

# Approche du vécu des hommes lors d'une interruption médicale de grossesse à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble : une analyse qualitative

Charlotte Ribailhier

► **To cite this version:**

Charlotte Ribailhier. Approche du vécu des hommes lors d'une interruption médicale de grossesse à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble : une analyse qualitative. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01989960

**HAL Id: dumas-01989960**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01989960>**

Submitted on 22 Jan 2019

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

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

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**Approche du vécu des hommes lors d'une interruption  
médicale de grossesse à l'Hôpital Couple Enfant de  
Grenoble : une analyse qualitative**

Mémoire soutenu le 20 juin 2017

Par : RIBAILLIER Charlotte

*[Données à caractère personnel]*

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

2017

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**

**Approche du vécu des hommes lors d'une interruption  
médicale de grossesse à l'Hôpital Couple Enfant de  
Grenoble : une analyse qualitative**

**Approach to the experience of men during a therapeutic  
abortion at the Couple Enfant Hospital in Grenoble: a  
qualitative analysis**

Par RIBAILLIER Charlotte  
*[Données à caractère personnel]*



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

2017

## **Résumé :**

L'objectif de cette étude était de décrire une approche du vécu des hommes lors d'une interruption médicale de grossesse, ainsi que le soutien dont les hommes avaient pu bénéficier.

Le recueil de données a été effectué par des entretiens individuels, au moyen d'un guide d'entretien semi-directif. Les hommes inclus par volontariat (n=7) étaient ceux ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse pour motif fœtal et ayant rencontré les sages-femmes de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal.

Les résultats de cette étude ont montré que les moments les plus difficiles étaient l'annonce de l'anomalie de l'enfant, ainsi que le retour à la maison, s'expliquant par un sentiment de solitude et une grande tristesse ressentie. L'incompréhension de l'entourage avait pu être décrit, mais les hommes avaient trouvé du soutien auprès des sages-femmes. Le besoin de partage était présent et les hommes décrivaient le besoin de créer des espaces de paroles.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature sur ce sujet concernant les femmes, tant au niveau de la difficulté de l'annonce que des besoins identifiés.

**Mots clefs :** interruption médicale de grossesse, hommes, vécu, soutien

## **Abstract :**

The aim of this study was to describe an approach to the experience of men during a therapeutic abortion, as well as the support that men had been able to benefit from.

Data's collection was conducted through individual interviews, using a semi-directive interview guide. Men included in voluntary work (n=7) were those who had a fetal therapeutic abortion and met the midwives of the Transversal Perinatal Accompaniment Unit.

The results of this study showed that the most difficult moments were the announcement of the anomaly of the child, as well as the return home, explained by a feeling of loneliness and great sadness felt. They described a lack of understanding could be described, but men could find support from midwives. The need for sharing was present and men described the need to create spaces to talk.

In conclusion, the datas from our study are consistent with the literature on this subject concerning women, both in terms of the difficulty of the announcement and the needs identified.

**Keywords :** therapeutic abortion, men, experience, support

Je remercie les membres du Jury :

**Mme Sophie JOURDAN,**

Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Présidente du jury ;

**Mme le Dr Véronique EQUY,**

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes, co-Présidente du jury ;

**Mme Marion OUIDIR,**

Sage-femme Doctorante Institut Albert Bonniot à l'Université Grenoble Alpes, Membre invité du jury ;

**Mme le Dr Annie POIZAT,**

Psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal à l'HCE du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire ;

**Mr Lionel DI MARCO,**

Sage-femme Enseignant au département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, co-Directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

**Mme le Dr Annie POIZAT**, Directrice de ce mémoire,

*Pour son accompagnement dans ce travail, sa disponibilité et ses conseils ;*

**Mme Chrystèle CHAVATTE** et **M. Lionel DI MARCO**, co-Directeurs de ce mémoire,

*Pour m'avoir éclairée à des moments importants, pour leur précieuse aide, pour leurs encouragements et pour leur bienveillance ;*

**Mme Geneviève ARDAILLON**, **Mme Claire LUCAS**, **Mme Cassandra VIGNON**, Sages-Femmes de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal,

*Pour leur précieuse aide dans l'élaboration de mon projet ;*

**Mme Claire BAUDON**, Sage-femme Enseignante Référente,

*Pour sa disponibilité et sa confiance durant ces quatre années.*

Je remercie plus personnellement :

**Tous les hommes interrogés,**

*Pour le temps pris afin d'échanger et le courage de partager de leur histoire ;*

**Ma famille et Kévin,**

*Pour l'amour, le soutien sans faille et l'écoute qu'ils m'ont toujours apportés ;*

**Mes amis qui ont toujours été présents,**

*Pour leur soutien et leur joie de vivre ;*

**Clara,**

*Pour sa présence, sa précieuse aide et sa bonne humeur ;*

**Mes amies étudiantes sages-femmes de la promotion 2013-2017,**

*Pour la joie, l'amitié et pour ces quatre années mémorables passées ensembles ;*

*A tous ceux qui ont toujours cru en moi ...*

*« La douleur de la perte d'un bébé ne se mesure pas au nombre de semaines de grossesse ni en nombre de jours de vie mais à la grandeur du rêve que portaient en lui ses parents. »*

**Inconnu**



## **Table des matières :**

Abréviations :.....	1
I/ Introduction :.....	2
II/ Population et méthode :.....	5
1/ Type d'étude :.....	5
2/ Population :.....	5
a. Critères d'inclusion :.....	5
b. Critères d'exclusion :.....	5
3/ Modalités de sélection et recueil de données :.....	5
4/ Entretiens :.....	6
III/ Résultats :.....	7
1/ Caractéristiques de la population :.....	7
2/ Résultats : .....	8
I/ Approche du vécu des hommes lors d'une IMG :.....	8
a/ L'avant :.....	8
b/ L'après :.....	9
II / Le soutien :.....	14
IV/ Discussion :.....	18
1/ Limites et biais : .....	18
2/ Discussion :.....	20
I/ Approche du vécu des hommes lors d'une IMG :.....	20
a/ L'avant :.....	20
b/ L'après :.....	24
II/ Le soutien :.....	37
V/ Conclusion :.....	48
VI/ Bibliographie :.....	49
VII/ Annexes.....	54
Résumé :.....	58

## **Abréviations :**

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

HCE : Hôpital Couple Enfant

CHUGA : Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes

UTAP : Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal

SA : Semaine d'Aménorrhée

## **I/ Introduction :**

Au cours des dernières années, les progrès de la médecine fœtale et du diagnostic anténatal ont été considérables [1] [2] [3].

Ils ont permis une amélioration du dépistage de plus en plus précoce et fiable de pathologies fœtales au cours de la grossesse [4]. Nous nous retrouvons face à une question éthique liée au décalage entre un diagnostic prénatal de plus en plus performant et des possibilités thérapeutiques *in utero* encore insuffisantes [3].

Ces pathologies fœtales diagnostiquées comme incurables ou létales autorisent le recours à une Interruption Médicale de Grossesse (IMG).

En effet, selon l'article L2213-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2011-814 du sept juillet 2011 [5] :« *L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic (...)*

*Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Hors urgence médicale, la femme se voit proposer un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse. »*

En 2013, en France on comptait 49 Centre Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN), qui, pour 36 804 dossiers examinés, ont délivrés 7 200 attestations de particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif fœtal [6].

Nous mettons en évidence une augmentation régulière du nombre des attestations de

particulière gravité délivrées en vue d'une IMG pour motif fœtal: 6 768 attestations d'IMG avaient été délivrées en 2009 (8,2‰ des naissances vivantes domiciliées) alors qu'en 2013 on comptabilisait 7 200 attestations (8,9‰ des naissances vivantes domiciliées), soit une augmentation de 8,5% des taux rapportés au nombre de naissances [7].

En 2013, en Rhône-Alpes, parmi les 6 468 dossiers examinés, 692 d'entre eux ont reçu une attestation d'IMG pour motif fœtal<sup>1</sup> [6].

L'IMG fait souvent suite à un long cheminement pour les parents dès l'annonce d'une anomalie chez le fœtus jusqu'à la réalisation de l'acte. La particularité du processus aboutissant à une éventuelle IMG nécessite de prendre le temps de donner aux parents les informations adaptées à leur prise de décision, de laisser les parents se préparer, en respectant le temps court de la grossesse [8].

Jusqu'à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle, on ne trouve que très peu d'écrits sur la détresse parentale après la perte d'un enfant : une « *conspiration du silence* » existe autour du deuil périnatal comme l'avait décrit P.ROUSSEAU [9].

La souffrance liée à la perte d'un enfant est souvent occultée par l'entourage car « *ces morts-là ne sont pas si graves* » [10]. La préoccupation des soignants pour les femmes est ancienne, cependant la place accordée aux pères évolue depuis une trentaine d'année. Même si certains hommes expriment peu leurs émotions, « *leur sensibilité est profonde même s'ils paraissent moins affectés* » [11].

Alors que le couple mère-enfant est pris en charge par des professionnels, qu'en est-il du père ? Aujourd'hui, on parle de plus en plus d'une triade père-mère-enfant [12] [13] [14]. Depuis quelques années, les portes des salles de naissance leur sont ouvertes et une place leur est réservée... Mais quelle place ?

---

1- Il est à noter qu'il s'agit ici de l'enregistrement des attestations d'IMG, la réalisation effective des IMG à l'issue d'une attestation n'est pas enregistrée.

L'objectif principal de cette étude était de décrire une approche du vécu des hommes lors d'une IMG. L'objectif secondaire était de décrire le soutien dont les hommes avaient pu bénéficier.

Nous avons émis l'hypothèse que l'IMG serait un moment difficile d'autant plus important au moment de l'annonce et du retour au domicile, et qu'ils se sentaient peu accompagnés et reconnus dans leur souffrance par le personnel médical.

Le travail de ce mémoire donnera la parole aux hommes dont les compagnes ont eu recours à une IMG et cherchera à connaître leur vécu, afin d'envisager une amélioration de leur prise en charge.

## **II/ Population et méthode :**

### **1/ Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude qualitative, descriptive, rétrospective et monocentrique.

L'étude a été réalisée à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), maternité de niveau trois dans le service de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP).

### **2/ Population :**

La population concernée était constituée de couples ayant eu recours à une IMG, entre le premier avril 2016 et le 31 janvier 2017, ainsi qu'un couple ayant eu recours à une IMG en 2013.

#### **a. Critères d'inclusion :**

Sont inclus les hommes volontaires, majeurs, dont les compagnes avaient eu recours à une IMG pour motif foetal à l'HCE, ayant rencontré les sages-femmes de l'UTAP.

#### **b. Critères d'exclusion :**

Sont exclus de l'étude, les aspirations sous anesthésie générale, les morts in utero, les IMG pour indications maternelles, les cas d'interruption sélective dans le cas d'une grossesse gémellaire. Mais aussi les hommes mineurs, ne parlant pas couramment français et ceux ne souhaitant pas participer à l'étude.

### **3/ Modalités de sélection et recueil de données :**

Les caractéristiques de l'inclusion ont été recueillies à l'aide des sages-femmes de l'UTAP, à partir du dossier obstétrical. Un premier contact lors d'un entretien, ou un contact

téléphonique a été pris avec les sages-femmes auprès des hommes éligibles pour une proposition de participation pour un entretien individuel mené sur l'hôpital ou sur le lieu de leur choix.

#### **4/ Entretiens :**

Après la prise de connaissance d'informations sur la thématique principale et la méthodologie de l'étude, un consentement oral à la participation a été demandé aux hommes. Cependant, l'objectif précis de cette étude n'était pas mentionné aux participants.

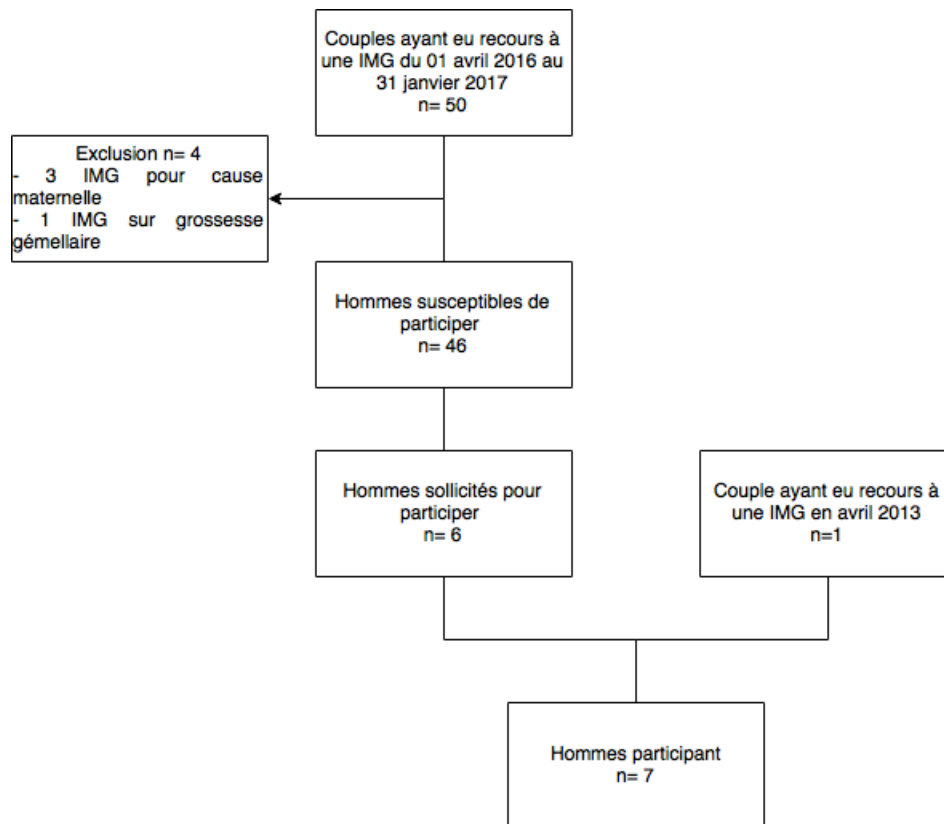
Le recueil de données a été effectué à l'aide d'entretiens individuels, au moyen d'un guide d'entretien semi-directif comprenant 3 grands thèmes (**Annexe I : Guide d'entretien**) :

- L'approche du vécu des hommes lors de la grossesse et de l'annonce de l'anomalie.
- L'approche du vécu des hommes lors de l'IMG et du retour à la maison.
- La relation hommes-soignants, le soutien : évaluer les besoins afin d'assurer un meilleur accompagnement.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis anonymisés et entièrement retranscrits afin d'être analysés. Les données ont été détruites à la fin de l'analyse.

### III/ Résultats :

#### 1/ Caractéristiques de la population :



*Figure 1: Diagramme d'inclusion de la population*

Notre population se composait d'hommes âgés en moyenne de 34,6 ans. Quatre d'entre eux avaient un niveau bac+5, un avait un bac+4, un avait un BTS et un avait obtenu un BEP.

Le terme moyen de l'IMG était de 20 Semaines d'Aménorrhée (SA) (extrême 15-30 SA). Les indications d'IMG étaient chromosomiques (2), génétique (1), neuromusculaire (1), polymalformatives (2) ainsi que pour retard de croissance sévère (1).

Les entretiens se sont déroulés, pour un sujet un mois après l'IMG, entre un mois et un an pour cinq des hommes, et après un an pour le dernier participant, amenant ainsi le temps moyen entre l'IMG et l'entretien à neuf mois. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, obtenues au bout de sept interviews. La durée moyenne des entretiens était de 51 minutes (comprise entre 40 et 70 minutes).



