

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

N° 017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Anne DEHEEGER

née le 1^{er} novembre 1986 à Les Lilas (93)

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2015

Le vécu de l'homme lors de la fausse couche spontanée précoce de sa conjointe : enquête qualitative à partir de dix-sept entretiens semi-directifs auprès d'hommes résidant en Pays de la Loire

Président du jury : Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC

Directeur de thèse : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Paul CANEVET

Monsieur le Docteur Stéphane PLOTEAU

Monsieur le Sage-Femme Matthieu CRÊTÉ

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, le Professeur Jacqueline Lacaille, je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir permis de mener à bien ce projet. Merci pour le temps que vous m'avez consacré, pour votre patience et vos encouragements. Merci pour ce que vous m'avez transmis à travers nos échanges, et de m'avoir fait goûter au plaisir de la recherche en médecine générale.

Au Professeur Angélique Bonnaud-Antignac, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie d'avoir accueilli mon sujet avec enthousiasme et de l'intérêt porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Au Professeur Jean-Paul Canevet, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Je vous remercie d'avoir accueilli ce sujet sur les fausses couches avec intérêt et enthousiasme. Merci pour vos enseignements dispensés à la faculté, notamment dans les domaines de la pédiatrie ou de l'accompagnement psychologique. Soyez assuré de ma gratitude.

Au Docteur Stéphane Ploteau, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Je vous remercie pour vos enseignements dans le cadre du DIU de Gynécologie-Obstétrique pour le médecin généraliste, et de ce que vous m'avez transmis lors de vos consultations auxquelles j'ai assisté. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Monsieur Matthieu Crété, vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour mon sujet, et de la précieuse aide que vous m'avez apportée dans le recrutement des couples. Soyez assuré de ma reconnaissance.

Aux dix-neuf hommes, ainsi qu'à leurs conjointes, qui m'ont accordé de leur temps et qui ont accepté de participer à cette étude en témoignant sur ce sujet intime.

A toutes les personnes, médecins, maîtres de stage, obstétriciens, sages-femmes, amis, qui m'auront aidée dans le recrutement des couples témoins.

A Juliette, Paul, Elise, Thérèse, Anne-Cécile, Eve et Clémentine pour votre précieuse aide de relecture, de mise en page et de traduction.

A mes parents, merci pour votre soutien précieux à toutes les étapes de ma vie, et particulièrement sur ce long chemin des études de médecine, jusqu'à son aboutissement à travers cette thèse. Merci pour l'amour, la foi, la confiance, l'esprit de simplicité et d'ouverture que vous m'avez transmis.

A mes frères et sœur, pour tous les souvenirs partagés, pour notre complicité. Que nous puissions toujours garder cet esprit de famille qui nous unit. A mes belles-sœurs et beau-frère qui viennent progressivement agrandir notre famille. Merci pour vos coups de main pour cette thèse ou autre (Caro pour ton expertise de sociologue, Charlotte de traductrice, Christophe d'avoir laissé Juliette passer du temps sur mes corrections !). Merci Sam pour tous nos RDV de boulot à deux, pour ce soutien mutuel qu'on s'est apporté cette année. Merci pour ta précieuse écoute de grand-frère et tes conseils ! Merci de m'avoir rejoint dans l'Ouest ! Merci Juju d'avoir relu ma thèse avec tant de soin et d'attention. Merci Pierrick d'être présent pour ma soutenance. Je compte sur toi pour les photos ;)

A mes grands-parents, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises. Merci de vous être déplacés depuis le Nord pour ce grand jour !

A mes co-thésardes, spécialement Bertille et Sophie, pour « notre » solidarité sans faille. Merci d'avoir partagé coups de gueule ou cris de joie, footings ou cafés au soleil !

A mes très chères coloc', Anne-Cécile puis Eve, de m'avoir tant soutenue pour cette thèse, d'avoir supporté mes humeurs et ce rythme de vie... parfois un peu fou ! Merci pour notre amitié...

A mes nombreux amis, d'enfance, d'études, de Lille, d'Italie ou de Nantes, du Mej, du Ch'neuf, de Goum, d'Even, ou d'ailleurs, et particulièrement aux « babychettes » : merci pour tous les moments partagés, pour ce cadeau si précieux de l'amitié que vous me faites... qu'il puisse continuer à s'échanger toujours ! Merci pour votre soutien tout au long de mes études, et les discussions sans fin que j'aime tant !

A Céline, ta disponibilité pour me remplacer et ton amitié ont contribué largement à l'aboutissement de cette thèse !

A mes co-internes. A mes amis médecins de la frat' médicale.

Aux médecins rencontrés qui m'ont transmis un bout de leur « art » et de leur savoir ; particulièrement à mes maîtres de stage : merci de m'avoir fait aimer et découvrir la diversité de la médecine générale (« les Guérandais » : Thierry, Gilles, Véronique ; « les Nantais » : François, Sylvie, Zacharie, « les Vendéens » : Anne, Abdou, Armand).

À Estelle et Anne-Sophie, merci de m'avoir accueillie dans votre collaboration castrocelsienne, pour la simplicité et la joie de travailler ensemble dans la bonne humeur et l'entraide.

À tous les patients que j'ai croisés depuis mon premier stage en fin de P1 aux urgences de St Vincent de Paul à Lille jusqu'à la maison médicale de Champtoceaux, en passant par le Cameroun, Bari, Toulouse ou Les Sables ! Pour ce qu'ils m'ont appris de la Vie !

A toutes les personnes qui m'ont aidé d'une façon ou d'une autre, de près ou de loin, pour l'aboutissement de cette thèse. Merci de m'avoir aidé à réaliser ces deux rêves : devenir docteur et écrivain !

À tous ceux qui partageront mes nombreux projets qui vont pouvoir maintenant fleurir !

A Dieu mon Créateur, à Jésus Christ-médecin qui me montre le chemin, à l'Esprit-Saint qui me donne chaque jour un nouveau souffle de vie et d'amour.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	7
DÉFINITIONS	8
INTRODUCTION.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	10
1. TYPE D'ETUDE.....	10
2. OBJECTIFS ET CHOIX DE LA METHODE.....	10
3. POPULATION ETUDIEE : LES « PERES »	11
3.1. Les critères d'inclusion.....	11
3.2. Les critères d'exclusion.....	11
3.3. Le recrutement des pères.....	11
3.3.1. Les modes de recrutement.....	11
3.3.2. La conjointe comme intermédiaire.....	12
3.4. L'échantillon	12
4. DEROULEMENT DE L'ETUDE.....	13
4.1. La préparation des entretiens.....	13
4.1.1. Le guide d'entretien (annexe n° 3).....	13
4.1.2. La présentation du sujet, la prise de rendez-vous, le recueil du consentement	13
4.2. La réalisation des entretiens	14
4.2.1. Conditions environnementales	14
4.2.2. Déroulement de l'entretien.....	14
4.2.3. L'enregistrement, la retranscription et l'anonymisation.....	15
5. ANALYSE DES DONNEES	15
RÉSULTATS.....	17
1. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON ETUDIE	17
1.1. Caractéristiques des entretiens	18
1.2. Caractéristiques des hommes	18
1.3. Caractéristiques des fausses couches.....	20
2. ANALYSE THEMATIQUE.....	21
2.1. Le vécu de l'homme en tant que père.....	21
2.1.1. Le contexte de la fausse couche	21
2.1.2. Le vécu de la fausse couche	29
2.2. Le vécu de l'homme en tant que conjoint.....	49
2.2.1. Son ressenti vis-à-vis de sa conjointe.....	49
2.2.2. Les conséquences sur leur relation conjugale.....	55
2.3. Le vécu des soins.....	60
2.3.1. L'implication de l'homme dans les soins.....	60
2.3.2. Le vécu de la médicalisation de la fausse couche	63
2.3.3. La relation soigné-soignant	66
2.4. Un soutien psychologique médicalisé est-il nécessaire ?.....	71
2.4.1. Un soutien non nécessaire	71

