS1.pdf>

The Fatherhood Institute. *Guide to developing a father-inclusive workforce*. Accès <http://www.fatherhoodinstitute.org/uploads/publications/460.pdf>

Tognoni, E. & Brumauld, C. (2011). *Le vrai rôle du papa : être père aujourd'hui*. Genève : Jouvence.

- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Dhaliwal, S., Howat, P., Burns, S. & Binns, C. W. (2012). Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 75. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-75>
- Underwood, L., Waldie, K. E., Peterson, E., D'Souza, S., Verbiest, M., McDaid, F. & Morton, S. (2017). Paternal Depression Symptoms During Pregnancy and After Childbirth Among Participants in the Growing Up in New Zealand Study. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 1–10. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4234>
- UNICEF. (2013). *Investir dans les enfants : l'intervention la plus rentable pour la santé du monde* (s.d). Accès https://www.unicef.org/french/health/index_67622.html
- Verjus, A. (2013). La paternité au fil de l'histoire. *Informations sociales*, (176), 14- 22.
- Vilksa, S., Unkila-Kallio, L., Punamäki, R.-L., Poikkeus, P., Repokari, L., Sinkkonen, J., ... Tulppala, M. (2009). Mental health of mothers and fathers of twins conceived via assisted reproduction treatment: a 1-year prospective study. *Human Reproduction*, 24(2), 367–377. <https://doi.org/10.1093/humrep/den427>
- Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., ... Tambelli, R. (2016). Perinatal Parenting Stress, Anxiety, and Depression Outcomes in First-Time Mothers and Fathers: A 3- to 6-Months Postpartum Follow-Up Study. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>
- Walker, S. (2000). *Abnormal Psychology Seligman* (4e edition). New York : W. W. Norton & Company.
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B. & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 358–377. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.019>
- Wilson, S. & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.007>
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A. & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- Wynter, K., Rowe, H. & Fisher, J. (2014). Interactions between perceptions of relationship quality and postnatal depressive symptoms in Australian, primiparous women and their partners. *Australian Journal of Primary Health*, 20(2), 174–181. <https://doi.org/10.1071/PY12066>
- Zhang, Y.-P., Zhang, L.-L., Wei, H.-H., Zhang, Y., Zhang, C.-L. & Porr, C. (2016). Post partum depression and the psychosocial predictors in first-time fathers from northwestern China. *Midwifery*, 35, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.005>