## **2/ Résultats :**

(Annexe II: Tableau de résultats)

### **I/ Approche du vécu des hommes lors d'une IMG :**

#### **a/ L'avant :**

Le vécu différait pour chacun en fonction de l'investissement par l'homme de la grossesse et de l'enfant. En effet, six hommes abordaient différemment la notion du **devenir père**. Quatre hommes expliquaient que le processus de paternité avait pu s'élaborer pendant la grossesse, et un autre à la naissance. Pendant la grossesse, l'enfant n'était pas toujours considéré comme un bébé, comme l'exprimaient deux hommes : « *On était dans l'idée que ce n'était pas encore un petit, que c'était encore un fœtus etc.* » <sup>(E28) SP17SA</sup>.

Tous les hommes interrogés rapportaient des **connaissances minimales** voire nulles concernant l'IMG mais tous exprimaient un **déni partiel**. Trois d'entre eux ignoraient qu'il s'agissait d'un accouchement par voie basse. Un homme supposait, dans les verbatims, qu'il s'agissait d'une « *opération* » ou de « *cachets* ».

Le **rôle de l'échographie** évoquée par deux hommes était peu connu, ignorant ainsi la possibilité de dépister d'éventuelles malformations.

L'**annonce de l'anomalie** de l'enfant était décrite, par six hommes, dans les verbatims, comme un « *moment douloureux* », « *déchirant* », un « *choc* », un « *coup sur la tête* ». Le mot « *effondrement* » a même été repris quatre fois par un homme. Nous pouvions aussi mettre en évidence un moindre, voire un arrêt de l'**investissement** envers l'enfant chez deux hommes, suite à l'annonce. Un homme ayant été absent lors de l'annonce trouvait difficile de ne pas savoir ce qui avait été dit mais essayait malgré tout de rassurer sa compagne.

Les nombreux examens, l'attente et la discordance des résultats étaient associés à une **incompréhension de la non-toute puissance de la médecine** (évoqué par un homme) et à

une fluctuation des émotions (pour un autre). Mais pour trois hommes, le temps d'attente du diagnostic était associé, dans les verbatims, à une **période « d'espoir »**. L'attente entre l'annonce et la décision d'IMG ou sa réalisation (abordée par quatre hommes) était dans les verbatims un moment « **difficile** ». Même si deux d'entre eux, expliquaient que ce temps d'attente avait été **plus difficile pour leur compagne** que pour eux.

Concernant **la décision de l'IMG**, cinq hommes exprimaient le fait de ne **pas avoir eu de doute**. Deux d'entre eux formulaient la « *chance* » de ne pas avoir été dans l'hésitation. Mais pour deux autres hommes, nous retrouvions beaucoup d'**ambivalence et de «doute»**. Un homme expliquait avoir été dépossédé de son choix, ceci étant lié, dans les verbatims au fait que « *tout avait été mis en place avant même qu'[il n']ai toutes les informations* ».

Cette décision d'IMG a été un **choix très difficile** (évoqué par trois hommes) liée, dans les verbatims, au fait de « *prendre la responsabilité de choisir la mort* ». « *On choisit de mettre un terme à sa vie (...) c'est le choix le plus dur qu'on ait fait ! (...) Ça nous a abattu* » (E43) PM30SA ; « *On l'a tué parce qu'on nous donne la responsabilité de dire on arrête une vie* » (E11) AG19SA. Pour un homme, l'IMG n'était, dans les verbatims, pas seulement une décision individuelle, c'était aussi une décision de « *société* ».

La décision d'IMG était associée à de la **responsabilité parentale et de choix pour le bien de cet enfant** (évoqué par six hommes).

Un homme mettait en avant, avec étonnement, sa place « **purement consultative** » dans le choix de cette décision.

#### **b/ L'après :**

**Le jour de l'IMG**, la prise du Cytotec® était un événement marquant (évoqué par quatre hommes), mettant en évidence le **doute** au moment de la prise du cachet (évoqué par deux hommes). Pour les hommes, **la douleur physique et psychique** ressentie par leur

compagne était difficile à vivre (évoqué par trois hommes) montrant leur **impuissance** et entraînant une **intériorisation de leurs émotions** (abordé par deux hommes) ainsi qu'une **mise à l'écart volontaire** de l'un d'entre eux.

Leur **présence** auprès de leur compagne tout au long était, dans les verbatims, importante pour eux (évoqué par trois hommes). Deux hommes exprimaient le fait de s'être **senti à leur place**.

Lors de l'IMG, des **difficultés** avaient été rapportées par quatre hommes : que ce soit d'avoir manqué de s'évanouir (pour un homme), ou la pénibilité d'entendre d'autres femmes accoucher (pour un autre), tout comme la peur pour la vie de sa compagne (pour le dernier). Un homme expliquait avoir eu l'impression que sa compagne était « *droguée* », non-consciente, au moment du fœticide, et qu'il s'agissait pour lui d'un moment douloureux. L'évocation de ce moment a été difficile durant l'entretien (larmes).

Deux hommes ignoraient la possibilité de pouvoir **rencontrer l'enfant**. Le souhait initial de ne pas voir l'enfant (évoqué par cinq hommes) était lié, pour un, à un moyen de **protection** pour lui même et pour un autre, à la **peur** de voir des malformations. Mais **tous** ont rencontré leur enfant. Cette rencontre était corrélée, pour tous, à une **matérialisation de la perte et de la réalité du corps de l'enfant** mais aussi à **une confrontation à la réalité du diagnostic** (évoqué par deux hommes). Deux hommes expliquaient, dans les verbatims, avoir changé d'avis afin de ne pas avoir de « *regrets* », et par « *respect* » envers l'enfant.

Il s'agissait d'un « *beau* » moment, un moment de « *joie* » (évoqué par un homme), **serein**, d'un moment de **soulagement** (évoqué par un homme). Ceci semblait corrélé, dans les verbatims, à la possibilité de **voir l'enfant plusieurs fois** (évoqué par un homme), de **laisser le temps** afin de faire connaissance avec l'enfant (évoqué par un homme), de **respecter les désirs du couple** (évoqué par un homme), et **d'humaniser** l'enfant (évoqué par deux hommes). À l'évocation de cette rencontre, nous avons pu noter des comportements non verbaux comme des **sourires** (chez trois hommes) et des **larmes** (chez un homme). L'enfant

était décrit, dans les verbatims, comme un **beau bébé** (évoqué par quatre hommes), un bébé apaisé (évoqué par deux hommes).

La rencontre avec l'enfant était un moment de reconnaissance et d'**inscription familiale**, de partage (pour deux hommes) et de rattachement aux générations précédentes. La remémoration de la présentation de l'enfant à l'entourage familial était forte en émotions (larmes chez deux hommes).

Nous remarquons que la rencontre avec l'enfant marquait un **changement dans l'investissement et la représentation** de celui-ci, finalement considéré comme un petit d'homme (chez un homme).

Voir l'enfant **contre sa volonté profonde** (évoqué par un homme) était associé, dans les verbatims, à un moment « *difficile* », « *triste* », même « *abattant* », « *tuant* »! Mais c'était un moment de confrontation à la réalité de la perte et à la perte elle-même. Le **regret** était aussi exprimé chez un homme, concernant le fait de ne pas avoir vu le visage de son enfant.

La **déclaration de l'enfant à l'état civil** était un acte important pour cinq des hommes. Mais pour un autre cela était associé à un moment **difficile**, lié au fait de déclarer un décès et non pas une naissance. Deux hommes n'avaient pas souhaité le déclarer. Cinq hommes avaient choisi de donner un **prénom** à l'enfant, mais cela avait été un choix **pénible** pour un homme, et, en reparler faisait surgir de la tristesse (larmes). Deux hommes avaient pu bénéficier du **congé paternité** pour lesquels son importance était liée, dans les verbatims, à la reconnaissance d'être un père et d'avoir ainsi les mêmes droits (évoqué par un homme). Trois hommes avaient eu un arrêt de travail, mais un homme n'a pas souhaité d'arrêt expliquant catégoriquement le refus de « **bénéfice** » lié à la décision.

La **crémation**, laissée à la charge de l'hôpital (pour cinq hommes) semblait corrélée, dans les verbatims, à une **incapacité psychique et organisationnelle** (évoqué par l'un d'entre

eux). Le **temps d'attente**, long, dans sa réalisation (abordé par trois hommes) a été décrit comme un moment difficile (pour deux hommes) et a pu être la conséquence d'un moment **d'incertitude** concernant ce choix (évoqué par un homme). Le **manque de soutien de l'entourage** relatif à ce choix a été évoqué par un homme. L'évocation de cet instant a fait resurgir chez lui de la tristesse. L'organisation personnelle des funérailles (évoqué par un homme) semblait avoir pour conséquence, une **confrontation et une prise de conscience de la réalité de la perte ainsi que de ses conséquences**.

La **reprise du travail** a été **bénéfique**, corrélée, dans les verbatims, à une occupation de l'esprit et à un changement des idées pour deux hommes. Cependant un homme en avait eu un très mauvais vécu ayant engendré une démission.

Le **retour à la maison** avait été « *très compliqué* » lié, dans les verbatims, à la solitude ressentie, à de l'anhédonie, au « *grand vide* », à la « *tristesse* », à « *l'effondrement* » (évoqué par quatre hommes). Deux hommes expliquaient s'être sentis « *apaisé[s]* » et « *soulagé[s]* » mais uniquement transitoirement pour un homme car, dans les verbatims, la tristesse avait « *perduré* ». À l'évocation du retour à la maison, un homme pleurait. Quatre hommes ont cherché des **moyens pour sortir de leur peine** (vacances, sport, projets...). Les vacances étaient liées, dans les verbatims, à un « *besoin de passer à autre chose* », de « *profiter* », « *de ne plus y penser* » (évoqué par deux hommes).

Le **jardin du souvenir** était associé, dans les verbatims, à un « *point d'attache* » (évoqué par un homme). L'évocation même du mot « jardin du souvenir » était, pour un autre homme, extrêmement douloureux lié à la prise de conscience de la réalité de la perte, décrivant même des **difficultés psychiques et physiques** lors de sa première visite, puis un soulagement. D'ailleurs, ce souvenir était encore difficile et il l'exprimait à travers des larmes. De plus, nous pouvions noter une prise de conscience de ne pas être le seul dans ce cas et un sentiment d'appartenance à un groupe réunissant des personnes ayant vécu la même situation.

Quatre hommes expliquaient le fait de **ne pas s'y être rendu**, mais l'envisageaient. Cela était lié, dans les verbatims, à une « **réticence** », une « **peur** », ou encore le fait de ne pas accorder beaucoup « *d'importance aux cendres* », ou de ne pas « *être prêts* ».

Les **dates** d'anniversaire de naissance, de décès, la date prévue d'accouchement, étaient corrélées, dans les verbatims, à des périodes « *d'appréhension* », des « *étapes difficiles* » qui pouvaient être « *compliqué[es]* » voire même « *redouté[es]* » que ce soit pour le couple mais aussi la fratrie (évoqué par quatre hommes). Des **mots** ou des enfants ayant la **même pathologie** pouvaient réactiver la représentation de l'enfant disparu dans l'esprit de deux hommes, comme ils l'évoquaient.

Les **traces mémorielles** de type **photos, empreintes**, avaient pour fonction, dans les verbatims, le « *partage* », de ne « *pas l'oublier* », de « *s'en souvenir* ». L'évocation de ces traces mémorielles sont fortes en émotions pour un homme (larmes).

Les **enfants aînés** étaient touchés par la perte de cet enfant (pleurs...) (évoqué par deux hommes), expliquant l'importance de leur **dire la vérité** sur la mort de cet enfant. La **grossesse suivante** (abordé par un homme) fut, dans les verbatims, une « **appréhension** », et le puîné était conscient de son histoire. Un **projet de grossesse** (évoqué par trois hommes) était, dans les verbatims, un moyen « *d'avancer* » (évoqué par un homme), mais « *sans crainte pour l'avenir* » (évoqué par deux hommes).

La **symptomatologie affective** ressentie par les hommes lors d'une IMG, était à type de « **dépression** » (chez trois hommes). Ceci semblait être corrélé à de **l'incompréhension** (liée aux nombreux examens, à la discordance des résultats, à la difficulté du diagnostic, à la mort de l'enfant...) et à de **l'impuissance** face à la maladie ou à la mort. Nous retrouvions de la **solitude** (évoqué par un homme). Trois hommes évoquaient de la **culpabilité** associée, aux **remords** et aux **doutes**, du geste ou de la pathologie avec la recherche d'un coupable. Nous avons identifié de la **colère** chez trois hommes. Celle-ci était, pour deux hommes à l'égard

des médecins. Un homme évoquait de la **jalousie** envers sa compagne qui avait porté l'enfant.

Nous pouvions également retrouver des **manifestations comportementales** du deuil normal à tendance **d'hyperactivité**, de pratiques sportives (retrouvé chez deux hommes).

Nous mettions en évidence des attitudes telles que la **perte du sens de la réalité** (évoqué par trois hommes) liées, dans les verbatims, au sentiment d'être observateur, de ne pas être présent.

Nous retrouvions aussi une **symptomatologie physique** témoignant d'une **fragilité** particulière (des douleurs thoraciques étaient évoquées chez un homme).

Deux hommes évoquaient le fait de n'avoir que **peu de souvenirs** précis de certains instants et un homme expliquait garder les **beaux moments** de cette histoire.

## **II / Le soutien :**

Du soutien avait pu être trouvé auprès de **l'entourage amical** (évoqué par quatre hommes) qui pouvait être, dans les verbatims, « *à l'écoute* » (abordé par deux hommes) et corrélé, à la non-remise en question du choix (abordé par trois hommes). La **méconnaissance** de l'IMG par l'entourage était également décrite par deux hommes. Ceci était associé, dans les verbatims, à une difficulté de se rendre « *compte de ce que ça représentait* » et à une incompréhension face à la tristesse ressentie.

Le **non-soutien amical** était lié au peu d'entourage amical, au fait de ne pas leur en avoir parlé, de ne pas vouloir de soutien, un moment inadéquat, ou encore aux mots et/ou phrases blessantes que l'entourage amical pouvait dire (évoqué par trois hommes). **L'indiscrétion** était présente et pénible, décrivant, dans les verbatims, le côté « *pesant* » de l'entourage à gérer au quotidien (abordé par un homme).

**Le soutien familial** était de type **instrumental** (garde d'enfant, aide ménagère...)

(évoqué par quatre hommes) et **émotionnel** de par leur présence corrélé, dans les verbatims, au fait de ne « *pas se retrouver tout seul* » (évoqué par deux hommes) et par la compréhension de la tristesse vécue par les parents. La **participation** de la famille dans les rites et rituels, la rencontre familiale avec l'enfant était décrite, dans les verbatims, comme « *important[e]* » pour la famille elle-même.

La peur de déranger, ainsi que la peur du jugement, étaient pour deux hommes des raisons de ne pas en avoir parlé à leur famille. La famille n'était pas présente, ni « *au courant* » mais cela était décrit comme « *pesant* » par les deux hommes.

Le besoin de partage avec d'autres **couples ayant vécu sensiblement la même histoire** (décrite par quatre hommes) était lié au fait de vouloir partager le même ressenti, de comprendre les émotions, ce qui était important. Un **groupe de parole** serait souhaité par un homme. Du soutien **informel** a pu être trouvé auprès d'un **forum internet** (déroulement, témoignages...) et corrélé à une prise de conscience de ne pas être les seuls face à cette épreuve.

Deux hommes ont pu trouver de l'aide auprès du **médecin de famille**, permettant, dans les verbatims, d'être « *guidé[s] pour faire leur deuil* ».