2.4.2. La reconnaissance d'un besoin de soutien.....	72
2.4.3. Ambivalence.....	75
2.4.4. Leur perception du rôle du médecin traitant.....	78
DISCUSSION	80
1. SUR LA METHODE : VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE.....	80
1.1. Forces de la méthode.....	80
1.1.1. Richesse de la méthode choisie	80
1.1.2. Variété de l'échantillon	81
1.1.3. Travail original, sujet peu exploré.....	81
1.2. Faiblesses de la méthode	82
1.2.1. L'analyse des biais	82
1.2.2. Les limites et les difficultés rencontrées.....	84
2. SUR LES RESULTATS : VALIDITE EXTERNE DE L'ETUDE.....	86
2.1. Un sujet peu traité.....	86
2.2. Le retentissement psychologique de la fausse couche chez l'homme : une souffrance cachée.....	87
2.2.1. Le trouble psychologique est réel.....	87
2.2.2. Il s'agit d'un deuil	88
2.2.3. Un retentissement très variable d'un père à l'autre	89
2.2.4. Un deuil particulier : une perte multiple.....	92
2.2.5. Un deuil souvent caché.....	96
2.2.6. Un deuil qui peut devenir pathologique	97
2.3. L'impact de la fausse couche sur le couple	98
2.3.1. La fausse couche rapproche ou fragilise	98
2.3.2. Vulnérabilité, impuissance et absence de contrôle.....	99
2.3.3. Une souffrance différente de la femme	100
2.3.4. Des expressions de deuil différentes, sources de difficultés conjugales	101
2.4. Le vécu de la prise en charge médicalisée et le besoin d'accompagnement : quel enjeu pour les professionnels de santé ?	102
2.4.1. L'importance de l'attitude des soignants dans le vécu des soins.....	102
2.4.2. Paradoxalement, les hommes sollicitent peu les soignants alors qu'ils ont un grand besoin de communiquer.....	103
2.4.3. L'intérêt d'une prise en charge préventive par le médecin traitant	104
CONCLUSION.....	115
RÉFÉRENCES	116
ANNEXES.....	119
Annexe n° 1 : Note d'information destinée aux internes	119
Annexe n° 2 : Information destinée aux patientes et conjoints	120
Annexe n° 3 : Le guide d'entretien	121
Annexe n° 4 : Questions sur les caractéristiques médico-sociales des hommes	122
Annexe n° 5 : Echelle de deuil pré- et périnatal de Potvin, Lasker et Toedter (1989). Traduction française de C. de Tychev (1998), université de Nancy	123
SERMENT MÉDICAL.....	126
RESUME.....	128

“ Miscarriages do not occur in a uterus, but in a woman ; and miscarriages do not occur solely in a woman, but in a family ” Cain 1964 (1)

“ Moins il aura vécu, selon l’endeuillé, celui qui vient de mourir, plus sa vie sera à ses yeux restée une vie en puissance ” Aristote (2)

« Plus une vie a été courte, plus il est difficile, voire impossible, de résoudre son deuil à partir de rien. » Elisabeth Glatigny Dallay 2013 (3)

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ATCD : antécédent(s)

CHU : centre hospitalier universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

FC : fausse(s)couche(s)

FCSR : fausses couches spontanées à répétition

FCP : fausse couche précoce

FCT : fausse couche tardive

G : grossesse(s)

GEU : grossesse extra-utérine

GIU : grossesse intra-utérine

IDE : infirmier(e) diplômé d'état

M : médecin

MG : médecin généraliste

MT : médecin traitant

RDV : rendez-vous

SA : semaines d'aménorrhée

SF : sage-femme

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

US : unité de signification

WE : week-end

DÉFINITIONS

D'après *Le deuil périnatal de « l'enfant né sans vie »* de Glatigny Dallay E. (3),

et *La standardisation de la terminologie des pertes de grossesse* du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (4).

Grossesse biochimique : diagnostic rétrospectif de perte de grossesse (G) pour laquelle le test de G (urinaire ou sanguin) s'était révélé positif puis s'est négativé sans qu'il ait été possible de localiser cette G à l'échographie.

Fausse couche (FC) : expulsion spontanée du contenu utérin avant 22 semaines d'aménorrhée (SA) (sans présager de son caractère complet ou incomplet).

Grossesse arrêtée précoce : arrêt de développement < 14 SA (stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur craniale-caudale et/ou disparition d'une activité cardiaque).

Fausse couche précoce (FCP) : expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine < 14 SA.

Fausse couches spontanées à répétition (FCSR) : une histoire de 3 FCP (ou plus) consécutives < 14 SA.

Fausse couche tardive (FCT) : expulsion spontanée d'une grossesse ≥ 14 et < 22 SA.

Une mort fœtale in utero (MFIU) : arrêt spontané de l'activité cardiaque ≥ 14 SA. (Le moment de l'arrêt de l'activité cardiaque peut être pré-partum (avant la mise en travail), per-partum (pendant le travail) ou parfois indéterminé.)

Stade embryonnaire : correspond à un organisme en développement depuis la première division de l'œuf (ou zygote) jusqu'au stade où les principaux organes sont formés, soit les huit premières semaines de grossesse chez l'homme (jusqu'à 10 SA). La définition est histo-embryologique et non clinique.

Après, on parle de **fœtus** : être vivant entre la fin de la 8^{ème} semaine de grossesse et la naissance.

Œuf clair : terme non médical qui désigne l'image échographique d'un sac gestationnel vide, avec ou sans vésicule vitelline mais sans embryon visible, correspondant à un arrêt de grossesse très précoce (avant 5 SA).

Perte de grossesse : inclut les FC, les MFIU, les décès d'enfants prématurés (en per-partum ou en post-natal) et les morts en per-partum d'enfants nés à terme.

La mortalité périnatale : concerne les décès survenus entre 22 SA et J7 après la naissance.

Seuil de viabilité : Pour parler de viabilité sur le plan juridique en **France depuis 2008-2009**, on ne se base plus sur les seuils d'âge gestationnel (22 SA) ou de poids (500g) de la définition de l'OMS, mais sur le caractère « vivant » ou « mort » de l'enfant. L'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat d'accouchement, délivré uniquement à partir de 15 SA et du « recueil d'un corps formé et sexué ». Les FCP ne sont donc pas considérées comme des enfants selon la loi française.

INTRODUCTION

L'arrivée d'un enfant transforme la vie d'un homme et lui fait revêtir une nouvelle identité : celle de père. Celui-ci prend aujourd'hui de plus en plus sa place au sein de l'accompagnement de la grossesse (G) et de l'accueil de la naissance (5). Or, dans le contexte contraceptif actuel, les grossesses sont aujourd'hui moins nombreuses, plus tardives, et souvent « programmées », donc ardemment désirées par le couple. Parallèlement, la médicalisation du suivi de la grossesse, avec la généralisation de l'échographie, permet de visualiser de plus en plus tôt l'enfant à naître, et renforce la création d'un lien d'attachement précoce. L'homme peut donc se sentir et se considérer « père » bien avant la naissance de son enfant. C'est dans ce sens que nous emploierons ce terme tout au long de ce travail.

La fausse couche précoce (FCP), redéfinie en 2014 par le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) comme l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine (GIU) avant 14 semaines d'aménorrhée (SA) (4), est une complication fréquente, et le plus souvent inattendue de la grossesse. Elle surviendrait dans 12% des grossesses (tout âge maternel confondu), avec un taux qui augmente avec l'âge maternel : 20% à 35 ans. Elle concernerait une femme sur quatre avant 39 ans. Mais ce taux est probablement sous-estimé car beaucoup de pertes de grossesses précoces surviennent avant le diagnostic de grossesse et passent inaperçues (6).

Une riche littérature démontre aujourd'hui que la FCP est un événement traumatisant pour les femmes qui y sont confrontées. Il peut entraîner de nombreuses conséquences psychologiques à court, moyen et parfois long terme (7) (8). Pourtant, le corps médical, comme l'ensemble de la société, reconnaît encore difficilement l'importance de cet événement dans la vie de la femme, et a tendance à le banaliser (9). Alors qu'elle concerne de très nombreux couples, la fausse couche (FC) semble rester un sujet tabou au sein de la société. Tandis que la paternité suscite un intérêt grandissant pour la recherche scientifique (5) (10) (11), le nombre d'études sur les conséquences de la FC chez l'homme est encore très limité. Depuis une quarantaine d'années seulement, les chercheurs commencent à s'intéresser aux conséquences des pertes périnatales sur le partenaire et la famille, sans toutefois se focaliser spécifiquement sur les pertes de grossesses précoces (1). Alors que l'impact de la FC sur le père est prévisible, pourquoi s'y intéresser si peu ? Qu'en est-il pour lui lors de cet événement ?