Le soutien des **soignants hospitaliers** était de type **émotionnel** (« *réconfort* », « *attentionnés* », « *attentifs aux besoins* »), qui était, selon les hommes, très important mais également **informationnel** (« *explications* », « *aide* », « *informations* », « *disponibilité* »). Il était aussi **instrumental** (« *accueilli* », « *reçu* ») et d'**estime** (« *respect* », « *écoute* »). La **multitude des intervenants** dans ces situations était décrite par deux hommes. Un homme expliquait une **différence d'approche** entre les médecins (décrite, dans les verbatims, plus « *brute* » et banalisante) les infirmiers, et les sages-femmes, et les professionnels plus âgés en opposition aux plus jeunes. La **préoccupation** de l'homme par les soignants est évoquée par



deux hommes. Mais la **prédominance de la prise en charge maternelle** est liée, dans les verbatims, à la difficulté de se mettre à disposition du papa ainsi qu'aux réflexes amenant plutôt à s'intéresser à la femme qu'à l'homme, mais elle fut décrite comme normale par deux hommes. En effet, un homme exprimait le fait de ne pas être « *le personnage principal de cette histoire* ».

Le **manque de soutien** était lié, dans les verbatims, à de la froideur, et au peu d'explication de la part d'un soignant, mentionné comme « *horrible* » par un homme.

Selon cinq hommes, les professionnels de santé se sont toujours essentiellement **adressés** au couple. Cependant, pour trois hommes, les annonces se faisaient principalement à la femme mais ils trouvaient cela « *normal* » et « *compréhensible* ».

Le **soutien psychologique** avait été apporté par les sages-femmes de l'UTAP, décrit comme « *bénéfique* », « *global* », « *indispensable* ». Du soutien **informationnel** (explications, communication), **émotionnel** (réassurance), d'**estime** (travail d'acceptation) ainsi que du soutien **instrumental** (arrêt de travail) avait pu être trouvé par quatre hommes. Néanmoins, la difficulté de parler en présence de sa compagne, et le non-besoin et/ou envie d'en parler est rapporté par deux hommes. Un suivi par un psychologue extérieur à l'hôpital est décrit par un homme, dans les verbatims, comme « *salvateur* ».

**L'intériorisation des émotions** était liée, dans les verbatims, au fait ne pas vouloir attrister leur compagne ou leur entourage, ne pas craquer pour s'occuper de la famille, pour soutenir (évoqué par cinq hommes), mais également à un besoin de solitude ainsi qu'au fait de ne pas avoir l'habitude de verbaliser ses ressentis (abordé par deux hommes). La passivité masculine lors de l'IMG était retrouvée et évoquée par trois hommes. Cependant, la **parole** était décrite, dans les verbatims, comme difficile mais **utile**, permettant l'acceptation, le souvenir, le partage (évoqué par trois hommes), nécessitant cependant du temps (évoqué par deux hommes).

**Au sein du couple**, la communication était décrite comme importante par trois hommes. La totalité des hommes évoquaient leur rôle de **soutien** (émotionnel, d'estime), et le besoin de se sentir **utile** auprès de leur compagne (évoqué par trois hommes). Le soutien était également décrit comme réciproque par quatre hommes. Du soutien de type **instrumental** et **informationnel** envers leur compagne était également évoqué. La **temporalité psychique** différente du travail du deuil au sein du couple a été abordée par trois hommes. Deux couples se disaient, dans les verbatims, « *rapprochés* », renforçant leurs liens.

## **IV/ Discussion :**

### **1/ Limites et biais :**

Un biais de sélection a été observé, lié à un biais de recrutement car les hommes ont été recrutés uniquement par l'intermédiaire de l'UTAP de l'HCE, ce qui pose un problème de représentativité. L'échantillon a été constitué par un autre moyen que le hasard : le recrutement des sujets sur la base du volontariat par les sages-femmes de l'UTAP (pour six hommes). Dans notre étude, un volontaire a également été inclus car son recul important sur les événements et le fait qu'il ait eu un nouvel enfant était pertinent. Dans cette recherche, nous avons privilégié comme élément le plus pertinent, la profondeur de la démarche plutôt que le nombre d'interviewés. En effet, il n'y a pas de biais concernant la taille de l'échantillon à partir du moment où l'effet de saturation a été atteint [15].

Notre étude comptait également un biais de classement. Un biais de subjectivité de l'enquête était lié à un biais de mémorisation puisque les hommes étaient interviewés de façon rétrospective par rapport à l'IMG. Il était donc possible qu'il y ait une perte de données. Afin de faciliter ce travail de mémoire, la première question concernait les circonstances de découverte de l'anomalie afin qu'il y ait une meilleure remémoration des événements par la suite. De plus, un délai maximal de dix mois a été fixé entre la prise en charge et l'interview dans le but de minimiser ce biais de mémorisation, pourtant nécessaire pour avoir un certain recul sur les événements. En effet, le délai court entre l'entretien et l'IMG (2 semaines et 5 jours), rapportait des difficultés : « *Ouais, c'est vrai que c'est, j'ai du mal à avoir du recul* » (E71) RPM23SA. L'analyse de contenu ayant été réalisée par l'enquêteur amenait un biais de subjectivité. Pour l'éviter, l'analyse a été faite de façon exploratoire afin de se baser uniquement sur les dires des hommes, sans interprétation de la part de l'enquêteur et étant le plus objectif possible.

Il existait un biais lié aux entretiens lié à la gêne, à la tristesse engendrée mais aussi aux aléas des entretiens (téléphones, dérangements...). Nous avons laissé à l'interviewé la

possibilité de développer d'autres thèmes auxquels le chercheur n'aurait pas pensé.

Enfin, notons que la dernière question était très pertinente (*Avez-vous quelques remarques à ajouter ? Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semblait important ?*) puisqu'elle a permis aux hommes de ne pas vivre la séparation de l'entretien trop brutalement et de sentir qu'ils étaient considérés comme des interviewés dont l'opinion était importante. D'ailleurs, nous pouvions constater qu'en général, les sujets avaient souvent quelque chose à ajouter. Cependant, les hommes se sont confiés sans trop de difficultés au cours de chaque entretien, en mettant des mots sur ce qu'ils avaient ressenti permettant ainsi de recueillir des données de qualité. L'intimité du sujet a été respectée par une écoute attentive et compréhensive sans relance appuyée sur des sujets délicats.

Le deuil périnatal étant un sujet sensible [16], l'élaboration même du questionnaire a été une étape difficile. Fallait-il par exemple parler de pères, d'hommes, de fœtus ou d'enfant ? D'ailleurs, la réalisation de tels entretiens n'a pas été sans évoquer la violence potentielle d'aborder directement la souffrance des hommes, à un moment particulièrement difficile à vivre qu'est l'interruption de grossesse. Notre crainte était d'augmenter cette souffrance en posant des questions intrusives. Mais le non-refus des hommes sollicités nous a plutôt confortés dans l'idée que cette démarche leur ouvrait un espace d'expression complémentaire qu'ils appréciaient.

Néanmoins, l'impact qu'ont pu avoir ces entretiens sur les hommes est à prendre en compte. En effet cette réminiscence a pu raviver des questionnements et des sentiments de colère, de tristesse et ainsi être déstabilisante, pour eux, comme pour nous lors de ces entretiens. D'ailleurs, le fait de revenir dans les locaux avait été difficile pour un homme. Pour un autre homme, « *ça fait bizarre...* » <sup>(E26) AG19SA</sup>. Trois autres, n'exprimaient pas de gêne. Et les deux autres hommes n'en parlaient pas, mais notons qu'un homme n'a pas été confronté à se retrouver dans les locaux car l'entretien avait été mené directement chez lui.

## 2/ Discussion :

### I/ Approche du vécu des hommes lors d'une IMG :

#### a/ L'avant :

La paternité, terme défini par C.CHILAND en 1981 correspond à l'ensemble des processus psychiques induits par le devenir père. La notion de **devenir père**, développée par les hommes de notre étude durant la grossesse de leur compagne, présentait des similitudes avec ce qui est écrit dans la littérature : élaboration **concomitante à la grossesse** [17] [18] . L'enfant in-utéro était **déjà investi** et reconnu comme tel, c'est l'enfant imaginaire [19] [20]. Mais pour d'autres, lors de la grossesse, l'enfant **n'était pas considéré comme un bébé** [20] : « *Pour moi c'était pas encore un être humain quoi* » <sup>(E11) T1321SA</sup>.

Le **vécu différent de la grossesse**, développé par les hommes de notre étude, présentait des similitudes avec la littérature: corporel pour les femmes, et plutôt cérébral, symbolique pour les hommes [11]. De ce fait, certains hommes exprimaient le **besoin d'investir l'enfant** pour se sentir père, travail psychique complexe, ayant une temporalité propre. La vision étant très importante pour l'homme [11], le vécu cérébral de la grossesse chez l'homme est relancé via l'échographie ou la révélation du sexe de l'enfant, favorisant l'activité fantasmatique de l'enfant imaginaire [14]. Certains hommes exprimaient le fait de ne pas vouloir savoir le **sexe**. Le savoir, permettrait une projection et une réalité. On pouvait émettre l'hypothèse que ce n'était pas envisageable à ce moment-là : « *On ne voulait pas le savoir pour que ça reste plus abstrait je pense.* » <sup>(E28) SP17SA</sup>. Cette différence majeure pouvait être source **d'incompréhensions, d'impuissances et de discordances** au sein du couple, rendant, d'après les hommes de notre étude, la décision d'IMG plus difficile pour la femme que l'homme : « *Alors que mon épouse, le fait d'avoir le bébé à l'intérieur, je comprends que voilà, la décision pour elle ça a été vachement plus dur.* » <sup>(E17) T2117SA</sup>.

Certains hommes abordaient le fait de se sentir père à la **naissance**, notion différente pour la femme, qui selon eux, était déjà mère avant l'accouchement. En effet, cette notion est retrouvée dans la littérature : le passage du statut de fille à mère s'effectue tout au long de la

grossesse, mais celui de fils à père émerge au moment de la naissance [11].

La connaissance de l'IMG par les hommes faisait l'objet d'un **déni partiel**, moyen de protection, normal et légitime, également décrit dans la littérature. Effectivement, tout Homme vit avec l'illusion de l'immortalité, sa propre mort est irréprésentable [22]. Les explications par les professionnels concernant la naissance par **accouchement voie basse** étaient extrêmement importantes. En effet, ignorée de certains hommes cette connaissance est nécessaire à l'élaboration du travail psychique.

Un homme relatait les **antécédents obstétricaux** de sa compagne. Le vécu douloureux d'une fausse couche témoignait de l'investissement de l'enfant très tôt pendant la grossesse. Concernant la grossesse-extra-utérine, il évoquait le manque d'information et de soutien, et c'est seulement après l'IMG qu'il s'est rendu compte de l'importance de ces derniers. Tout au long de l'entretien il reparlait sans cesse des antécédents, pouvant laisser imaginer que la perte secondaire à l'IMG a réactivé les pertes antérieures. Tout comme nous le retrouvons dans la littérature : le traumatisme de la perte et la blessure narcissique du deuil, sont la raison de la reviviscence des pertes antérieures [23]. La répétition des problèmes obstétricaux sont qualifiés, dans les verbatims, d'« *acharnement* ». De ce fait, il exprimait une certaine limitation de la projection d'avoir un enfant, pouvant être un moyen de protection psychique.

Concernant **les circonstances de découverte de l'anomalie**, pour certains hommes, l'échographie était vue comme un examen de routine, pour « voir leur enfant », oubliant qu'il s'agit avant tout d'un examen de diagnostic anténatal ayant pour but de dépister d'éventuelles pathologies fœtales [24] [25]. La notion de **communication non-verbale** avec l'échographiste, décrite dans notre étude présentait des similitudes avec ce qui est écrit dans la littérature : mimiques, silences, comportement, tout était inspecté et source d'inquiétude [24].

La littérature [24] [26], ainsi qu'une étude menée en 2000 [27], montraient que l'**annonce de l'anomalie** était le moment le plus pénible sur le plan psychologique, chez les

**femmes**, quelques soient le terme, la parité, l'âge ou la pathologie fœtale.

L'hypothèse de cette étude était que l'IMG serait un moment difficile, d'autant plus au moment de l'annonce. Nous pouvons confirmer cette hypothèse grâce aux dires des hommes, qualifiant cet instant de « *douloureux* », « *déchirant* », le comparant à un « *choc* », un « *coup sur la tête* », un « *effondrement* ». On peut retrouver ici, la phase ou étape initiale du deuil, définie par un état de choc, de stupéfaction [28]: c'est la sidération. Le pilier illusoire qu'était l'illusion de l'immortalité [22] s'effondre à l'annonce.

Les **nombreux examens passés et la discordance des résultats** avaient eu pour conséquence une importante **fluctuation des émotions positives et négatives** (ascenseur émotionnel) pour un homme. Pour un autre, malgré les discordances, le fait d'avoir été « *rassuré* » par les médecins provoquait un **choc lors de l'annonce définitive** de l'anomalie. Un homme évoquait « **les failles de la médecine** ». « *Ils trouvaient pas. Toutes leurs connaissances elles étaient dépassées.* »<sup>(E2) PM30SA</sup>. Cela avait eu pour conséquence une **incompréhension**, liée au fait que le corps médical n'avait pas réponse à tout, hésitait quant au diagnostic exact, avait demandé des avis, mais liée aussi au fait que certaines réponses pouvaient être « trouvées » sur internet. Cette incompréhension était à l'origine d'une certaine « rancune » envers les médecins.

**Le temps d'attente entre les différents examens** était, pour eux, une période **d'espoir**. Il peut s'agir d'un déni de la réalité permettant de surmonter quelque chose d'angoissant. Suite à la brutalité de l'annonce, l'entourage peut mettre en place des mécanismes de défense permettant de continuer à vivre comme si de rien n'était ou presque. Cette barrière psychique permet d'avancer et de vivre encore des moments heureux, plutôt que de rester dans l'effroi. Et c'est ce qu'expliquait un homme: l'espoir est un moyen de protection du psychisme, un moyen d'avancer : « *Parce que toi t'as toujours ce qui te tient debout c'est que t'as toujours l'espoir que ça aille mieux...* »<sup>(E38) PM30SA</sup>.

Dès l'annonce de l'anomalie, on pouvait observer un **moindre voire un arrêt de**

**l'investissement** de l'enfant par l'homme : « *Enfin, y a eu la période entre la choriocentèse où j'ai pris vachement de recul sur le bébé, où je lui parlais plus trop, tout ça.* » <sup>(E1) AG19SA</sup>. Nous retrouvons cela dans la littérature [10]. Ce manque d'investissement a été volontairement renforcé au début par un homme afin, dans les verbatims, de « *garder ses distances* », par le fait qu'il y ait une malformation fœtale. Ce désinvestissement est la cause que l'enfant imaginaire n'est plus l'enfant rêvé [24]. Il est maintenant remplacé par un « *enfant mal formé, cassé, incomplet, insatisfaisant, qui vient raviver l'imaginaire archaïque de l'enfant monstrueux et redouté* » [29]. On peut émettre l'hypothèse que cette limitation de la projection, ce désinvestissement, est une adaptation contre l'impuissance et la colère.

Le **temps d'attente entre la décision d'IMG et sa réalisation** est un temps long, complexe, mais permettant de prendre conscience, de débiter le travail de deuil et d'accepter l'enfant. C'est un travail psychique de reconnaissance de l'objet perdu et de la perte [30] [31] [3] [21]. La rapidité de réalisation de l'IMG était souhaitée « *comme si enlever ce bébé monstrueux diminuait alors la souffrance ressentie* » [30]. Cependant, demander rapidement une IMG serait une réaction de défense, du marchandage [32], qui est une étape du deuil et il faut l'entendre comme telle et ne pas forcément accéder à leur demande [16]. Ce temps d'attente serait favorable à la résolution du deuil [30].

La **place de l'homme dans le choix de la décision de l'IMG**, avait été décrite avec surprise. « *J'ai participé à ce choix. Même si on m'a bien dit que mon choix était purement consultatif au final ...* » <sup>(E4) PM30SA</sup>. Effectivement, légalement, la demande définitive de recours à une IMG émane obligatoirement de la femme. « *C'est la décision de la mère, donc on écoute la mère, mais pas le père.* » [16].

La décision de l'IMG a été un choix très difficile à prendre : « *On l'a tué parce qu'on nous donne la responsabilité de dire on arrête une vie (...) Mais voilà, on se dit « Bah voilà on a tué notre enfant, tout ce qu'on attend de plus cher »* » <sup>(E11) AG19SA</sup>. On peut supposer que le fait de choisir la mort fait allusion à la **transgression de la loi de l'Homme** [33], « *Tu ne*



*tueras point !* » imposant un sentiment de toute puissance, très difficile. Cette décision de donner la mort peut être vue comme une transgression majeure [34]. Ce qui donne aux parents un « *sentiment de toute-puissance* » [34] [21] extrêmement violent, comme retrouvé dans la littérature. F. PERROTTE et al. montraient, chez les femmes, que la prise de décision était vécue comme le deuxième événement le plus pénible psychologiquement après l'annonce [27].

Cependant, l'IMG n'est pas seulement une décision individuelle, c'est aussi **une décision de société**, un choix politique, abordé par un homme de notre étude. Il s'agit des articles L162-12, art. 5 et 13, créés par la loi n°75 du 17 janvier 1975, ainsi que l'article 13 de la loi 94-654 du 29 juillet 1994 du Code de la santé publique. En effet, on naît et on meurt dans une société donnée. Cette prise de conscience avait pour rôle de déculpabiliser, ne pas être « le tout puissant » de réconforter dans les choix, tout comme le partage de l'expérience d'autres parents et la décision en collaboration avec l'équipe médicale [25]. « *Que c'est pas que nous qui faisons le choix. Que c'est tout le monde qui a fait le choix. C'est un choix de société. Les gens ont choisi, les gens ont voté pour ça, indirectement, mais je sais que tout le monde est d'accord avec ça. Qu'on a pas tout à accepter nous ! Oui c'est important, c'est très important ! Dans ma démarche, moi ça a été important. [silence]* » <sup>(E81)</sup> PM30SA.

#### **b/ L'après :**

Reparler du **jour de l'interruption** était difficile. Le **temps d'attente long** lors de l'hospitalisation était mis en évidence par les hommes. Cependant il est important, de prendre le temps, de ne pas se précipiter, tout comme le dit F.AUTHIER-ROUX : « *Agir vite ne peut qu'être néfaste pour la réalité psychique des parents* » [4]. Il s'agissait pour un homme du dernier moment de vie ensemble, avec l'enfant, permettant de commencer le travail de deuil, en lui disant au-revoir.

Lorsqu'un homme parlait de la naissance, du **foeticide** il expliquait : « *après l'interruption médicale, après le geste on va dire. [chuchote] On dit comme ça.* » <sup>(E13)</sup> PM30SA.

Ici, on remarque que le chuchotement peut faire écho à la « *conspiration du silence* » existant autour du deuil périnatal [9], ainsi qu'à la censure de la mort pouvant exister dans les maternités. Mais « *dans un lieu où il y a la vie, inévitablement la mort rôde aussi.* » [4]. On peut aussi penser, par le « *on dit comme ça* » qu'un homme soulignait la mise à distance langagière existante de la part des soignants [4]. Le mot « mort » n'est jamais clairement prononcé [4].

Trois hommes évoquaient leur **passivité** face à la situation, ne les mettant pas en position d'acteur (position masculine) : « *j'étais juste là, à l'accompagner. Physiquement. [silence]* » <sup>(E24) RPM23SA</sup>; « *Il fallait se concentrer sur les choses sur lesquelles on pouvait agir et justement, ça [la maladie], ça fait partie des choses dont on peut pas agir dessus.* » <sup>(E67) PM30SA</sup>, notion aussi retrouvée dans la littérature [31]. « *Il souffre de ce qu'il n'y a rien à faire, juste être là.* » [11].

Ainsi, nous pouvions constater que le jour de l'IMG, deux hommes montraient leur besoin d'être dans **l'action et l'anticipation**, l'un concernant les protocoles employés et l'autre, recherchant un arrêt de travail. L'homme peut être dans l'action, afin d'éloigner une charge émotionnelle trop importante, ou une situation stressante. Dans certaines situations, cela peut être un moyen de défense [35].

Lors de l'accouchement, un homme racontait qu'il a manqué de « **tomber dans les pommes** ». On peut penser que ce type de malaise peut-être lié à une charge émotionnelle trop importante, à la peur, ou peut-être que cet évanouissement est un mécanisme de protection psychique. Un autre homme évoquait les difficultés lors de l'IMG lorsqu'il **entendait des femmes accoucher**, souhaitant, dans les verbatims, ne « *pas mélanger* ». Et lorsque nous lui demandions si, pour lui, il faudrait qu'il y ait des salles un peu plus isolées, il répondait : « *Peut-être, même si, ouais remarque ouais peut-être.* » <sup>(E13) RPM23SA</sup>. Comme l'explique l'Association Petite Emilie : « *Même s'il semble très douloureux d'être dans un service de maternité et d'entendre les autres bébés pleurer, il s'agit aussi d'une reconnaissance du statut de parents ainsi que de celui de l'enfant. Tout comme le fait d'être hospitalisé dans un service de gynécologie peut être vécu comme un signe de non reconnaissance de la maternité.* » [31].

D'après une étude réalisée en 2000, 41 % des femmes et 42 % des conjoints ont souhaité **voir leur enfant** après une IMG [27]. Mais, aujourd'hui, à l'HCE de Grenoble, on considère qu'environ 80% des couples souhaitent voir leur enfant. La totalité des hommes interrogés ont vu leur enfant. Ils expliquaient qu'initialement ils **ne souhaitaient pas le voir**, afin de se protéger, ou par peur des malformations ce qui est en adéquation avec la littérature [31].

Nous pouvons penser que le fait de **s'être senti imposé**, de ne pas avoir choisi, d'avoir vu son enfant contre son choix le plus profond rend le vécu plus difficile, comme le montrait un homme. « *Après de nombreuses années où on a escamoté la mort, la tendance serait peut-être maintenant de trop vouloir la montrer.* » [21]. En effet, le cheminement diffère pour chaque personne et imposer une pratique codifiée, des protocoles prédéfinis pourrait avoir des effets néfastes. En effet, il convient de respecter la temporalité propre à chacun. Le refus d'un ou des parents doit être respecté, comme abordé par les hommes de cette étude. En effet, les temps d'élaborations psychiques sont différents pour chacun, même au sein du couple, mais il convient de respecter les choix de chacun.

Mais voir l'enfant, n'est en aucun cas une obligation et il est donc recommandé, autant que faire se peut, que le corps soit conservé quelques heures dans un endroit approprié du service de maternité, afin de laisser aux parents un temps suffisant de réflexion pour prendre la décision de voir l'enfant. Il est donc essentiel de laisser le **temps** aux parents, comme l'expliquaient les hommes de notre étude, rassurés du fait d'avoir eu le choix et de pouvoir changer d'avis. Les pensées peuvent évoluer rapidement en salle de naissance et la pression de la part des équipes est néfaste [4]. Il convient, également, de respecter les **désirs** de chacun (toucher, porter...), proposer sans imposer, comme le décrivait un homme. Chaque personne sait, de manière intime, ce qui lui convient [31].

Pour certains auteurs, les parents ne voulant pas voir leur bébé ne seront pas forcément en danger de deuil non résolu [31] [36]. Pour d'autres, l'absence de corps à pleurer rendrait la perte irréaliste, figerait l'évolution du deuil [37], et ce refus pourrait « *alimenter la culpabilité ainsi que des fantasmes et participer à l'installation d'un deuil pathologique* » [11].

La vision [11], avait permis une prise de conscience de **réalité au corps de l'enfant, de matérialiser la perte, de prendre conscience de la mort, et d'être confronté à la réalité du diagnostic**. En effet, voir l'enfant est l'occasion de démystifier l'image du « monstre » ayant telle pathologie, que les parents avaient pu imaginer, permettant de mettre un terme aux représentations imaginaires que l'on pouvait se faire de l'apparence et de l'aspect de son enfant [31]. Lorsque les malformations sont peu ou non visibles, cela met le doute concernant la pathologie ayant pour conséquence le fait de devoir faire une confiance absolue au corps médical, comme nous le retrouvons dans la littérature [4]. Cependant, le doute relatif à l'exactitude de la pathologie demeure, c'est un doute persistant dans le temps. Un homme n'ayant pas pu voir le visage de son enfant exprimait un doute quant aux malformations, pouvant être à l'origine d'une image fantasmatique de l'enfant. En effet, « *le doute pourra alimenter la culpabilité ainsi que des fantasmes et participer à l'installation d'un deuil pathologique.* » [11].

« *Tous les parents qui ont pu ainsi découvrir leur enfant en gardent le souvenir d'un moment d'infinie tendresse et d'apaisement* » [31], c'est ce qu'expliquaient les hommes de notre étude, décrivant leur enfant comme un « *beau bébé* ». Un homme confiait que malgré ses doutes premiers, il aurait regretté de ne pas l'avoir vu.

Deux hommes exprimaient leur reconnaissance envers les professionnels qui se préoccupaient et « **humanisaient** » leur enfant pour la présentation aux parents : « *elle l'a habillé tout ça, et elle lui parlait comme si il était là, quoi ... [sourire] (...) Ça nous a épaté comment elle lui a parlé, comme s'il était vivant, comme s'il était là quoi. Ça nous a beaucoup touché aussi.* » <sup>(E25) AG19SA</sup>. L'enfant sera pris en charge par l'équipe avec le respect qui s'impose pour chacun de nos patients [38]. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort (Article R4127-2 et R4127-38 du Code de la santé publique) [39] [40].

La **déclaration**, comme expliqué par les hommes, est une trace mémorielle importante pour le travail de deuil. L'enfant est reconnu en tant que tel. C'est une preuve de l'existence de

cet enfant, afin qu'il prenne place dans la mémoire de ses parents [41]: effectivement, depuis 2009, pour toute grossesse qui s'interrompt à partir de 14 SA et 1 jour c'est à dire à partir de la 15<sup>ème</sup> SA, il y a **possibilité** de déclaration à l'état civil. La déclaration et la reconnaissance de cet enfant, permettent la création d'une famille, avec la délivrance d'un livret de famille pour le premier enfant d'un couple non marié [42] [43]. Cependant, lors de l'inscription à l'état civil l'enfant est noté comme décédé uniquement, non comme né [31], difficulté soulevée par un homme mettant en évidence une très nette différenciation entre les hommes venant déclarer une naissance-vivante et ceux déclarant une naissance-sans-vie. Cette séparation physique a été très difficile à vivre, et semblerait renforcer le sentiment de solitude et de différence. Nous pouvons mettre en lien, chez les hommes de l'étude, **l'investissement de l'enfant à travers la déclaration**. En effet, comme décrit dans la littérature, imposer la reconnaissance pour des couples n'ayant pas investi l'enfant comme tel pourrait être d'une grande violence [21]. *«Faire comme si l'enfant n'avait pas existé, ne pas regarder cette mort en face, c'est peut-être leur seul moyen trouvé pour survivre à ce drame.»* [21].

Le choix du **prénom**, le fait de pouvoir nommer l'enfant permet de l'ancrer symboliquement dans l'histoire familiale, de lui donner une place, de reconnaître l'existence de l'enfant, et de se sentir parents, comme l'expliquaient les hommes de notre étude et retrouvé également dans la littérature [4]. Donner un prénom à l'enfant ancre une réalité, témoignant d'une prise de conscience de la perte. Il peut s'agir de l'étape du deuil qu'est la dépression [28] [32]. Un homme mettait en évidence une inversion des processus : la mort avant la vie, les plus jeunes avant les plus âgés, c'est à « *contresens du processus vital* » [11]. Tout comme la déclaration, le choix des habits, qui sont habituellement des moments heureux qui ne le sont plus, notion également retrouvée dans la littérature [4]. Dans cette étude, nous pouvions également mettre en lien, le choix de donner ou non un prénom à l'enfant et son investissement par le couple.

Depuis l'arrêté du 9 janvier 2008 (Journal Officiel du 11 janvier 2008), que l'enfant sans vie soit déclaré ou non, les hommes peuvent bénéficier du **congé paternité** pour tout enfant « né » après le délai légal des 22 SA. En effet, les droits sociaux restent soumis au seuil

défini par l'OMS : 22 SA ou 500 grammes. Si l'enfant est né avant 22SA, le médecin peut établir un arrêt de travail ou faire bénéficier d'une autorisation exceptionnelle d'absence pour évènement familial. Selon les conventions du travail et/ou de l'employeur, les hommes ont droit éventuellement à des jours obsèques et/ou des jours de naissance [31] [44] [45]. Ceci permet aux hommes de pouvoir bénéficier des droits liés à leur statut de père, et reconnu comme tel, constituant une forme de reconnaissance sociale de leur rôle dans l'accueil du bébé [14]. C'est ainsi que l'exprimaient les hommes ayant pu bénéficier du congé paternité. Pour eux, c'était important d'être reconnu comme tout autre père et d'avoir les mêmes droits : « *Après voilà, c'est important aussi de faire reconnaître que c'est un vrai accouchement, que c'est un vrai bébé, donc on avait les mêmes droits que...* » <sup>(E50) RPM23SA</sup>. Cependant, un homme **n'avait pas souhaité d'arrêt de travail**. « *Non non non non non, j'ai pas demandé. J'ai repris. Et pour moi je trouvais ça... de profiter de ces jours là alors qu'on a ... [Parle fort et ri] Comme si j'allais profiter de ça, de cette décision, perdu un enfant, comme si j'allais en profiter pour me mettre en congés tranquille... Non je suis retourné travailler, je suis retourné travailler...* » <sup>(E37) T2117SA</sup>. On peut penser que le travail, chez cet homme, est un point d'appui pour ne pas s'effondrer. Le rire qu'il exprime est peut-être un rire défensif. On peut imaginer que la douleur et la culpabilité de la décision sont importantes, de ce fait il exprimait ne pas souhaiter de « bénéfice », en analogie à ce que S.FREUD expliquait concernant les « *bénéfices secondaires de la maladie* » [46].

**La reprise du travail** après l'IMG fût « **bénéfique** » pouvant laisser penser que le travail peut être un moyen pour les aider à garder leurs repères. Le « *mauvais vécu* » et la démission consécutive, développés par un homme, présentait des similitudes avec ce qui est écrit dans la littérature. En effet, suite à la perte de leur enfant, on observe une augmentation des changements dans la vie des parents [47].

Par ailleurs, nous avons émis l'hypothèse que l'IMG serait également plus difficile lors du **retour à la maison**. Au vu des dires, nous pouvons donc confirmer cette hypothèse. Effectivement, leurs propos reflétaient une grande difficulté, lié à la prise de conscience à la

**solitude** engendrée et la **grande tristesse** qui leur paraissaient **insurmontables**. Ce qui pouvait correspondre à une étape du deuil qu'est la dépression [28] [32]. La notion de **soulagement**, développée par les hommes de notre étude, présentait des similitudes avec ce qui est écrit dans la littérature : soulagement seulement transitoire [21].