C'est dans ce contexte de banalisation de la FC, et en particulier d'absence de prise en compte de l'homme, que nous avons voulu développer ce travail. Avec un intérêt particulier pour l'accompagnement des bouleversements psycho-affectifs engendrés par l'accueil de la vie, nous avons cherché à comprendre ce que l'homme pouvait vivre lors de la FCP de sa conjointe. A travers cette étude qualitative par entretiens individuels, nous avons souhaité étudier ce sujet peu connu en mobilisant directement l'expression des hommes. Notre enjeu principal était d'explorer le vécu masculin, mais aussi les bouleversements au sein du couple lors d'une FCP. L'objectif secondaire était de saisir quels sont les manques en terme de prise en charge et les applications pratiques qui peuvent en découler dans le champ de la médecine générale. En effet, le médecin traitant (MT) est souvent le premier recours dans l'accompagnement des grossesses.

Notre travail cherchait à répondre aux questions suivantes : Quel est le ressenti de l'homme lors d'une FCP ? Existe-il un retentissement psychologique chez lui ? Cet événement a-t-il des conséquences sur sa relation de couple ? Comment l'homme vit-il la relation avec les soignants ? Sa place de futur père est-elle reconnue ? A-t-il des attentes vis-à-vis des professionnels de santé ? A-t-il besoin d'un accompagnement ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude qualitative, menée à partir d'entretiens semi-directifs individuels, auprès de dix-sept hommes, résidant en région Pays de la Loire, et dont le couple a vécu au moins une fausse couche spontanée précoce après 2010.

2. OBJECTIFS ET CHOIX DE LA MÉTHODE

Notre objectif était de chercher à comprendre l'expérience vécue par les hommes lors de la FCP de leur conjointe.

La méthode qualitative permettait, grâce aux entretiens semi-dirigés, le recueil de récits d'expérience, qui soient les plus authentiques possibles.

S'agissant d'un sujet qui touche à l'intime, et qui concerne une situation vécue, la technique des entretiens semi-directifs s'adaptait le mieux à ce type de recherche. Elle laissait la place à la libre expression, au contraire de questionnaires plus restrictifs. Elle permettait un contact direct entre l'enquêtrice et ses interlocuteurs. Le langage non verbal traduisant les émotions a ainsi pu être recueilli. L'enquêtrice cherchait autant que possible à « laisser venir » l'interviewé afin qu'il puisse parler librement, dans l'ordre qu'il souhaitait et avec les mots qui lui convenaient.

Nos axes de recherche étaient les suivants :

Quel est le ressenti personnel de l'homme lors de cet événement ?

Comment le vit-il en tant que père ? Quelles conséquences de la perte de la grossesse pour lui ?

Comment le vit-il en tant que conjoint ? Quel retentissement sur sa vie de couple ?

Comment le vit-il en tant qu'utilisateur du système de santé ? Quel contact avec les professionnels de santé ?

Pour notre pratique de médecine générale, les grandes questions sous-jacentes étaient :

L'homme présente-t-il des difficultés en lien avec la FCP ?

A-t-il besoin d'un soutien psychologique de la part d'un professionnel ?

Quels enjeux en découlent pour les professionnels de santé, et notamment quelle conduite à tenir pour le médecin traitant ?

3. POPULATION ÉTUDIÉE : LES « PÈRES »¹

La population étudiée était celle d'hommes, dont la conjointe avait vécu au moins une fausse couche spontanée précoce.

3.1. Les critères d'inclusion

- Toute FC spontanée ayant eu lieu lors du premier trimestre de grossesse (soit avant 15 SA).
- Entre 2010 et 2014.
- Quel que soit le mode d'annonce : médicalisée ou non.
- Quel que soit le mode de prise en charge : expulsion naturelle, traitement médicamenteux, curetage.
- Survenant lors d'une grossesse unique ou multiple, spontanée ou non.
- Les situations de FCP multiples étaient également incluses afin de faciliter le recrutement. De plus, cette notion était souvent découverte uniquement au cours de l'entretien, la personne ayant fait l'intermédiaire n'ayant pas nécessairement connaissance de l'ensemble des FCP.
- Au sein de couples vivant en région Pays de la Loire.

3.2. Les critères d'exclusion

- Les FC tardives (après le troisième mois de grossesse révolu).
- Les FCP ayant eu lieu avant 2010, pour limiter le biais mémorisation.

3.3. Le recrutement des pères

3.3.1. Les modes de recrutement

Afin d'avoir un échantillon varié, et un recrutement rapide, nous avons diversifié les modes de recrutement. Certains ont été efficaces, d'autres non.

Recrutement indirect :

- Présentation de l'étude aux internes en stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) lors d'un GEP (Groupe d'Echange de Pratiques). Distribution de fiches explicatives à leur attention ainsi qu'à celle de leurs maîtres de stage (annexe n°1). Distribution d'affiches à l'attention des patients à mettre en salle d'attente (annexe n°2).

=> Recrutement d'un père.

- Sollicitation de notre réseau de connaissances professionnelles : médecins, obstétriciens libéraux et hospitaliers, sages-femmes libérales, psychologues libérales et en maternité.

=> Recrutement d'un père, par un médecin généraliste.

¹ Nous choisissons ici d'employer le terme de « père » pour désigner l'homme dont la conjointe a vécu une FC, qu'il ait des enfants vivants ou non. Il en sera de même tout au long de notre travail.

- Sollicitation de notre réseau de connaissances personnelles.

=> Recrutement de deux pères (non connus de l'enquêtrice).

- Sollicitation de nos maîtres de stage SASPAS.

=> Recrutement de neuf pères.

- Sollicitation de l'équipe du service de l'UGO : Urgences Gynéco-Obstétriques du CHU de Nantes (PH, internes, externes et sages-femmes), avec explications orales et remise de fiches explicatives.

=> Pas de recrutement.

- Sollicitation d'associations de soutien aux parents ayant vécu une perte fœtale (AGAPA (12)) ou souffrant d'infertilité (AMPHORE (13)), par le contact de leurs présidentes, et la rédaction d'une annonce d'appel à témoins, postée sur le site web.

=> Pas de recrutement.

- Sollicitation de gynécologues du CHD de la Roche-sur-Yon : intéressés par l'étude, mais nous n'avons finalement pas eu le temps ni le besoin de mettre en place le recrutement sur ce site.

Les internes et médecins étaient invités à nous transmettre directement les coordonnées de leurs patientes ayant vécu une FC répondant aux critères d'inclusion, après leur avoir présenté brièvement le sujet de l'étude : « le vécu de l'homme lors de la FCP de sa conjointe ». Dans la mesure du possible, ils sollicitaient l'accord de la femme pour que l'investigatrice la contacte.

Recrutement direct :

- Présentation de mon travail de thèse aux patientes ayant au moins un antécédent de FCS, lors de mon stage SASPAS ou de mes remplacements.

=> Recrutement de sept pères, dont cinq via un sage-femme libéral ayant vu l'affiche dans la salle d'attente.

3.3.2. La conjointe comme intermédiaire

Le recrutement s'est fait à chaque fois par l'intermédiaire de la conjointe. Aucun homme ne s'est proposé spontanément en voyant l'affiche en salle d'attente. Quelques femmes l'ont fait. Elles ne répondaient pas toutes aux critères d'inclusion.

3.4. L'échantillon

Nous avons inclus des nouveaux pères jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle idée pertinente à nos yeux ne soit rapportée lors du dernier entretien.

La diversité de l'échantillon n'a pas été recherchée directement, étant donné que tous les pères répondant aux critères d'inclusion ont été contactés au fur et à mesure. Nous avons tout de même le souci de diversifier les lieux d'habitation, les âges, et les catégories socio-professionnelles, ce qui s'est fait naturellement comme nous le verrons dans les résultats.

4. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

4.1. La préparation des entretiens

4.1.1. Le guide d'entretien (annexe n° 3)

Après documentation bibliographique, et formulation de nos axes de recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien unique, de type semi-structuré, comprenant les quatre grands thèmes sur lesquels nous voulions travailler :

Le ressenti personnel de l'homme lors de la FC ;

Les conséquences sur sa relation de couple ;

Son vécu lors des rencontres de soins ;

Son avis sur l'intérêt pour lui d'un soutien psychologique.