Avec le temps, certains hommes avouaient encore éprouver de la **tristesse**, mais avaient retrouvé leur **plein fonctionnement**. Nous pouvions penser qu'il s'agit ici de la **phase d'acceptation ou de résolution de deuil** [28] [32].

« **Des stratégies mises en place pour aller de l'avant** » étaient évoquées par les hommes de notre étude. Cela pouvait faire référence à l'étape d'acceptation du deuil comprenant la recherche de solutions et moyens pour sortir de sa peine [32]. Nous retrouvions l'évocation de vacances et de projets comme la rénovation d'une maison. Pour un homme, les projets avaient pour objectif : une prise de conscience de son existence, de retrouver un but à sa vie et de découvrir ses ressources personnelles, présentant des similitudes avec la littérature [4]. Des activités sportives étaient décrites par un homme, comme un moyen de s'exprimer autrement que par des pleurs, occupant l'esprit et aidant à avancer. En effet, l'homme est moins dans l'expression émotionnelle (intérieurisation) plus dans **l'action** [21] [31], dans la prise d'initiatives, le renseignement. Les hommes exprimaient le besoin de se sentir **utile**. Cela était observé chez les hommes de notre étude : s'occuper des tâches ménagères, se renseigner activement sur des forums, s'intéresser aux protocoles... Mais, comme nous l'avions déjà abordé, l'action peut être une défense [35].

Ce qui distingue l'homme de l'animal, c'est la ritualisation des choses autour de la mort [16]. La sépulture n'est pas qu'un lieu de cimetière, c'est aussi un lieu interne [48]. C'est une trace tangible [16]. Aller au **jardin du souvenir**, était important pour certains hommes de notre étude, et permettait de **matérialiser** la réalité de la perte.

La représentation du disparu peut être réactivée par des **liens symboliques comme les enfants ayant la même pathologie, des dates** [49] comme le décrivaient les hommes de notre étude. Ainsi des moments de tristesse peuvent survenir bien des années après alors que

personne ne s'y attend [31]. La date prévue d'accouchement, l'étape des un an, étaient décrites comme difficiles, et l'importance du soutien, du recueil et des rites étaient à ce moment-là importants. Les grossesses dans la famille, abordées par un des hommes, étaient à l'origine d'une remémoration du disparu, notion également retrouvée dans la littérature [49] [21].

Comme le dit F. AUTHIER-ROUX: « *On connaît l'importance des traces du passage d'un bébé, qui créent un maillage où s'affinent la parentalité et la filiation.* » [4]. Ainsi, dans la mesure du possible, il est utile de garder le plus grand nombre de souvenirs de l'enfant. Cela permet d'avoir des points de repères qui contribuent au recueillement [31] et qui sont autant de preuves de l'existence de l'enfant, constituant des traces utiles pour que l'enfant prenne place dans la mémoire de ses parents [41]. Ces traces mémorielles (photos, empreintes, bracelets), abordées par les hommes de cette étude, présentaient des similitudes avec ce qui est écrit dans la littérature et avaient pour fonction d'«entretenir la mémoire» [41]. Elles ont également fonction de témoignage [31] reflétant le besoin d'enracinement de l'enfant dans l'histoire familiale, le partage à la famille et matérialisent la perte.

Les **rites et rituels** sociaux facilitent l'expression des affects, souvent intenses, des endeuillés. Ils permettent d'atténuer la douleur et la souffrance des parents, ainsi que le risque de l'évolution vers un deuil pathologique [41]. D'autres auteurs montrent aussi que l'absence de preuve d'existence de l'enfant, de rituels et rites, pouvaient laisser les parents dans le déni, même une absence de deuil conscient, ou encore d'aggraver des troubles psychiatriques [50] [51]. Les rites permettent un accès au deuil et une certaine prophylaxie pour l'enfant suivant [52]. En effet, la prise de conscience de la réalité de la perte et le commencement du travail de deuil est « facilité » par l'expression de ces rites et rituels. Cependant, pour faciliter le deuil nous pouvons rapidement basculer dans une « prescription » de rites, mais il ne faut pas imposer aux parents ce qu'ils ne souhaitent pas [4]. Les hommes de notre étude racontaient les **rituels** pratiqués lors de la naissance, permettant d'accompagner les processus psychiques du deuil, facilitant l'expression des affects, matérialisant la perte ainsi que la reconnaissance de celle-ci.



Concernant **la famille**, deux hommes expliquaient que les enfants **ainés** avaient été touchés par la perte de l'enfant attendu, notion retrouvée dans la littérature, d'autant plus qu'ils attendaient le bébé avec ambivalence : avoir un compagnon de jeu tout en gardant sa place privilégiée auprès de ses parents [21]. Le vécu des aînés varie en fonction, notamment, de leur âge (« capacité cognitive ») [53].

Parler à l'aîné et lui dire la **vérité**, parler de la mort avec les « *vrais mots* », adaptés à son âge, sans mise à distance langagière, est une notion retrouvée dans la littérature [21] [31] et abordée par les hommes de notre étude. Cependant, d'après ces auteurs, certains détails ne leur appartiennent pas, pouvant avoir des conséquences néfastes sur l'évolution psychique de l'enfant [54] [21] [31]. Mais ne rien dire, serait pour eux, très inquiétant, ils se sentiraient coupables de cette disparition, et de la tristesse de leurs parents. Cette dernière les inquiète, sans pour autant en saisir la raison, ils ont besoin de comprendre que le bouleversement émotionnel de leurs parents ne les amènera pas à les perdre. Il existe aussi de nombreux ouvrages pour aider les parents à parler de la mort et du deuil avec leurs enfants; nous pouvons citer entre autre « *Léa n'est pas là* » d'A-I. et D.ARIYEL [55] que nous pouvons retrouver dans certaines maternités à disposition des familles.

Un homme expliquait un certain « recul » de l'enfant aîné : « *le grand il exprime pas ses sentiments, ça fait on savait pas trop, on savait pas trop où il en était. On a essayé de discuter avec lui* » <sup>(E18) T2117SA</sup>. Ceci est également retrouvé dans la littérature, en effet certains enfants, notamment, les plus grands peuvent vouloir protéger leur parents en se conduisant « *comme un grand, s'oubliant lui-même et évitant de leur poser toute question qui pourrait les déranger.* » ou les rendre triste [21] [31].

Un autre homme déclarait : « *Je ne sais pas s'il a oublié. Si un jour il en reparle, on lui expliquera quoi. Pour l'instant on lui a pas expliqué, parce qu'en ce moment il en parle pas.* » <sup>(E30) T1321SA</sup>. Comme l'explique l'Association Petite Emilie « *Il est important de respecter leur progression dans le deuil, de ne pas anticiper leur demande et de ne surtout rien leur imposer qui puisse les choquer.* » [31].

Après une IMG, une nouvelle grossesse est souvent vécue en **solitaire par les parents** [53], c'est une grossesse plus **appréhendée**, plus **anxiogène** [21], comme abordé par un homme de notre étude. Il expliquait être retourné voir des personnes ressources, de confiance afin de retrouver du soutien et une réassurance. Des études ont montré qu'il est conseillé d'attendre un an avant d'envisager une nouvelle grossesse, pour permettre aux parents un temps suffisant pour pleurer l'enfant perdu [53] [56] [57] et cela diminuerait les symptômes de la dépression et l'anxiété chez les mères [57].

Cet homme exprimait son attachement à cet enfant, sans pour autant oublier l'aîné décédé. Il expliquait clairement que le puîné ne remplacerait pas l'enfant décédé, étant tous deux des « *personne[s] différente[s]* ». Mais il ajoutait : « *Je re-voulais un garçon. Peut-être inconsciemment pour euh, je sais pas. Pour faire ce que je voulais faire avec le premier.* » <sup>(E31)</sup> AG19SA. Ces propos nous laissent supposer un besoin de réparation inconscient, mais il avouait être conscient que cet enfant est un autre et non le retour du même, malgré le même sexe. Il racontait que le puîné était conscient de l'histoire familiale et qu'ils allaient ensemble au jardin du souvenir. En effet, parler de l'enfant mort est important, pour qu'il ait sa place et cela permet aux autres bébés de vivre en tant que sujets à part entière [4] [31]. « *C'est souvent lors d'une autre naissance, en parlant de l'enfant mort avant celui qui vient de naître, qu'ils parviendront à donner sa place au bébé défunt.* » [4]. « *L'enfant d'après prend une place particulière, pas toujours celle d'un enfant de remplacement, même si les destins resteront toujours intimement mêlés.* » [21].

Le **projet de grossesse**, abordé par des hommes de notre étude, pourrait témoigner de la reconstruction progressive marquant la fin du deuil ou la phase de résolution du deuil [28]. Notons, que l'un d'entre eux exprimait l'importance du rendez-vous avec le généticien en post-abortum qui rassurait par rapport à la pathologie. Ces propos mettaient en évidence une diminution de l'anxiété et de la responsabilité par rapport à la pathologie.

Nous retrouvons les **symptômes du deuil normal** comme décrit par W. et M. STROEBE [59] [60]: Mais, « *il n'y a pas une seule bonne façon de réagir, mais autant de*

*façons que de personnes suivant leur histoire, leur vécu : toutes les réactions sont donc « normales » » [31]. Les réactions des pères fluctuent beaucoup à l'instar des mères: silence, indifférence apparente, perte d'estime de soi, profonde tristesse, sidération, anxiété... [33]*

L a **dépression**, l'**anhédonie**, la **culpabilité**, la **colère** ainsi que la **solitude** étaient décrites dans les **symptômes affectifs** [60], et retrouvées chez les hommes de notre étude.

L a **faiblesse**, l'**impuissance** et l'**incompréhension** [11] décrites, ont été à l'origine d'une **solitude** ressentie. La **culpabilité** est profonde [21] du fait que premièrement, le couple est atteint dans sa capacité de procréation, mais aussi du fait d'avoir à prendre la décision d'IMG. On remarquait des **auto-accusations** témoignant de cette culpabilité. La culpabilité est aussi un moyen pour refuser la réalité de cette mort et arriver progressivement à l'accepter. À certains moments, dans certaines circonstances, elle représente un processus dynamique qui permet de rester vivant. Il est important de chercher à la comprendre et de l'alléger mais il est essentiel de respecter les défenses des parents [21]. Des **remords** et des **doutes étaient** également présents, d'autant plus que lors de la confrontation à la réalité du corps et du diagnostic, des doutes persistaient.

De la **colère** était exprimée par les hommes de notre étude, qu'elle soit envers le corps médical ou l'entourage comme nous le verrons. La colère envers les médecins est retrouvée dans la littérature [59] [60]. Nous remarquons également, ici, la recherche d'un coupable, comme l'explique un homme : *« Je leur en ai voulu, je me disais mais comment c'est possible que... après on cherche des coupables, évidemment. On cherche à savoir pourquoi ? Pour qui ? »* <sup>(E76) PM30SA</sup>.

Un homme exprimait aussi de la **jalousie** envers sa compagne, qui a porté l'enfant : *« Je lui ai dit « Toi tu l'as eu pendant peu de temps, et moi je l'ai pas eu » Voilà quoi « Tu l'as eu plus que moi » [sourires]. »* <sup>(E16) AG19SA</sup>.

Pour faire face à toutes ces émotions, des **processus de rationalisation** et **d'intellectualisation** ont été mis en place par les hommes.

La **rationalisation** permet d'avoir un comportement sans avoir recours à l'affectif en donnant des idées cohérentes, logiques. Il s'agit d'un moyen de défense qui permet de trouver

de bonnes raisons d'expliquer un comportement dont les motivations profondes sont en fait jugées inacceptables. C'est une tentative pour se dégager d'une situation de stress affectif en l'abordant avec des termes de stress rationnel [35]. C'est ce qu'exprimait clairement un homme « *C'est vrai que je fais passer le raisonnement, la raison, avant trop l'émotion, mais après sur le moment c'est compliqué aussi, hein. (...) moi c'est ce qui m'a permis, je pense, de... de .. De tenir le coup, voilà. [long silence]* » <sup>(E8) RPM23SA</sup>. On peut penser que c'est pour cette raison-ci que cet homme expliquait sa moindre difficulté à en parler : « *Je reste tellement persuadé qu'on a fait un choix de raison, on va dire, que j'arrive à passer au delà et à justement que ça soit pas trop difficile d'en parler.* » <sup>(E39) RPM23SA</sup>.

L'**intellectualisation** est une réponse aux conflits et aux stress « *en s'adonnant à un usage excessif de pensées abstraites ou de généralisations pour contrôler ou minimiser des sentiments perturbants* » (DSM-IV) [61]. Cela permet de maîtriser les affects en évitant au sujet de se confronter à son implication personnelle dans une situation difficile [35].

Certains hommes expliquaient avoir trouvé l'**action comme moyen d'expression**. On peut penser qu'il s'agit d'une **manifestation comportementale** du deuil normal : l'agitation, l'hyper-activité, comme décrite par W. et M. STROEBE [59] [60].

On peut aussi mettre en évidence, dans les symptômes du deuil normal, des **attitudes envers soi-même, le disparu et l'environnement** de type **perte du sens de la réalité** : avec le « *sentiment de "ne pas être présent", de "regarder les choses de l'extérieur", que les événements arrivent à quelqu'un d'autre que soi.* » [59] [60]. Ceci a été abordé par des hommes de notre étude : « *Parce qu'après un décès on se sent un petit peu observateur de tout ce qui se passe. Avec toutes les émotions qu'on a subies (...) je risquais de voir toutes les choses avec du recul, mais du coup, d'être moins dans ... Quand tu conduis, par exemple, de pas se faire trop submerger par ses émotions (...). Donc de faire très attention dès qu'il y avait ces symptômes, de se sentir un petit peu en décalé avec le reste, bah bien se re concentrer. Et bah ça je l'ai vécu !* » <sup>(E14) PM30SA</sup>. Cela est repris par J-G.LEMAIRE remarquant que « *Le travail de deuil exige beaucoup d'énergie, il absorbe le Moi entraînant inhibition et*

*perte d'intérêt extérieur* » [62].

Un autre homme expliquait aussi ce sentiment « *de ne pas être présent* ». En effet, la présence des aînés obligeait le couple à reprendre le rythme de la vie quotidienne, cependant, quoiqu'ils faisaient, leurs pensées étaient tournées vers cet enfant disparu.

Il existe également, **une fragilité particulière aux maladies** : comme les « *infections liées à une diminution de l'immunité mais aussi aux maladies liées à la diminution du soin de soi (cancers, tuberculose...); et aux maladies liées au stress (affections cardiaques et dermatologiques...)* » [59] [60]. En effet, trois mois après l'IMG, un homme rapportait des **symptômes physiques** (douleurs thoraciques), à la suite desquels, les conseils de son **médecin** ont été bénéfiques. Il ne nous a pas reparlé de la symptomatologie et du diagnostic, mais il nous expliquait qu'il l'avait aidé à faire son deuil et qu'à la suite de ce rendez-vous il s'était décidé à aller au jardin du souvenir. Il existe une augmentation des consultations médicales chez les personnes en deuil. Elles consultent pour des symptômes psychiques (anxiété, dépression, troubles du sommeil...), mais aussi pour une recrudescence de symptômes physiques (douleurs, fatigue...) : le deuil s'exprime aussi par le corps. Certaines personnes n'osent pas parler de leur deuil et c'est souvent par l'intermédiaire de leur corps qu'elles s'autorisent à le faire. « *C'est comme s'ils ne pouvaient exprimer leur peine qu'à travers des maux plutôt que par des mots. (...) Mettre des mots sur ce qu'on ressent intérieurement est parfois la seule réponse face à des tensions physiques qui ne cèdent pas autrement.* » [63]. C'est l'expression physique d'une souffrance psychique. ZJ. LIPOWSKI [64] définit le processus de somatisation comme « *une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale.* » Ce processus de somatisation interviendrait en réponse à un stress psychosocial ou une souffrance psychologique [64] [65]. Dans les événements de vie, une place particulière doit être donnée au deuil et à la notion de perte, fréquemment retrouvés dans les histoires personnelles des patients somatisants [66].