Nous commençons toujours notre entretien par une question dite « brise-glace » : « *Vous et votre conjointe avez vécu une fausse couche précoce, quels souvenirs cela vous évoque-t-il ? Que voulez-vous me raconter à ce sujet ?* ». La trame comprenait également les relances nécessaires en cas de besoin.

Après réalisation d'un entretien test, nous avons ajusté ce guide d'entretien, en retravaillant les questions pour qu'elles soient les plus ouvertes possibles. Leur nombre a été réduit pour laisser plus de place à l'écoute et à la libre expression. De nouvelles pistes ont émergé, comme le besoin d'en parler ou les conséquences sur la sexualité. Les sujets spontanément abordés par certains étaient repris lors des interviews suivantes.

Au guide d'entretien s'ajoutait en fin de rencontre une quinzaine de questions courtes permettant de relever les caractéristiques sociales et médicales de l'homme interrogé, ainsi que de sa partenaire (annexe n° 4).

4.1.2. La présentation du sujet, la prise de rendez-vous, le recueil du consentement

Le projet d'étude était présenté à la femme, soit directement en consultation, soit par téléphone. Dans ce dernier cas, il lui était précisé le nom de la personne nous ayant donné ses coordonnées. Le travail lui était présenté sous cette forme : « *Je suis une jeune médecin généraliste, et j'effectue, dans le cadre de ma thèse, un travail de recherche sur le vécu de l'homme lors de la fausse couche précoce de sa conjointe, à partir d'entretiens semi-directifs. Je cherche des hommes acceptant de témoigner de leur vécu, à travers un entretien, d'une durée de 30 à 60 minutes. L'entretien sera anonyme et confidentiel. Il pourra avoir lieu chez vous, au cabinet médical, ou dans un autre lieu neutre.* » Les critères d'inclusion, notamment l'ancienneté et le terme de la FCS, étaient vérifiés.

La femme était invitée à en parler avec son conjoint. En cas d'accord, celui-ci devait nous rappeler, pour convenir ensemble d'un RDV. En cas d'absence de rappel dans les jours qui suivaient, l'enquêtrice rappelait la femme.

Il était fréquent que les épouses aient envie de partager leur expérience, soit par téléphone, soit lors de mon arrivée au domicile pour l'entretien. Il fallait donc les écouter, mais aussi leur rappeler que l'étude portait spécifiquement sur le vécu de leur conjoint.

Lors du contact téléphonique avec l'homme, le sujet était de nouveau présenté, et l'entretien était proposé avec beaucoup de tact, en précisant l'absence d'obligation de participer. L'intérêt de sa participation pour aider la recherche scientifique et les couples confrontés à cette situation était aussi évoqué. Le caractère anonyme et confidentiel était rappelé. Il était précisé que l'entretien serait enregistré. En cas d'accord, nous convenions d'un lieu et d'une date de RDV.

4.2. La réalisation des entretiens

4.2.1. Conditions environnementales

Le lieu

Les hommes choisissaient le lieu et l'horaire de rendez-vous qui leur convenaient, pour faciliter leur participation à l'étude, sans perturber leur vie professionnelle, personnelle et familiale.

La plupart des entretiens ont eu lieu au domicile conjugal, dans la salle de séjour, sauf pour trois hommes qui ont préféré se déplacer au cabinet médical. Dans deux cas, la conjointe a montré son fort intérêt pour l'étude et a assisté à l'interview sans que l'enquêtrice n'ait pu lui expliquer la nécessité de son absence. Nous avons ainsi dû exclure ces deux entretiens de l'analyse. Lors des contacts téléphoniques suivants, nous avons alors précisé aux hommes l'importance de l'absence de leur conjointe lors de l'entretien. Cela pour assurer la validité de l'étude. Le couple s'organisait alors pour que la compagne soit absente ou occupée au moment de l'entretien. Les rendez-vous ont eu lieu en soirée, le samedi matin, ou sur les jours de repos des pères, certains travaillant en horaires décalés.

La durée

La durée annoncée était entre 30 et 60 minutes. Le but était de ne pas être pressé par une contrainte « temps », tout en s'adaptant à la disponibilité des pères.

4.2.2. Déroulement de l'entretien

Avant de commencer l'entretien, le cadre et l'intérêt du sujet étaient présentés de nouveau à chaque père, de manière succincte et stéréotypée.

L'anonymat, la confidentialité et la libre réponse aux questions étaient rappelés. Le consentement oral était demandé de nouveau, ainsi que l'accord pour l'enregistrement audio.

Certains hommes commençaient à parler spontanément, avant la première question. Plusieurs étaient curieux de se positionner parmi les autres hommes, et questionnaient sur les avis récoltés avant eux.

Pendant toute la durée de l'entretien, l'enquêtrice était la plus neutre et bienveillante possible, favorisant une écoute active, et encourageant ceux qui présentaient des difficultés à s'exprimer. La formulation exacte et l'ordre des questions pouvaient varier en fonction de chaque participant, selon le contenu de l'entretien, des thèmes spontanément abordés, et selon le libre choix de l'enquêtrice.

A la fin de l'entretien, après l'arrêt de l'enregistrement, la rencontre se prolongeait souvent sous la forme d'un échange plus informel au sujet de leur expérience, des généralités sur les FC, des possibilités de prise en charge des FCS multiples ou de l'infertilité, des réflexions plus larges sur la

médecine en générale ou la parentalité. Les hommes cherchaient souvent à avoir l'avis de l'enquêtrice. Il était proposé systématiquement aux hommes, s'ils étaient intéressés, de leur envoyer les résultats de l'étude, par l'intermédiaire de leur adresse mail. Tous ont accepté.

4.2.3. L'enregistrement, la retranscription et l'anonymisation

Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, après accord oral des intéressés.

Ils ont été retranscrits intégralement, manuellement, sur logiciel Word. Le langage non verbal – hésitations, silences significatifs, onomatopées (« euh », « hum »), expressions d'émotions (*pleurs, rires, raclements de gorge, grandes inspirations*) – a été rapporté au maximum. Même si elle comportait des erreurs, la syntaxe des phrases a été conservée pour une plus juste fidélité du discours. Les entretiens ont été anonymisés : tous les prénoms (pères, mères, enfants) ont été modifiés, avec la conservation des initiales. Pour respecter la confidentialité, les entretiens audio ne sont pas disponibles en annexe.

Cet ensemble de verbatim constituait notre corpus de données, matériel de base pour notre analyse.

5. ANALYSE DES DONNÉES

La méthode d'analyse thématique a été utilisée. Nous nous sommes aidée des ouvrages *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* de Pierre Paillé (14) et *L'analyse du contenu* de Laurence Bardin (15).

Dans une intention descriptive, nous avons cherché à traiter et résumer notre corpus, grâce à des dénominations appelées « thèmes » ou « unités de signification (US) », représentatifs du contenu, en rapport avec nos questions de recherche.

Les verbatim ont été numérotés, ligne par ligne. Ils ont été relus un par un en « lecture flottante » (15) pour s'imprégner du sujet. Ils ont été analysés un par un, en débutant par les derniers, pour lesquels la technique d'entretien était plus ajustée que les premiers. Au fur et à mesure de la relecture, les thèmes pertinents - ou US -, en lien avec nos objectifs, étaient repérés, relevés, puis reportés, de façon chronologique, dans un tableau Excel. Nous avons choisi ce mode d'inscription des thèmes « en fiche » : en les reportant dans un tableau avec numérotation des lignes. Il s'agit d'un relevé de thèmes ventilé (14).

Le choix du logiciel Excel a été fait devant le volume important du corpus. En ligne, les thèmes se succédaient. En colonne, les extraits de verbatim y étaient associés, ainsi que leurs numéros de lignes (début et fin), sur le principe d'une colonne par homme. Notre tableau Excel était découpé en trois grands volets qui correspondaient à nos hypothèses de recherche : l'homme en tant que père, l'homme en tant que conjoint, l'homme dans la relation de soins. Un quatrième volet a été généré pour l'analyse du langage non verbal. Chaque fois qu'un père évoquait une nouvelle idée, cela générait la création d'un thème, donc d'une ligne, dans le tableur Excel. S'il parlait d'une idée déjà reportée dans le tableur, précédemment évoquée par lui-même, ou par un autre père, l'extrait de verbatim s'y référant était ajouté à la ligne du thème existant, dans la colonne correspondant au père.

La démarche de thématisation continue était accompagnée en aparté d'un travail systématique d'inventaire et d'affinement des thèmes (14).

De nouveaux thèmes ont été générés et regroupés jusqu'à la fin de l'analyse, selon la technique de la thématization continue. Suite à la première lecture linéaire, une deuxième lecture transversale a permis de retourner chercher dans les verbatim des idées confirmant ou infirmant les thèmes conservés. Au cours de la progression de l'analyse, le tableau Excel a ainsi permis de fusionner ou de subdiviser, de comparer, de confronter, et d'organiser pour finalement synthétiser et hiérarchiser les thèmes autour d'axes. Il est disponible sur le CD-Rom ci-joint.

Cette technique permettait d'allier subjectivité et objectivité : tout en restant fidèle aux verbatim, nous avons pu opérer une décontextualisation, afin de faire ressortir les grandes tendances du phénomène, mais aussi certaines spécificités, et répondre ainsi à nos hypothèses.

« Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité, et, d'autre part, la fécondité de la subjectivité. » (15)

A partir de cette analyse thématique progressive, nous avons pu avancer les résultats suivants.

RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON ÉTUDIÉ

Nous avons contacté 35 couples, parmi lesquels 19 hommes ont été interrogés, et finalement 17 inclus.

- Parmi les 16 couples non interrogés, nous avons eu :

huit absences de réponse,

quatre refus (trois refus de la part de la femme : absence d'intérêt ou indisponibilité du conjoint avancée ; un refus de la part d'un homme, motif non connu),

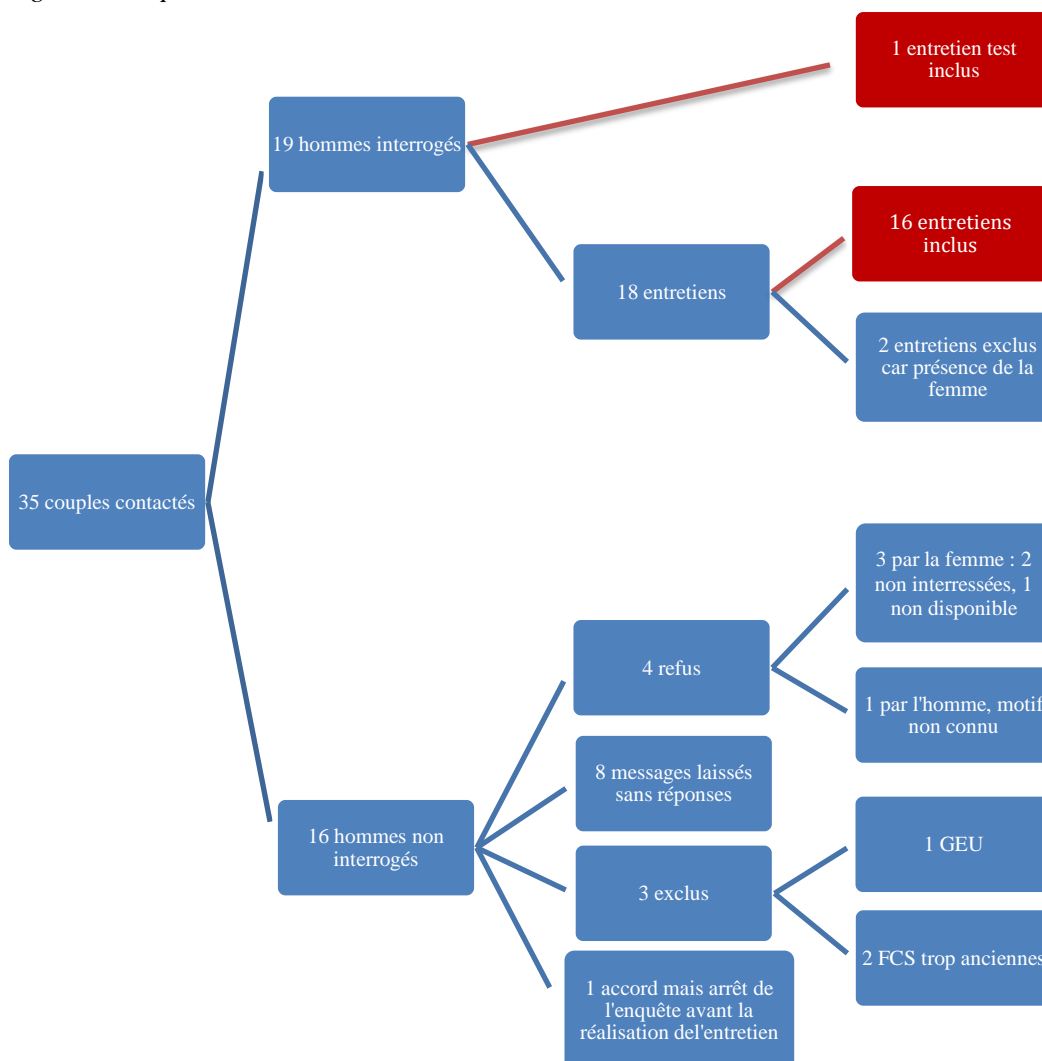
trois hors des critères d'inclusion (une GEU et une FCS avant 2010),

un accord, mais nous avons décidé d'arrêter le recrutement avant l'entretien.

- Parmi les 19 hommes interrogés, deux ont été exclus : les entretiens ont été faits en présence de la conjointe.

Cette distribution des réponses est schématisée dans la figure ci-dessous : *Figure 1*.

Figure 1 : Réponses des hommes contactés



1.1. Caractéristiques des entretiens

Une première série d'entretiens s'est déroulée entre février et avril 2014, une seconde entre octobre et novembre 2014.

14 entretiens ont eu lieu au domicile des pères, dans le salon ou la salle à manger. Trois ont eu lieu au cabinet médical du médecin généraliste de l'homme ou de sa conjointe.

14 entretiens ont eu lieu en Vendée, deux en Loire-Atlantique, et un dans le Maine-et-Loire.

La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes, avec une durée minimale de 15 minutes, et une durée maximale de 80 minutes.

1.2. Caractéristiques des hommes

Age :	âge moyen : 32 ans < 25 ans : 1 25 à 30 ans : 5 31 à 35 ans : 8 > 35 ans : 3
Statut marital lors de la FC :	mariés : 6 pacsés : 3 concubins : 8 (dont 2 mariés par la suite et 1 pacsé, avec la même conjointe)
Paternité antérieure à la FC :	<u>Hommes ayant au moins un enfant avant</u> : 9 (dont un en a 2, les autres 1), tous avec la même compagne. <u>Hommes n'ayant pas d'enfant avant</u> : 8
Paternité postérieure à la FC :	<u>Hommes ayant au moins un enfant après</u> : 11, et 2 grossesses en cours lors de l'entretien, tous avec la même compagne. <u>Hommes n'ayant pas d'enfant après</u> : 4, dont 2 qui n'ont pas encore enfant (dont 1 couple qui attend depuis plus de trois ans)
Niveau d'étude :	Diplôme professionnalisant sans BAC : 4 Niveau BAC : 5 BAC + 2 : 4 BAC + 3 et plus : 4
Secteur d'activité :	Bâtiment : 4 Industrie : 5 Tertiaire : 8

Lieu de résidence :	Urbain : 5 Semi-rural : 5 Rural : 7
Département :	Loire-Atlantique : 2 Maine-et-Loire : 1 Vendée : 14
Remarques :	<ul style="list-style-type: none"> • Un homme est sénégalais, vivant en France depuis ses 18 ans. Il a eu un enfant handicapé avant la FC. • Un autre a eu une perte de grossesse antérieure à la FC au cours de l'accident de voiture d'une conjointe précédente, enceinte lors de l'accident et décédée elle aussi. Il a été alcoolique pendant 8 ans. Il est actuellement sevré, suivi par un addictologue et sous anxiolytiques.
Age conjointe :	âge moyen : 32 ans (3/17 non renseignés)
Secteur d'activité conjointe :	Santé : 6 Enseignement / Animation : 6 Secrétariat / Accueil : 4 Mère au foyer : 1