Un homme expliquait garder des **beaux moments** de ce parcours. Cela pouvait correspondre à l'étape d'acceptation du deuil [32].

Cependant, deux hommes remarquaient n'avoir que **peu de souvenirs**. On peut penser que la situation a été difficile émotionnellement et qu'inconsciemment ils ont oublié. En effet confrontée à des tensions intérieures jugées insupportables, des représentations ou des événements intolérables, une personne peut inconsciemment **refouler** des souvenirs afin de préserver son intégrité psychique et parfois physique. Le refoulement survient par exemple après un traumatisme dont la personne a été témoin. Tout le monde le pratique à des degrés divers en cherchant, consciemment ou inconsciemment, à mettre « *de côté* » des pulsions ou des souvenirs générateurs d'angoisses et de déplaisirs. Cela se manifeste par une absence de souvenir [35]. Défini par S.FREUD, le refoulement est un mécanisme psychologique de défense normal [67] [68].

## **II/ Le soutien :**

Le soutien social [69] résulte de l'intégration de l'individu dans différents réseaux lui fournissant un appui pour faire face aux difficultés. Le terme « social » comprend le couple, le monde du travail, les amis, et même certains professionnels de santé. On distingue le concept de soutien social en *réseau social*, en *soutien social reçu* et en *soutien social perçu* [70] [71] [72]. Plusieurs recherches dans le champ de la psychologie de la santé ont montré que le soutien social avait un effet bénéfique sur la santé physique et mentale, et surtout lors de périodes de fragilité [73]. En effet, le soutien social peut avoir un impact positif notamment en augmentant l'estime de soi, en diminuant la dépression et le risque de mortalité, en améliorant la qualité de vie. Mais il peut aussi avoir un impact négatif en maintenant des frontières de dépendance, une surprotection diminuant ainsi le sentiment d'efficacité personnelle, mais aussi engendrer des conflits de valeurs [74].

Pour certains hommes de notre étude, l'**entourage amical** a pu être d'un bon soutien,

mais d'autres hommes n'en n'ont pas parlé à leur entourage.

Les propos « **déplacé[s]** », que décrivaient les hommes, témoignaient que pour l'entourage « *ces morts-là ne sont pas si graves* » [10]. L'entourage, dans les verbatims, ne se rendait pas trop compte de ce que cela représentait pour le couple, causant de la peine et/ou de la colère, ce qui est en corrélation avec les écrits de la littérature [59] [60]. Mais pour certains autres hommes, ce n'était pas le cas, il n'y avait pas de colère ni d'hostilité envers les amis semblant manquer de compréhension, décrivant le fait qu'ils « *ne pouvaient pas leur en vouloir* », car ils ne « *l'avaient pas vécu* ». Nous pouvons citer : « *C'était que 4 mois, c'était pas grave* » <sup>(E35) AG19SA</sup>; « *Bah t'es le papa, pff, c'est quoi, c'était qu'un fœtus, c'était qu'un bébé, t'façon* » (...) « *C'est dans le ventre, ça sert à rien ...* » <sup>(E41) AG19SA</sup>.

Ainsi, pour deux hommes, l'annonce a été faite à l'entourage **par téléphone**, décrite, dans les verbatims, comme plus simple et soulageant d'un poids.

Un homme abordait la **vision que l'on avait de l'homme** lors de cette situation. « *On dit toujours qu'un papa est plus fort que la maman.* » <sup>(E13) AG19SA</sup> ; « *[son nom], tu es le papa, faut que tu sois [parle forte] FORT, il faut que tu SOUTIENS TA FEMME, faut que MACHIN !* » <sup>(E41) AG19SA</sup>. Il décrivait une incompréhension du monde extérieur vis-à-vis de la souffrance de l'homme, qui était anormale et inconcevable. L'indifférence est présente, la sollicitude et la compassion souvent absentes [21]. Le regard des gens dans l'après était compliqué : « *C'est vraiment ça, on a pas le droit d'avoir un moment de faiblesse de notre côté.* » <sup>(E45) AG19SA</sup>. De plus, comme retrouvé dans la littérature, l'homme se doit d'être fort et révéler sa peine peut-être considéré comme un signe de faiblesse [31]. La société actuelle a de plus en plus de difficultés à accueillir les manifestations du deuil, renvoyant au quasi-interdit de celles-ci, prônant un retour rapide à la vie sociale. « *Aujourd'hui, [la mort] est évacuée de tout lieu, entraînant un appauvrissement des rituels qui l'entourait, voire leur disparition. On en parle à mots feutrés afin de ne pas déranger les vivants.* » [4].

Face aux questions de l'entourage, un homme expliquait « s'amuser » de leur réaction. Nous pouvons penser, ici, que l'humour souligne « *les aspects amusants ou ironiques des*

*conflits ou des situations de stress* » [61]. S.FREUD considérait l'humour comme la plus haute des réalisations de défense [75]. L'humour modifie la connotation émotionnelle en ajoutant une composante positive, transformant partiellement ou totalement le déplaisir en plaisir [75] [35].

Le **soutien familial**, de type **instrumental** [76] était une aide tangible nécessaire et importante à ce moment là. Le **partage et la mise en mot** rendaient les choses réelles comme l'expliquaient les hommes de notre étude.

La **rencontre** avec l'enfant avait pu se faire avec certains membres de la famille comme l'indiquaient deux hommes. Ils décrivaient la tristesse des grands-parents, **souffrant** également de la perte. L'enfant est situé dans trois générations: la sienne, celle de ses parents et celle de ses grands-parents, ainsi, son deuil, touche toute la famille [54].

En effet, le besoin de partage et la **participation de la famille inscrit** l'enfant dans un contexte social et le relie à sa famille, aux générations précédentes et suivantes [50]. Cela avait également permis au couple de bénéficier de soutien, de présence et de reconnaissance comme nous pouvons le retrouver dans la littérature [50].

Certains hommes avouaient ne **pas en avoir parlé à leur famille**, expliquant cela par la peur de déranger, la peur de la critique, et la honte ressentie, ce qui a eu pour conséquence un refus de demande de soutien de l'entourage. Concernant le non-soutien, un homme ajoutait : « *On peut pas non plus toujours attendre des gens qu'ils soient là ... Enfin la vie n'est pas faite comme ça.* » <sup>(E52) T2117SA</sup>. Ici, on peut faire l'hypothèse d'une **dénégation**. Il s'agit d'un mécanisme de défense, le sujet peut se permettre de formuler une pensée, un désir, un sentiment refoulé à condition de nier qu'ils le concernent. Concernant le manque de soutien, on suppose probable, que l'impossibilité de partager sa souffrance due à la perte d'un être cher, aggrave le traumatisme subi [77] [78].

Parfois, les couples ne souhaitent pas rencontrer de professionnel, mais éprouvent le **besoin de partager leur expérience avec d'autres personnes qui ont vécu la même chose,**



en rejoignant des associations ou des groupes de paroles. Cela peut « *faciliter les échanges de paroles et la mise en mots de l'impensable de telles situations* » [21].

Le besoin de se reconnaître dans un groupe, de s'étayer, et de partager et la compréhension était très important et décrit par les hommes de notre étude. L'un d'entre eux racontait une rencontre avec un couple ayant eu des jumeaux atteints d'une maladie génétique, expliquant que s'ils pouvaient revenir en arrière ils souhaiteraient une IMG. Cette rencontre a eu un rôle déculpabilisant quant au choix des parents ayant choisi l'IMG.

Un homme manifestait le **besoin de rencontrer** des parents dont l'enfant était porteur de la **même maladie** que le leur, afin de connaître la pathologie et discuter du vécu avec d'autres couples, afin d'être éventuellement conforté dans leur choix.

Un seul homme avait conscience de l'existence des **associations** qui avaient eu un rôle de soutien informel [76] au sein du couple.

Comme l'expliquaient ces hommes, le soutien des **soignants hospitaliers** avait été de type **émotionnel, informationnel, instrumental** et encore **d'estime** [76]. La **continuité du suivi** par la même personne du début jusqu'à l'accouchement, était décrite par un homme comme importante, faisant partie « *du fait que ça se soit, on va dire, bien passé* » <sup>(E60) RPM23SA</sup>. L'hôpital avait été décrit par un homme comme un **lieu ressource**, avouant qu'il était difficile d'être chez lui et qu'à l'hôpital il s'était senti plus soutenu et entouré. L'équipe soignante joue un rôle très important pour ce couple, particulièrement la sage-femme, ayant le rôle de témoin de l'existence de cet enfant, de sa naissance et de sa mort [48] [16] [30]. L'équipe aide aussi ces parents à transformer ce « non-événement » en un événement bien réel, ayant bien eu lieu [48].

Une **différence d'approche entre les divers corps de métier de la santé** était décrite par un homme. Il était surpris de l'abord plus « *brut* » et « *technique* » de la part des **médecins** concernant certaines annonces, expliquant que la façon de dire les choses était très importante. En effet, il soulignait que certains événements obstétricaux, comme les fausses-couches,

étaient **banalisés** par les médecins. Cependant le vécu peut être douloureux, traumatisant, culpabilisant pour les couples et source d'inquiétude pour l'avenir [79]. Il prétendait ne pas attendre d'empathie de la part de tous les médecins, car : « *j'imagine bien que les médecins peuvent pas être empathiques avec tout le monde.* » <sup>(E35) SP17SA</sup>. Il décrivait la pratique des professionnels plus expérimentés, moins dans l'apprentissage et la technique, donc ayant une approche différente pour présenter les choses et réussissant à « *calmer les angoisses* ».

Selon lui, les **infirmiers** étaient à l'écoute.

Concernant les **sages-femmes**, il expliquait l'importance de la communication et de la mise en confiance pour la réalisation de soins douloureux, qu'il qualifiait de « *central[e]* ».

Trois interviewés étaient sensibles à la **préoccupation des soignants pour eux**, que ce soit par la mise à disposition d'un lit ou d'avoir eu un repas pour deux d'entre eux. L'un d'entre eux disait : « *Je pense que vous pouvez difficilement faire mieux que ce qui s'est passé. Peut-être c'est toujours possible, mais j'ai trouvé que c'était bien, que l'hôpital a été super* » <sup>(E64) PM30SA</sup>. Cependant, certains rapportaient la **prédominance de la prise en charge maternelle par le corps médical**, notion également retrouvée dans la littérature. Il est difficile pour l'équipe soignante de prendre en compte la souffrance de l'homme et de lui proposer une aide [17] [11]. Un homme exprimait le fait de ne pas être « *le personnage principal de cette histoire* » <sup>(E37) SP17SA</sup>, conscient des places différentes qu'occupaient l'homme et la femme à ce moment précis. Mais tous, ont trouvé *normal* que l'attention soit tournée vers leur compagne, sans se sentir totalement à l'écart. On peut faire l'hypothèse qu'il est essentiel pour l'homme que sa compagne souffre moins. Le soutien des professionnels à ce moment est primordial, tant dans la prise en charge de la douleur physique que psychique.

Un homme racontait avoir eu l'impression d'être **dépossédé de son choix**, expliquant avoir eu « *quelques ratés avec les médecins* », décrivant une incompréhension et une anticipation du corps médical : « *quand on est arrivé ici et que tout avait été mis en place avant même qu'on ait toutes les informations, j'ai trouvé ça déplacé.* » <sup>(E42) T2117SA</sup>. La colère éprouvée pouvait traduire de l'impuissance et de l'incompréhension.

Deux autres hommes expliquaient que certains soignants (généralistes, anesthésistes...) **ne se rendaient pas compte** de ce qu'il se passait. D'ailleurs, un d'entre eux avait eu « *un propos un peu déplacé (...)* Qui lui a dit « *Si vous voulez je peux vous faire planer.* » Donc comme si il allait lui proposer le grand kiff. Je pense qu'il s'est pas tellement rendu compte qu'elle voulait pas planer ou quoi que ce soit. Pour lui c'était une opération, il s'est pas rendu compte que derrière il y avait un bébé qui allait mourir. Et c'est le seul mot qui m'a choqué, mais on s'en souvient encore tous les deux. » <sup>(E48) PM30SA</sup>. On peut penser qu'il y a ici une « atteinte psychologique » du couple causée par les mots d'un soignant. On peut aussi supposer, qu'il y a une négation du ressenti et du vécu du couple par le soignant à ce moment là, créant de l'incompréhension.

Comme nous l'avons abordé, la « **non-toute puissance de la médecine** » ainsi que le **temps d'attente et d'incertitude** entre les différents examens, avaient pour conséquence de **l'incompréhension** et une certaine « **colère** » envers les médecins, décrite également dans la littérature [59] [60].

**Le manque de soutien** informationnel, d'appréciation [76], les demandes non reconnues, le délaissement, ainsi que la froideur des soignants étaient également soulignés.

Concernant les difficultés rencontrées lors du séjour, un homme racontait des **difficultés administratives**, rajoutant des préoccupations inutiles : « *C'est du stress inutile. Je récupérais [nom de sa compagne] qui était en larmes, pas pour notre petite, parce qu'elle s'était faite engueulée par une secrétaire* » <sup>(E66) PM30SA</sup>; « *[parle très fort] C'est ce qui pourrait, ça pourrait ! On avait pas besoin de vivre ça !* » <sup>(E67) PM30SA</sup>, ainsi que des difficultés liées à l'organisation des services (entrées administratives, étiquettes...).

Concernant les **annonces**, les **professionnels de santé** se sont essentiellement toujours adressés au **couple**, bien que certaines fois, **se tournant plus vers la femme**. Certains hommes confiaient ne jamais s'être senti à l'écart. Pour d'autres, c'était plus confus. Quand nous demandons à un homme, s'il s'était senti à l'écart, il répondait : « *Après, au début c'est vrai que j'étais un peu lâché dans la nature comme ça quoi. Qu'est-ce que je dois faire ?* »

*Qu'est-ce que je dois pas faire ? Dire pas dire ? »* <sup>(E36) AG19SA</sup>. Mais cela ne l'avait pas « *pas plus choqué que ça, ou dérangé plus que ça* » <sup>(E37) AG19SA</sup>, expliquant ensuite, s'être senti à sa place. Pour lui c'était normal, car la mère est directement concernée étant donné qu'elle porte l'enfant. D'autres expliquaient que toutes les annonces **se faisaient à la femme**, trouvant cela normal. Un homme était **absent** lors de l'annonce de l'anomalie, et n'a pas abordé le sujet par la suite.