1.3. Caractéristiques des fausses couches

Nombre de fausse(s) couche(s) par couple :	unique : 12 multiple : 5 (4/4/3/2/2) (dont 1 FC sur grossesse gémellaire chez un couple ayant fait 3 FCP)
Lors de la première grossesse « pour » l'homme :	8 / 17
Grossesse spontanée :	17 / 17
Antériorité par rapport à l'entretien : la FC (celle dont il parle le plus en cas de FCSR) a eu lieu : Moyenne du « délai depuis la dernière FC » : 19.6 mois, soit un an et demi.	il y a moins d'un an : 6 entre 1 et 2 ans : 7 plus de 2 ans : 4 <u>La FC la plus proche</u> : entre 3 et 4 mois pour 4 couples.
Terme (selon les mots employés par le père, en mois de grossesse) :	< 2 mois : 2 2 mois : 7 > 2 mois : 6 Non renseigné : 2
Mode de découverte :	Saignements / Douleurs abdominales : 9 Expulsion spontanée : 3 Echographie : 5
Consultation de suivi de cette grossesse avec présence de l'homme :	Oui : 4 Non : 11 Non renseigné : 2
Embryon vu à l'échographie (lors de l'annonce ou avant) :	Oui : 8 Non : 9
Annonce de la FC à l'homme faite par : ----- à la femme seule, ou au couple, faite par (<i>homme présent = homme +</i>) :	Sa femme : 2 (absence de consultation) Médecin généraliste : 1 Gynécologue traitant : 2 (<i>1 homme+</i>) Urgences / Hôpital : 3 (<i>3 hommes+</i>) Sage-Femme : 4 (<i>3 hommes+</i>) Echographiste : 5 (<i>2 hommes +</i>)
En cas d'annonce médicalisée : présence de l'homme (2 cas non concernés où l'annonce a été faite par la femme) :	Oui : 9 Non : 6
Mode de prise en charge :	Expulsion spontanée : 6 Médicamenteuse : 2 Médicaments puis curetage : 4 Curetage : 5
Délai avant début d'une nouvelle grossesse :	< 6 mois : 7 Entre 6 et 12 mois : 5 Plus de 12 mois : 1 Pas de nouvelle grossesse : 4 (dont 2 FCP très récentes, et 2 couples qui attendent un enfant depuis plusieurs années)

2. ANALYSE THÉMATIQUE

Pour explorer le retentissement d'une FC sur l'homme, nous avons choisi d'étudier son vécu sous ses trois « rôles » : le père, le conjoint, le patient.

2.1. Le vécu de l'homme en tant que père

Nous avons observé de nombreux points communs, mais également de grandes différences entre les vécus des pères.

2.1.1. Le contexte de la fausse couche

Ses antécédents (ATCD) personnels, les ATCD obstétricaux de son couple, l'intensité de son désir d'enfant, son lien d'attachement avec le fœtus, jouent un rôle majeur dans la façon de réagir du père face à la fausse couche.

2.1.1.1. Son histoire de vie

Selon son histoire reproductive et ses ATCD, l'homme vivra la grossesse, et donc la fausse couche, différemment.

2.1.1.1.1. Son histoire reproductive

L'histoire reproductive fait ici référence à un terme employé par J. Jaffe, psychologue américaine, pour désigner l'ensemble des « antécédents obstétricaux » du couple (16). Qu'elle soit semée d'embûches (infertilité, ATCD de FC par exemple) ou simple, l'histoire reproductive de l'homme influence son vécu de la FC.

- **Lorsque l'homme a déjà eu des enfants**

- ***La présence d'un ou plusieurs enfants aide à surmonter la fausse couche.***

L'enfant rassure l'homme sur sa capacité à être père. Le soutien « affectif » des enfants antérieurs à la FC est aussi souvent mis en avant dans le discours des pères.

Edouard 11 « le fait d'avoir déjà un enfant, ça change la donne, on se pose moins de questions, on s'accroche surtout à ça (...) c'est plus facile à vivre. »

Gaëtan 437 « heureusement qu'on avait...Hélène ! (...) on s'est vachement rattachés à elle ! (...) c'est pas comme si on n'avait pas la grande (...) Enfin, c'est elle qui nous a reboostés »

- ***L'évocation des grossesses antérieures.***

La FC réveille les difficultés passées. En cas de saignements, de prématurité, de césarienne, le père aborde souvent la G suivante avec la crainte de nouveaux soucis. Lors de la FC, il peut avoir anticipé les difficultés, et appréhender la survenue de nouveaux problèmes.

Julien 216 « pour la G d'Anaëlle, Pauline avait eu quelques saignements, qui finalement n'avaient pas eu d'incidence (...) on avait déjà ressenti cette période de

stress (...) On avait déjà abordé forcément cette question-là, cette éventualité-là, à travers les saignements »

Edouard 139 « [pour] Kévin, la grossesse...[ne] s'est pas bien passée quoi ! (...) Donc on s'attend pas à c'qu' elle passe une grossesse tranquille,...non. Après, de là à faire une fausse-couche, non. (...) on sait que pour l'instant les grossesses, c'est pas ça »

En cas d'infertilité : un père évoque leur parcours antérieur en procréation médicalement assistée, vécu douloureusement.

Gaëtan 5 « la première on l'a eue par insémination. Donc on a mis huit ans pour, on a eu du mal à l'avoir quoi. 35-37 : Mais c'est vrai par toutes les galères où on est passés. Déjà, rien que l'insémination c'est... pour la première ça été lourd quoi. Et, ça a marché au bout de la troisième fois.»

Lorsque les grossesses antérieures se sont bien passées, la nouvelle grossesse est alors accueillie dans un contexte favorable. L'irruption de FC vient ébranler l'attente confiante des parents.

Grégoire, 16 « Parce qu'en fait, on l'avait déjà annoncé un peu à tout le monde. Parce que la première [grossesse] s'était super bien passée » 139 « Je ne m'attendais pas du tout à avoir (...) cette nouvelle-là ! »

- **Lorsque l'homme n'a pas encore eu d'enfant**

La FC est vécue plus difficilement. Les hommes pour qui la FC a eu lieu au cours de la première grossesse précisent que l'absence d'enfant rend la FC plus difficile à vivre. Ceux qui ont vécu plusieurs FC, avec une naissance au milieu, disent que la première était plus douloureuse, comme si l'absence d'enfant fait douter l'homme sur sa fertilité, sa capacité à transmettre la vie.

Daniel 10 « nous c'était la première G. Donc c'est assez difficile à vivre. »

Luc 16 « surtout, la première, c'était peut-être un peu plus dur, parce qu'on n'avait pas d'enfant, c'est vrai qu'on se demande si vraiment, si on arrivera à en avoir. Mais sauf là, la deuxième qu'elle a fait, on avait déjà Léon, (...) donc on sait que voilà. »

2.1.1.1.2. Ses antécédents personnels et familiaux

La FC peut réveiller un passé marqué par des événements de vie douloureux comme un deuil, une maladie, un handicap. Ces ATCD peuvent être des forces sur lesquelles l'homme s'appuiera pour surmonter la FC. Ils peuvent aussi être des faiblesses qui reviendront le fragiliser de nouveau lors de la FC.

- **En cas de décès**

- *Exemple de Gaëtan*

Il a vécu, plusieurs années avant la FC, la perte d'une autre grossesse à l'occasion d'un accident, dans lequel sa première compagne, enceinte, est décédée. Il a ensuite été alcoolique pendant huit ans. La FC vient réveiller son traumatisme antérieur.

171 « moi ça m'a fait rappeler ce que j'ai vécu auparavant (...) ça m'a fait revenir un peu en arrière. » 435 « Quand la FC a eu lieu, j'ai eu très peur de replonger dans l'alcool ! »

➤ **Exemple de Vincent**

Il a vécu plusieurs décès dans sa famille. Il dit que ces expériences lui ont permis d'être « plus préparé » que sa compagne pour affronter la FC.

191 « personnellement j'ai perdu mon père, j'ai perdu beaucoup de personnes proches. Donc face à la mort et, je suis peut-être plus préparé. Donc je l'ai pris peut-être mieux que ma copine, qui n'a pas vécu ça, heureusement ! »

• **En cas de handicap**

➤ **Exemple de Cyril**

Il est père d'un enfant handicapé, né huit ans avant la FC, expérience douloureuse, mais qui l'a rendu « plus fort » pour affronter les difficultés de la vie.

232 « en tant que père, avoir un premier enfant handicapé c'est très douloureux. (...) ça m'a permis d'être plus fort. (...) c'est pour ça aussi qu'aujourd'hui j'arrive à surmonter beaucoup de choses... »

➤ **Exemple de Florian**

Sa mère a un handicap sévère d'origine génétique. Il a vécu l'annonce de la FC comme un soulagement face à sa crainte d'avoir un enfant handicapé.