Concernant le **soutien psychologique** que peuvent recevoir les couples à l'HCE, l'**Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal** (UTAP) a un rôle dans l'accompagnement des femmes, couples, parents dans les situations périnatales difficiles et/ou particulières de l'anté-conceptionnel au post-partum large. C'est une structure originale, unique en France dans sa forme. Cette unité est composée de deux pédopsychiatres et trois sages-femmes. Elle coordonne l'action des différents professionnels, repère, soutient et favorise l'émergence des capacités maternelles, paternelles, parentales. Elle repère les facteurs soutenant dans l'environnement parental. Les sages-femmes de l'UTAP sont impliquées dans la prise en charge des couples confrontés à l'annonce d'un diagnostic pour l'enfant et dans la prise en charge des situations de deuil périnatal, notamment. L'importance de parler avec des **sages-femmes**, spécialistes de la maternité et parentalité, ayant expertise de la réalité médicale corporelle et psychologique de la grossesse, était décrite par un des hommes. « *J'ai été un peu surpris que ce ne soit pas des psychologues mais des sages-femmes, mais euh, après on s'est rendu compte à quel point c'était mieux. Effectivement, ça met l'IMG là où elle doit être. C'est pas un accident psychologique ou je ne sais quoi, c'est un accouchement quoi, avant terme, mais ouais c'est vraiment ça. Il y a un niveau d'explication qui est propre aux sages-femmes sur leurs expériences. (...) Et dans l'IMG c'est vraiment de ce registre là, c'est pas uniquement médical.* » <sup>(E41) SP17SA</sup>. En effet, ce n'est pas uniquement un geste médical, pour certains couples ayant investi la grossesse, il s'agit aussi d'un deuil et d'un travail de deuil. Ce travail de deuil est particulier, car il faut reconnaître la perte ainsi que l'objet de la perte. Les parents sont confrontés à « *une forme inaccoutumée de deuil: c'est le deuil d'un être aimé*

*mais virtuel, non fini. C'est donc un travail de deuil complexe, douloureux.* » [80].

Pour certains hommes, ce suivi à l'UTAP était **bénéfique**, « *c'était quasiment indispensable!* » <sup>(E73) T1321SA</sup>. D'ailleurs, un homme a répété à trois reprises le mot « *aidé* ». Le soutien trouvé avait pu être de type **informationnel, d'estime, émotionnel et instrumental**. Ils décrivaient une **prise en charge globale**, où ils pouvaient parler de religion. Le suivi par les sages-femmes de l'UTAP s'est révélé utile quant aux **explications des ressentis, des étapes et des symptômes du deuil normal**, ayant pour rôle d'« *aider à appréhender* », se dire que ce qu'ils vivaient était normal. Des conseils pour la **communication avec l'aîné** ont également été décrits. Un autre homme expliquait l'importance du suivi pour le travail d'acceptation et l'aide à la déculpabilisation. Un homme notifiait l'importance de se sentir écouté et que ses besoins aient été respectés: il décrivait que la sage-femme s'était beaucoup plus tournée vers lui que vers sa compagne, car il en avait plus besoin. En effet, « *Les pères sont toujours surpris lorsque l'on s'intéresse à eux et lorsqu'on leur offre un espace pour exprimer leur souffrance. Pourtant eux aussi ont des choses à dire : ils ne sont pas des surhommes.* » [4]. Effectivement, A.MOREAU constate « *que l'on avait tendance à s'appuyer sur eux, sur leur présence, sur leur supposée capacité à contenir mais assez peu à s'intéresser à leur vécu psychologique et à leurs émotions pendant toute cette période.* » [4].

Un homme expliquait que le fait d'être en couple **ne permettait pas la « parole libre »**. Un autre homme n'exprimait **pas le besoin ni l'envie de parler**, mais il était conscient des réactions variées et du vécu différent des personnes, notamment en lien avec l'histoire personnelle.

Notre hypothèse secondaire était que les hommes se sentaient peu accompagnés et reconnus dans leur souffrance par le personnel médical. Il paraît difficile de valider ou d'invalider cette hypothèse. En effet, la constitution de l'échantillon basée sur le volontariat des hommes élus par les sages-femmes de l'UTAP pourrait laisser croire que se sont portés volontaires, les hommes ayant reçu un soutien « *efficent* » par l'UTAP.

Nous pouvons mettre en évidence l'importance de l'accompagnement des couples par les sages-femmes lors d'une IMG. Le soutien du personnel hospitalier a été considérable et

bienfaisant pour l'ensemble des hommes interrogés. Ils précisait néanmoins le fait d'avoir peu vu les médecins. Cependant, certaines difficultés rencontrées, ou mots entendus resteront, sans doute, très longtemps dans l'esprit des couples.

Les hommes de cette étude confiaient avoir **intériorisé leurs émotions et ressentis**.

Ce refoulement s'était manifesté le jour de l'IMG, face à la **douleur tant physique que morale de leur compagne**. De ce fait, un homme expliquait **s'être mis volontairement à l'écart**. On peut émettre l'hypothèse que les hommes se sentent **impuissants** face aux douleurs de leur compagne, de ce fait, ils se mettent en retrait physiquement ou psychologiquement afin que toute l'attention soit portée à la femme.

De plus, lorsque l'on demande aux hommes de notre étude s'ils ont pu **exprimer leurs craintes, leurs questions et leurs sentiments**, cinq disaient ne pas en parler et décrivaient le fait de ne pas pouvoir exprimer leurs émotions. C'est ce que l'on appelle l'**alexithymie**. Il s'agit d'une difficulté à exprimer ses émotions [81]. C'est une notion que nous pouvons retrouver dans la littérature : « *Les pères, lorsqu'ils s'expriment moins, cherchent souvent à épargner la mère, car ils ont peur de « remuer le couteau dans la plaie».* (...) *Enfin, comparé à la femme qui a vécu ce drame dans sa chair, l'homme peut donner l'impression d'être moins affecté, estimant qu'il ne doit pas exprimer sa douleur par pudeur, au regard de celle de sa femme.* » [31]. « *Enfin là je fais vraiment en sorte de tenir debout pour ma femme et pour mes fils.* » <sup>(E51) T2117SA</sup> ou encore : « *C'est vrai que j'ai peut-être intériorisé pas mal de choses pour pas qu'on soit deux à craquer quoi.* » <sup>(E4) RPM23SA</sup>. À cette même question un homme répondait : « *J'étais plus là pour soutenir ma femme* » <sup>(E19) SP17SA</sup>, un autre disait : « *Oui, j'ai plutôt subi quand même.* » <sup>(E13) PM30SA</sup>. Ils l'expliquaient aussi par le fait qu'ils ne sont « *pas habitué[s] à parler* ». En effet, pour eux, soutenir pourrait signifier ne pas exprimer ses émotions pour ne pas attrister plus leur compagne, comme l'énonçait un homme, qui avait pu s'exprimer avec sa famille, sans que sa compagne ne soit présente.

Malgré tout, quatre hommes avaient conscience du **rôle bénéfique de la parole** même

si cela était difficile et « *douloureux* ». En effet, « *parler de leur bébé permet une mise à distance de leur souffrance.* » [4] et parler aide les parents à prendre conscience de leur histoire pour mieux l'intégrer à leur vie. Il ne faut pas oublier que pour les parents la parole est bien souvent la seule façon d'affirmer l'existence de leurs enfants [31] [34]. « *Plus on en parle, plus on les fait vivre à travers nous, plus ça passe et ...* »<sup>(E17) AG19SA</sup>. La parole permet de reconnaître la réalité de la perte, de ne pas la nier, de faire son deuil, d'accepter. « *Mais ça permet de percevoir mieux la situation, de l'accepter dans chacun de ses détails, etc. Et on n'a pas nié ce qui nous arrivait.* »<sup>(E48) SP17SA</sup>. Il peut s'agir de parler avec l'entourage mais aussi avec l'enfant perdu lui même, c'est ce que décrivait un homme, notion également retrouvée dans la littérature : ayant pour objectif d'entretenir la mémoire [48].

**Au sein du couple**, l'ensemble des hommes interrogés évoquait leur rôle de **soutien** auprès de leur compagne, et cinq d'entre eux, mentionnaient le mot « *soutenir* » clairement. Ils mettaient en avant leur **rôle de contenance et de réassurance, soutien émotionnel et d'estime**. Ces notions sont également retrouvées dans la littérature : le rôle de l'homme « *est essentiellement dans l'encadrement, la protection de la dyade. Il a auprès de la femme enceinte un rôle de contenant : il porte la femme qui porte l'enfant. Il en est de même dans le deuil.* » [11]. L'homme a « *pour mission implicite d'apporter du soutien à celle-ci, de se tenir proche d'elle, comme compagnon attentif et bienveillant* » [82]. Cependant, un homme admettait, qu'il fallait aussi **penser à soi**.

Il s'agissait d'une « **épreuve de couple** » comme l'expliquaient quatre hommes, décrivant un **soutien mutuel et réciproque**. Un homme soulignait qu'il avait eu de **l'aide de la part de sa femme**, un soutien informationnel utile concernant l'IMG et son déroulement.

Comme décrit dans la littérature, **la temporalité psychique du travail de deuil** est différente pour chacun, les émotions et les étapes ne sont pas vécues au même moment [21]. Dans le couple, l'expression des sentiments est parfois très différente [31]. Ceci est mis en évidence par trois hommes : « *Les nerfs lâchent, chacun son tour. [larmes]* »<sup>(E36) PM30SA</sup>. On

pouvait remarquer un **manque de communication** et d'expression émotionnelle de la part d'une compagne, comme le décrivait un homme, étant à l'origine d'une certaine incompréhension.

« *Des attitudes opposées face à la décision d'IMG peuvent conduire à des conflits majeurs, entraînant parfois des ruptures définitives.* » [21]. En effet, suite à la perte d'un enfant, certaines études ont pu identifier une augmentation de ruptures conjugales [83] ainsi que certains changements dans la vie des parents, comme un déménagement [47].

Cependant, suite à cette épreuve, certains couples peuvent se **rapprocher, se connaître davantage et renforcer leurs liens** [21], comme l'expliquaient deux hommes : « *Je pense qu'on s'est retrouvé[s], qu'on a vraiment démarré quelque chose de fort entre nous. On s'est pas repoussé[s], ni rien, non, non. Ça a plutôt bien fonctionné entre nous, je crois plus que jamais d'ailleurs.* » <sup>(E32) CMT15SA</sup>; « *C'est quelque chose, c'est un moment fort qu'on a vécu ensemble, même s'il est triste. Je pense que ça nous a même rapproché[s].* » <sup>(E18) RPM23SA</sup>.

Un homme racontait que sa compagne avait pu exprimer ses idées et émotions par **l'écriture**. En effet, l'écriture est un instrument de transmission et de conservation de l'information. « *C'est aussi dans l'écriture, la peinture ou la sculpture que des femmes retrouveront leur fœtus sous une forme acceptable et même valorisée. On pense bien sûr à Frida Khalo, qui après ses fausses couches répétées a peint des tableaux montrant des fœtus morts (...)* La sublimation permet de s'opposer à la perte et de retrouver l'objet aimé sous une autre forme acceptable et même valorisée. » [21]. D. SERVAN-SCHREIBER, lui, disait : « *La prescription d'un essai narratif dans un but médical est une pratique reconnue depuis longtemps pour le traitement des syndromes de stress post-traumatique ou des états de deuil dépressif. Le simple fait de mettre les mots sur le papier apporte souvent une sensation de soulagement.* », « *Grâce à l'œuvre, le mort est immortel* » [4].



## **V/ Conclusion :**

L'innovation de ce projet tient en la participation des hommes, trop souvent en retrait pendant la grossesse [16]. Notre étude nous a permis de mettre en évidence le vécu des hommes lors d'une interruption médicale de grossesse ainsi que le soutien dont ils ont pu bénéficier. Il faut cependant rappeler le biais de recrutement de notre étude, posant un problème de représentativité.

L'analyse du vécu des hommes montrait que l'un des moments les plus difficiles était l'annonce de l'anomalie de l'enfant, de par son caractère choquant, brutal et inattendu. Le retour à la maison était également un moment difficile, s'expliquant par de la solitude et une grande tristesse ressentie. Mais ce vécu variait en fonction de l'investissement que l'homme avait envers l'enfant durant la grossesse.

Mais le besoin de partage était présent et le rôle de la parole important, exacerbé par l'incompréhension de l'entourage familial ou amical qui avait pu être souligné par quelques hommes. Ainsi pour améliorer la prise en charge, il serait significatif d'insister sur l'importance de créer un espace de parole [84] [85] [36] autour du drame vécu [86].

Certains hommes avaient pu être heurtés par les dires de quelques professionnels de santé. Il serait donc intéressant de permettre à tous les soignants impliqués (y compris les généticiens et les anesthésistes), une sensibilisation approfondie quant aux particularités de prise en charge des couples à ce moment. Les hommes avaient pu trouver du soutien auprès des soignants et des sages-femmes notamment. Nous pouvions noter l'importance de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal et la place singulière des sages-femmes de par leurs connaissances médicales de la grossesse, la pratique de l'accouchement et de l'accompagnement psychologique des couples. La sage-femme a donc un rôle crucial à jouer dans l'accompagnement des femmes mais aussi des hommes lors des interruptions médicales de grossesses.

Une étude à plus grande échelle serait nécessaire pour comparer le vécu des couples dans d'autres hôpitaux ne bénéficiant pas de structure d'écoute et d'accompagnement psychologique par les sages-femmes et ainsi trouver des moyens d'améliorer la prise en charge des hommes.

## **VI/ Bibliographie :**

- [1] Soubieux M-J. Diagnostic prénatal et filiation. Quel futur pour l'enfant imparfait? Filiat. À Lépreuve. Érès, 2012.
- [2] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Diagnostic prénatal: pratiques et enjeux 2003.
- [3] Engelmann PP. Les interruptions médicales de grossesse: Évolutions législatives, témoignage et questions. Laennec 2002;50:16.
- [4] Authier-Roux F. Ces bébés passés sous silence – à propos des interruptions médicales de grossesses. vol. 2e éd. Érès. 2012.
- [5] Code de la santé publique - Article L2213-1. vol. L2213-1. n.d.
- [6] Activité régionale des CDPDN et des laboratoires de DPN - Agence de la biomédecine n.d. [http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fichesregionales2015\\_rhone-alpes.pdf](http://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/fichesregionales2015_rhone-alpes.pdf).
- [7] Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique n.d. <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2014/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>.
- [8] Houfflin-Debauge V, Vaast P. Interruption médicale de grossesse. Processus décisionnel et prise en charge. Extr. Mises À Jour En Gynécologie Obstétrique, Lille: 2008.
- [9] Rousseau P. Psychopathologie et accompagnement du deuil périnatal. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 1988.
- [10] Flis-Treves M. Deuil et périnatalité. Deuil Matern. Plon, 2001.
- [11] Masson M. Te dire adieu, mon bébé - Accompagnement du deuil périnatal. Cah Gestalt-Thérapie 2010:113–36.
- [12] Lamb ME. The role of the father in child development. 4th ed. John Wiley & sons; 2004.
- [13] Noël R, Cyr F. Le père: entre la parole de la mère et la réalité du lien à l'enfant. Psychiatr Enfant 2009;Vol. 52:535–91.
- [14] Lamour M. La paternité et ses troubles. Temps d'Arrêt / Lectures. 2013.
- [15] Dépelteau F. La démarche d'une recherche en sciences humaines: De la question de départ à la communication des résultats. 2010.
- [16] De Clermont C, Rey J. Accompagner le deuil périnatal – Dialogues entre une mère et des professionnels. Chronique Sociale; 2015.
- [17] Sirol F. Interruption du processus de paternité. Troubl. Psychiques Précoces Post-Partum. Érès, 2002.
- [18] Darchis E. Le blues du père. Troubl. Psychiques Précoces Post-Partum. Érès, 2002.
- [19] Soulé M. L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. Dyn. Nourrisson, 1983.
- [20] Lebovici S. Les interactions fantasmatiques. Revue de Médecine Psychosomatique.

1994.