129 « je préférerais que, ce se passe comme ça, plutôt que je me retrouve avec... un enfant trisomique, ou avec une maladie (...) Parce que, ma mère a une maladie génétique. (...) j'ai pas envie de revivre, ce que j'ai pu vivre avec ma mère.»

2.1.1.2. Les circonstances de la grossesse et son désir d'enfant

Les circonstances de l'arrivée d'une grossesse sont variées : entre grossesse attendue ou surprise, connue ou ignorée, les vécus de la FC diffèrent.

2.1.1.2.1. Lorsque la grossesse est attendue

Lorsque l'attente de la G est ressentie comme longue par le père, les raisons en sont variées.

• **Une différence de désir d'enfant au sein du couple**

Le choix d'avoir un enfant est souvent l'objet de discussion entre l'homme et la femme pour accorder leur désir d'enfant, qui n'est pas toujours au même rythme. L'homme est parfois prêt avant elle.

Luc 43 « ça faisait un p'tit moment qu'j'en voulais un ! (sourire) Elle elle hésitait un peu (...), donc il a fallu qu'on en parle, mais moi ça faisait oh, peut-être un an que je voulais avoir un enfant. »

- **Des problèmes de fertilité**

Gaëtan 7 « on a mis huit ans pour, on a eu du mal à l'avoir quoi. Et après, on s'est dit : «on a tous les deux 36 ans, on va... on y croyait vraiment fortement et euh, y'a eu la FC quoi. »

Jonathan 12 « Donc ça faisait un an et demi qu'on essayait (...) elle voulait un enfant depuis longtemps, et bon, j'étais pas spécialement prêt. Et puis quand on est prêt, bah ça veut pas venir !»

L'intensité du désir d'enfant est variable d'un père à l'autre.

Vincent 283 « J'ai toujours voulu, je ne sais pas, j'ai ça en moi, j'ai toujours voulu avoir, fonder une famille. »

Etienne 146 « On n'était pas pressés, mais "si ça arrive...tant mieux" ».

2.1.1.2.2. Lorsque la grossesse est inattendue

- **Grossesse surprise**

Quand la grossesse arrive plus tôt que prévu, elle peut être vécue comme une surprise au moment de sa découverte, voire comme un accident. Cette grossesse inattendue peut être un premier élément de bouleversement pour l'homme, qui n'a pas eu le temps de se préparer à devenir père. Ce premier effet de surprise peut avoir comme conséquence d'intensifier (*Etienne*) ou de minimiser (*Oscar*) le vécu douloureux de la FC.

Etienne 14 « c'était pas prévu. (...) C'était pas...le moment parce que voilà, elle est pas stagiariée (...) Sur le moment c'était de l'abattement, de la grande tristesse »

Oscar 16 « c'est arrivé très rapidement. Du coup moi je m'étais pas trop préparé (...) Pour moi voilà y'a pas de...de traumatisme. »

- **Grossesse inconnue**

La grossesse peut aussi être découverte à l'occasion de la FC, ce qui crée un double effet de surprise. Dans ce cas, la FC est souvent beaucoup moins difficile à vivre.

Jonathan 6 « on était surpris déjà de la FC, puisque (...) ça devait même pas avoir un mois de...de gestation (...) on a été surpris tous les deux (...) on l'a vécu comme ça, sans... savoir qu'elle était enceinte » 106 « on l'a...bien pris tous les deux (...) c'est passé... comme une lettre à la poste ! »

2.1.1.3. Son lien d'attachement à l'enfant in utéro

Comment l'homme vit-il et investit-il la grossesse ? Est-il spectateur ou bien acteur ? Quels sont les différents processus de paternité : existe-t-il une relation entre l'homme et le fœtus avant la naissance ? Quand et comment l'homme se considère-t-il père ?

Les projections sur l'enfant et dans l'avenir sont très variables d'un père à l'autre. Certains nous confient la difficulté de se sentir père avant la naissance. D'autres cherchent très tôt à établir des liens avec l'enfant en devenir.

2.1.1.3.1. Un lien difficile à établir

- **L'absence de lien paternel**

Au début de la grossesse, certains hommes ne se sentent pas pères. Ils disent que la prise de conscience de la paternité se fait brutalement le jour de la naissance.

Vincent 11 « je pense qu'il n'y a pas encore de lien paternel. »

Jean 104 « Mais t'es réellement papa et tu t'dis « Wahou ! » au moment où tu es avec ton bébé dans les bras quoi ! »

- **L'abstraction du début de grossesse**

- ***L'homme ne porte pas l'enfant***

Le début de la grossesse est un moment abstrait pour l'homme, qui ne vit pas la grossesse dans sa chair, contrairement à la femme. Nombreux sont les hommes qui mettent en avant cette différence homme/ femme. Ils vivent la grossesse « en retrait » car ne la ressentent pas physiquement.

Adrien 319 « le ressenti pour l'homme n'est pas pareil, on ne le porte pas, donc on a moins cette sensation de...d'être parent ! »

Jean 152 « c'est hyper difficile pour l'homme de s'dire : « je suis père, déjà. (...) à part ma femme qui a un ballon au milieu du bide, y'a rien qui change pour moi ! » (...) alors que la femme le vit vraiment en elle quoi... »

- ***L'absence de signe visible émis de la part de l'enfant en devenir***

L'impossibilité d'entrer en contact sensible avec lui complexifie la prise de conscience de la paternité, et la création d'une relation avec ce « petit être en devenir ».

Pierre 354 « au niveau des pères, avant qu'on sente vraiment le bébé bouger, on n'a pas vraiment de relation avec. Même si on sait qu'il est là, on l'sent pas.»

Adrien 25 « Vu qu'il n'était pas encore formé (...) on a du mal encore à se faire à l'idée, cette sensation d'être parents » 60 « Vu qu'y'avait aucun signe, vraiment, de G, (...) moi j'le sentais pas donc j'voyais rien visuellement » 341 « Vu qu'c'était pas du concret, je ne m'attachais pas spécialement »

- ***L'absence d'échographie***

Aujourd'hui, l'échographie occupe une place centrale dans le suivi médical de la G, mais aussi dans le vécu de la G par les parents. En leur donnant la possibilité de voir la G intra utérine très précocement, elle fait exister l'enfant à leurs yeux, et leur permet d'établir un lien affectif avec lui de plus en plus tôt. Lorsque l'échographie n'a pas eu lieu ou qu'ils n'ont pas pu y assister, les pères ont plus de difficultés à adhérer à la réalité de la G. Plusieurs interrogés ont insisté sur le fait qu'ils n'avaient pas vu le fœtus à l'échographie, donc qu'ils n'avaient pas eu de support concret de l'événement.

Etienne 578 « moi j'ai pas vu de bébé, parce que là, on pouvait pas, je pense. Moi j'ai même pas vu d'écho... quelque part il n'a pas existé vraiment, y'a pas de représentation... »

- **La brièveté de la grossesse**

La majorité des interviewés évoque cette notion de précocité, de rapidité, d'absence de temps pour prendre conscience de la réalité de la grossesse, alors que la FC intervient déjà.

Adrien 59 « je n'ai pas eu le temps de m'habituer à la G, à entrer dans un cycle, machin. Voir la G se développer. 195 « ça a été tellement vite, qu'on a pas vraiment le temps (...) enfin moi en tous cas, j'ai pas eu le temps vraiment de m'y faire quoi ! (...) Pour moi, rien s'était... vraiment installé dans ma tête! »

Jean 177 « c'est le frémissement, c'est le début. Là, tu commences à l'imaginer (...) que déjà, il faut que tu fasses le chemin inverse, sans trop comprendre pourquoi. Parce que tu n'as rien vu. T'as même pas vu le début de la grossesse, et tu t'dis on... c'est la fin, c'est déjà la fin. »

- **La conscience du risque de fausse couche inhibe le lien d'attachement**

Certains hommes ont particulièrement conscience des risques de FC en début de G. Ils s'interdisent de se projeter dans l'avenir et de s'attacher au fœtus, pour se protéger. Pour eux, ce qui prédomine à ce stade de la grossesse, c'est le « risque ».