- [21] Soubieux M-J. Le deuil périnatal. 2009.
- [22] Freud S. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. 1915.
- [23] Racamier P-C. Le Génie des origines: Psychanalyse et psychoses. Payot; 1992.
- [24] Gourand L. L'échographie prénatale: les mots dit. *Bébé Diagn. Prénatal*. Érès, 2003.
- [25] Delahaye M. L'accompagnement à la mort autour de la naissance. *Études Sur Mort* 2001;no 119:47-61.
- [26] Ben Soussan P, et al. Ces maudits mots dits: la révélation du handicap à la naissance. *Naître Différent*. Érès, 1997, p. 43-60.
- [27] Perrotte F, Mirlesse V, De Vigan C, Kieffer F, Meunier E, Daffos F. Interruption médicale de grossesse pour anomalie foetale - Le point de vue des patientes. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* 2000;29:185-91.
- [28] Hardy P. Deuil normal et pathologique - Collège national des universitaires de psychiatrie. *Douleurs Soins Palliatifs Accompagnement*, 2014.
- [29] Barjot P, Levy G. Interruptions médicales de grossesse: bases et fondements éthiques. *Contracept. Fertil. Sex.*, vol. 25, 1997, p. 37-45.
- [30] Galembert D de. Destin de naissance... destin de mort: quand naissance et mort se superposent. *Champ Psychosom* 2010:41-51.
- [31] Association Petite Emilie. Interruption médicale de grossesse et deuil périnatal : parents, toutes les questions que vous vous posez. 2007.
- [32] Ross EK. Les derniers instants de la vie. Labor et Fides; 1969.
- [33] Institut européen de bioéthique. Les conséquences psychologiques de l'avortement – 2011.
- [34] Beauchard S. Journal d'une interruption sélective de grossesse. Érès. 2015.
- [35] Chabrol H. Les mécanismes de défense. *Rech Soins Infirm* 2005;N° 82:31-42.
- [36] Leon IG. Perinatal loss. A critique of current hospital practices. *Clin Pediatr (Phila)* 1992;31:366-74.
- [37] Rousseau P, Moreau K. L'enfant. *Deuil Périnat.*, 1984.
- [38] Dumoulin M. Le deuil de l'enfant de la grossesse. *Bébé Diagn. Prénatal*. Érès, 2003.
- [39] Code de la santé publique - Article R4127-2. vol. R4127-2. n.d.
- [40] Code de la santé publique - Article R4127-38. vol. R4127-38. n.d.
- [41] Dumoulin M, Valat A-S. Morts en maternité: devenir des corps, deuil des familles. *Études Sur Mort* 2001;no 119:77-99.

- [42] Les enfants nés sans vie n.d. <https://www.senat.fr/lc/lc184/lc1840.html>.
- [43] Communiqué relatif aux arrêts 06-16.498, 06-16.499 et 06-16.500 du 6 février 2008 de la première chambre civile | Cour de cassation n.d. [https://www.courdecassation.fr/jurisprudence\\_2/premiere\\_chambre\\_civile\\_568/arrets\\_06\\_11171.html](https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/arrets_06_11171.html).
- [44] ameli.fr. Votre congé de paternité et d'accueil de l'enfant 2017. [http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/votre-conge-de-paternite-et-d-accueil-de-l-enfant/votre-conge-de-paternite-et-d-accueil-de-l-enfant\\_bas-rhin.php](http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/votre-conge-de-paternite-et-d-accueil-de-l-enfant/votre-conge-de-paternite-et-d-accueil-de-l-enfant_bas-rhin.php).
- [45] service-public.fr. Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du privé 2017. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156>.
- [46] Freud S. Fragment d'une analyse d'hystérie 1905:223.
- [47] Frain JD, Martens L, Stork J, Stork W. The Psychological Effects of a Stillbirth on Surviving Family Members. OMEGA - J Death Dying 1995.
- [48] Clerget J, et al. Bébé est mort. Érès. 2005.
- [49] Dayan J, et al. Psychopathologie de la périnatalité. Masson. Paris: 1999.
- [50] Gentric L. Sens du rite, sens du geste. Mort Dans Tous Ses États, Lille: 2011.
- [51] Plagnard N. Rôle de la sage-femme dans le deuil périnatal. InfoKara 2007;19:105–10.
- [52] David D. Les paradoxes du désir d'enfant. Bébé Diagn. Prénatal. Érès, 2003.
- [53] Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007;21:249–59.
- [54] Soubieux M-J, Soulé M. Le diagnostic prénatal et la famille. Bébé Diagn. Prénatal. Érès, 2003.
- [55] Ariyel A-I, Ariyel D. Léa n'est pas là. n.d. <http://www.lolivredelea.fr/>.
- [56] Bowlby J. La perte: tristesse et dépression. Attach. Perte, vol. 3. Presses Universitaires de France-PUF, Paris: 1984.
- [57] Lewis E. Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. Arch Dis Child 1979;54:303–6.
- [58] Hughes PM, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: does time since loss make a difference? cohort study. BMJ 1999;318:1721–4.
- [59] Dr Duwing L, EMSP - CHU Nîmes. Le deuil normal 2008.
- [60] Stroebe W, Stroebe M. Bereavement and health: The psychological and physical consequences of partner loss. Cambridge University Press. 1987.
- [61] Association américaine de psychiatrie (APA). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). 4ème. n.d.

- [62] Scelles R, Legrand B, Lemaire J-G. Les deuils dans tous leurs états. Assoc Fr Cent Consult Conjug 2008:132.
- [63] Deuil et santé. Mots Deuil 2011. <http://deuil.comemo.org/sante-cancer-sommeil-alimentation>.
- [64] Lipowski Z. Somatization : the concept and its clinical application. Am J Psychiatry. 1988.
- [65] Lipowski Z. Somatization : a borderland between medicine and psychiatry. Canadian Medical Association Journal. 1986.
- [66] Jung-Wiggins E. Patients souffrant de troubles somatoformes : Thèse de Médecine. Université de Genève, 2000.
- [67] Freud S. Les psychonévroses de défense. Névrose Psychose Perversion. PUF, Paris: 1894.
- [68] Freud S, Breuer J. Études sur l'hystérie. PUF. Paris: 1895.
- [69] Bozzini L, Tessier R. Support social et santé. Traité Anthropol. Médicale Inst. Santé Mal., Québec: Presses de l'Université du Québec; 1985.
- [70] Sarason BR, Shearin EN, Pierce GR, Sarason IG. Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications. J. Pers. Soc. Psychol., vol. 4, 1987.
- [71] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.
- [72] Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures, and models. Am. J. Community Psychol., 1986, p. 413.
- [73] Capponi I, Horbacz C. Femmes en transition vers la maternité: sur qui comptent-elles? Dialogue 2007:115–27.
- [74] Chouinard M., Obichaud-Ekstrand S. La contribution du soutien social à la santé et à l'adoption et au maintien de sains comportements de santé. vol. n°75. 2003.
- [75] Freud S. Le mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient. 1905.
- [76] House JS. Work stress and social support. Reading, Mass.: Addison-Wesley Pub. Co.; 1981.
- [77] Ariès P. Essais sur la mort en Occident, du Moyen Âge à nos jours. Points histoire. 1977.
- [78] Fauré C. Vivre le deuil au jour le jour. J'ai Lu. 1998.
- [79] Collège national des gynécologues et obstétriciens Français (CNGOF). Item 17: Principales complications de la grossesse – Hémorragie premier trimestre. 2011.
- [80] Papin C. Fratrie et interruption médicale de grossesse, le retour du fantôme. Médecine Enfance, vol. 28, 2008, p. 238–44.

- [81] Nemiah J., Sifneos P. Affect and fantasy. *Patients Psychosom. Disord.*, vol. n°2. Modern trends in psychosomatic medicine, Londres: 1970.
- [82] Le Camus J. *Un père pour grandir, essai sur la paternité*. 2011.
- [83] Najman JM, Vance JC, Boyle F, Embleton G, Foster B, Thearle J. The impact of a child death on marital adjustment. *Soc Sci Med* 1982 1993;37:1005–10.
- [84] Blumberg BD, Golbus MS, Hanson KH. The psychological sequelae of abortion performed for a genetic indication. *Am J Obstet Gynecol* 1975;122:799–808.
- [85] Delaporte C. Ways of announcing a late-onset, heritable, disabling disease and their psychological consequences. *Genet Couns Geneva Switz* 1996;7:289–96.
- [86] Hunfeld JA, Agterberg G, Wladimiroff JW, Passchier J. Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. *Prenat Diagn* 1996;16:783–90.

## **VII/ Annexes**

**Annexe I : Guide d'entretien**

**Annexe II : Tableau de résultats (cf : livret n°2)**

## L'interruption médicale de grossesse

### Contact :

« Bonjour, je m'appelle Charlotte Ribailhier. Je suis étudiante en dernière année de Sage-femme à Grenoble et dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une enquête qui porte sur les hommes et l'interruption médicale de grossesse. Cette enquête ne se présente pas sous forme d'un questionnaire. Il s'agit d'une discussion libre: un entretien qui me permettrait de prendre en considération votre expérience lors du déroulement de l'IMG, dans le but d'améliorer la prise en charge des hommes. Pour ne rien perdre de notre conversation, je souhaite enregistrer l'entretien, dans le respect complet de votre anonymat, qui sera détruit après analyse. Etes-vous d'accord ? Voulez-vous bien participer à cette enquête ?

### Arguments :

- Cette enquête se déroule dans le cadre d'un exercice universitaire. Ma directrice de mémoire est Mme Annie Poizat, psychiatre à l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal (UTAP) à l'HCE de Grenoble. Nous souhaitons très simplement recueillir des avis, des opinions afin de mieux les comprendre.
- Cet entretien est strictement confidentiel. Votre nom ne sera ni énoncé ou ni cité dans cette étude .
- La durée de l'entretien est d'environ une heure.
- Votre interview viendra enrichir celles d'autres personnes permettant une analyse plus globale.
- Pour ne pas perdre d'informations et être à votre écoute, chaque entretien est enregistré. L'enregistrement est détruit après analyse.

Consigne : Pouvez vous me parler de votre expérience tout au long de cette grossesse ?



DIMENSIONS	SOUS-DIMENSIONS	INDICATEURS	AUTRES
<p><u>I/ L'avant</u></p> <p>Objectif : approche du vécu des hommes lors de la grossesse et de l'annonce de l'anomalie.</p>	<p><u>1. Circonstance de survenue/découverte</u></p> <p><u>2. Connaissance et représentation de l'IMG</u></p> <p><u>3. Décision d'interruption de la grossesse</u></p>	<p>Comment avez-vous découvert que votre enfant était porteur d'une anomalie ? A quel moment de la grossesse ? A qui s'est on adressé pour l'annonce ? Quelle place avez vous eu l'impression d'occuper ? Qu'avez-vous « ressenti » lors de cette annonce ?</p> <p>Quelles étaient vos connaissances sur l'IMG ? Qui vous a expliqué ?</p> <p>A quel moment s'est posée la question dans le couple ? Comment avez vous exprimé vos craintes, questionnements et vos impressions ? Pouvez-vous me dire s'il y a t'il eu des discordances dans votre couple ? Qu'en est-il du délai de réflexion ?</p>	
<p><u>II/ L'après</u></p> <p>Objectif : approche du vécu des hommes lors de l'IMG &amp; du retour à la maison.</p>	<p><u>1. L'interruption</u></p> <p><u>2. Parcours et prise en charge administrative</u>  → Déclaration  → Arrêt de travail</p>	<p>Comment s'est déroulé votre accompagnement en salle de naissance ? Quels on été les mots des soignants ? Comment, de quelle façon vos sentiments, votre ressenti ont-ils pu s'exprimer ? Comment s'est déroulée votre rencontre avec ce bébé ?</p> <p>Quelle a été la démarche pour déclarer votre enfant à l'état civil (si souhaité) ? De quoi avez vous pu bénéficier après la naissance (arrêt de travail) ?</p>	<p><b>TRANSITION :</b> Nous venons de parler de votre parcours depuis la découverte de l'anomalie dont était porteur votre enfant. Je vous propose de continuer d'aborder les étapes que vous avez vécues. Que s'est-il passé par la suite ?</p>

<p>3. <u>Les obsèques</u></p> <p>4. <u>Le retour à la maison</u></p>	<p>Concernant les obsèques/ funérailles de votre enfant, que pouvez-vous me dire ?</p> <p>Pouvez-vous me parler du retour à la maison ?</p>	
<p><b><u>TRANSITION</u> : Vous avez dû rencontrer beaucoup de professionnels tout au long de votre parcours... Que pouvez-vous me dire sur ces rencontres ?</b></p> <p><u>III / La relation hommes-soignants, le soutien</u></p> <p>1. Soutien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Sources formelles</u></li> <li>• <u>Sources informelles</u> (Emotionnel, Instrumental, Informationnel, Appréciation)</li> </ul> <p>Objectif : évaluer les besoins afin d'assurer un meilleur accompagnement.</p>		
<p>Nous avons abordé beaucoup de choses, mais avez-vous quelques remarques à ajouter ? Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semblait important ?</p>		
<p><b><u>TRANSITION</u> : Pour terminer, j'ai quelques questions à vous poser afin de mieux analyser cet entretien.</b></p> <p><u>IV/ Fin de l'entretien</u></p> <p><b>Enquêté</b> : Quel âge avez-vous ?          Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?          Avez-vous des enfants (âge/sexes) ?          Combien de temps s'est-il passé entre l'IMG et l'entretien ?</p> <p><b>Enfant</b> : Sexe, AG, affection.</p>		
<p>Je vous remercie d'avoir participé à cette étude et, surtout, de m'avoir accordé de votre temps.</p>		

## **Résumé :**

L'objectif de cette étude était de décrire une approche du vécu des hommes lors d'une interruption médicale de grossesse, ainsi que le soutien dont les hommes avaient pu bénéficier.

Le recueil de données a été effectué par des entretiens individuels, au moyen d'un guide d'entretien semi-directif. Les hommes inclus par volontariat (n=7) étaient ceux ayant eu recours à une interruption médicale de grossesse pour motif fœtal et ayant rencontré les sages-femmes de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal.

Les résultats de cette étude ont montré que les moments les plus difficiles étaient l'annonce de l'anomalie de l'enfant, ainsi que le retour à la maison, s'expliquant par un sentiment de solitude et une grande tristesse ressentie. L'incompréhension de l'entourage avait pu être décrit, mais les hommes avaient trouvé du soutien auprès des sages-femmes. Le besoin de partage était présent et les hommes décrivaient le besoin de créer des espaces de paroles.

En conclusion, les données de notre étude sont concordantes avec la littérature sur ce sujet concernant les femmes, tant au niveau de la difficulté de l'annonce que des besoins identifiés.

**Mots clefs :** interruption médicale de grossesse, hommes, vécu, soutien

## **Abstract :**

The aim of this study was to describe an approach to the experience of men during a therapeutic abortion, as well as the support that men had been able to benefit from.

Data's collection was conducted through individual interviews, using a semi-directive interview guide. Men included in voluntary work (n=7) were those who had a fetal therapeutic abortion and met the midwives of the Transversal Perinatal Accompaniment Unit.

The results of this study showed that the most difficult moments were the announcement of the anomaly of the child, as well as the return home, explained by a feeling of loneliness and great sadness felt. They described a lack of understanding could be described, but men could find support from midwives. The need for sharing was present and men described the need to create spaces to talk.

In conclusion, the datas from our study are consistent with the literature on this subject concerning women, both in terms of the difficulty of the announcement and the needs identified.

**Keywords :** therapeutic abortion, men, experience, support