Louis 287 « au début on sait que le pourcentage de risque il est encore énorme (...) tu sais qu'y'a énormément de risques, pour éviter d'avoir trop à encaisser derrière, moi j'ai tendance à prendre du temps (...) Parce que si tu t'dis « test de grossesse c'est bon, j'avais avoir un bébé » euh, fffou, le nombre de déceptions qu'on peut s'ramasser (...) Parce qu'avant qu'il naisse, on devient vraiment attaché. »

2.1.1.3.2. Un lien établi avec le bébé en devenir

Plus l'homme établit une relation intense avec le fœtus, plus la FC sera difficile à accepter, car elle viendra rompre ce lien de paternité. L'homme s'attache à l'enfant in utero de différentes façons : par l'imaginaire, par la relation sensorielle, par la préparation matérielle, par sa présence aux RDV médicaux.

- **Etre père, une évidence**

Pour la plupart (14 / 17) des interviewés, les projections de la paternité sont initiées dès le début de la grossesse. Se projeter en tant que père est pour eux une évidence. Ce lien paternel semble proportionnel à l'intensité du désir d'enfant.

Luc 185 « J'pensais, on ne pensait qu'au bébé ! (...) c'est vrai que dès qu'on a su qu'elle était enceinte, bah on se projette forcément ! »

Pierre 232 « On le voulait, donc évidemment, on se projette toujours. »

- **Mentalement, dans l'imaginaire**

Certains s'identifient clairement en tant que père.

Gaëtan 73 « nous, les papas quoi »

Pierre 53 « nous, en tant que pères » 392 « si c'est un bébé, c'est bien qu'on l'a fait à deux, c'est normal que le père soit mis là, ait sa place ».

L'enfant en devenir peut être déjà bien intégré dans les projets de l'homme.

Etienne 133 « y'avaient des projections qui étaient faites sur cet enfant...béh qui.... au mois de mai.... Pour mes quarante ans (...) dès le départ on s'imagine des choses.»

Jean 119 « j'l'avais intégré quoi, cet enfant. »

Cela peut prendre différentes formes : certains s'imaginent le sexe de l'enfant, l'organisation de la fratrie, ou encore le prénom. Nommer le futur enfant est une façon de s'y attacher, de le faire exister. Au moins quatre papas nous ont dit qu'ils avaient déjà choisi, ou commencé à imaginer, un prénom pour le futur enfant.

Daniel 237 « On s'était déjà imaginé... le petit garçon... ! »

Edouard 436 « "On va être quatre." (...) s'organiser au niveau de la maison, au niveau des enfants, comment ils vont s'entendre ? »

Florian 29 « comme on lui avait déjà donné un prénom »

Le lien affectif peut être très intense. Un père parle même de « lui donner de l'amour », comme s'il parlait d'un enfant déjà né.

Gaëtan 262 « J'lui donnais... voilà, à ma manière à moi. (...) c'est béh lui donner de l'amour (...) je lui donnais à ma façon »

- **Physiquement, par les sens**

Que ce soit pour prendre conscience de l'existence de l'enfant, ou pour créer une relation avec lui, l'homme a besoin de concret. Ceci reste très difficile les premiers mois de grossesse. Il s'attache donc souvent à l'enfant plus tardivement que la femme, à partir du moment où il peut percevoir quelque chose. Certains cherchent à établir une communication sensorielle avec l'enfant in utero par la vue, le toucher, ou la parole. Ils rapportent leur expérience au sujet des autres grossesses.

Jonathan 90 « Tant qu'il n'y a pas un mouvement, un réel mouvement (...) C'est pas abstrait, puisqu'on voit que le physique change. Mais euh voilà, après jusqu'au jour où y'a une bosse « Hop, tiens ça a bougé » on commence à se mettre un peu dans le bain ! »

Pierre 365 « pour le deuxième on avait fait des séances de comment qu'ça s'appelle ? Haptonomie ? (...) le papa était vraiment mis à contribution....Euh, pour le contact avec le bébé »

*Gaëtan 240 « Je touchais le ventre (...) c'est vrai elle m'faisait : « Ca m'faisait bizarre, tu caressais mon ventre tout ça et en fait, y'avait plus rien quoi ! »
244 « je faisais comme pour la première, j'essayais de lui parler »*

- **Matériellement**

A la question des projections dans l'avenir, les conditions matérielles et financières de l'accueil de l'enfant font partie des premières préoccupations évoquées par le père. C'est une façon concrète pour lui de s'investir dans la G. Elle renvoie à son rôle social de père de famille, protecteur.

Etienne 148 « On avait la maison qui était faite aussi, tout était prêt pour pouvoir l'accueillir. »

- **Par le partage de la grossesse aux proches**

Dans une situation rapportée, l'homme s'est investi dans la grossesse en annonçant et officialisant précocement la nouvelle à leurs proches dès le premier trimestre de grossesse.

Grégoire 16 «Bah la première [FC] surtout. Parce qu'en fait, on l'avait déjà annoncé un peu à tout le monde. »

- **Par sa présence aux rendez-vous médicaux**

La majorité des pères interrogés était présente aux RDV du suivi de la G ayant donné lieu à la FC : soit à l'occasion de RDV antérieurs à la FC (pour 4 hommes), soit lors de l'annonce (pour 8 hommes). L'échographie est un moment auquel l'homme tient à assister. Elle comporte une grande charge émotionnelle : voir le cœur battre et le bébé bouger sont des preuves concrètes de son existence. Il devient « réellement vivant » aux yeux du père.

Louis 265 « c'qui m'a fait vraiment réaliser que, j'allais vraiment être papa, qu'c'était vraiment vivant... C'est vivant avant déjà, mais euh...où j'ai vraiment eu une prise de conscience, c'est quand j'entendais les battements du cœur à l'échographie. » 318 « L'élément déclencheur, c'était... l'échographie avec le cœur. Là, pffffou, j'me suis senti.... (sourire) ! J'ai vibré un coup »

Nous constatons ainsi qu'il y a différents degrés d'attachement du père envers l'enfant in utéro. Cet attachement paternel n'est pas proportionnel à la durée de la grossesse, mais bien plus complexe. Il est marqué par une forte ambivalence : ce sont souvent les mêmes qui disent avoir du mal à se sentir pères, mais qui se projettent dans l'imaginaire, ou tentent d'établir une relation avec l'enfant in utéro. Même si elle a parfois du mal à l'affirmer, la majorité des hommes est déjà attachée au fœtus lors du premier trimestre, par un lien « sensoriel » ou imaginaire.

2.1.2. Le vécu de la fausse couche

Que vit le père lorsqu'il apprend la FC ? Que ressent-il à l'annonce de cette nouvelle ? Quelles sont les conséquences sur son vécu de la paternité ?

2.1.2.1. Le récit des événements

2.1.2.1.1. L'intuition féminine

Certains hommes rapportent l'intuition de la femme, qui a senti les choses arriver, et lui a fait part de ses doutes. L'homme n'a pas forcément partagé ce doute, ce qui renforce le « choc » au moment de l'annonce de la FC.

Gaëtan 242 « ma femme déjà, elle m'en avait parlé (...) Elle déjà elle le sentait pas »

Etienne 50 « elle y croyait pas dès le départ (...) Elle avait cette idée dès le départ, que moi je partageais pas du tout. (...) Et c'est vrai que...j'suis tombé encore de plus haut quoi, quelque part. »

2.1.2.1.2. Les signes d'alerte

- **Les saignements**

Ils sont source d'inquiétude, pour la femme, ou pour le couple. Au moins 11 hommes les évoquent.

Gaëtan 48 « elle perdait du sang tout ça, elle faisait des verres de sang (...) elle avait toujours des pertes de sang, on est retournés »

Louis 142 « Et c'est sûr que quand t'arrives au stade saignements, (...) tu t'dis, on va peut-être se retrouver confrontés à une fausse-couche »

- **Les douleurs abdominales**

Elles sont fréquentes également.

Jonathan 9 « ce jour-là, elle a eu mal au ventre pendant... toute une journée, pendant deux jours »

- **La disparition des signes sympathiques de la grossesse**

Adrien 11 « elle la sentait plus, elle avait plus de douleur aux seins, elle avait plus envie de vomir. Donc on dit : « y'a un truc qui...qui est bizarre ! »

2.1.2.1.3. L'expulsion spontanée

Dans trois situations sur 17, la FC a été découverte directement par la femme, ou le couple, à domicile, lors de l'expulsion spontanée de la grossesse.

- **Le choc à la vue de l'embryon**

Un père nous confie que la vision de l'embryon après l'expulsion est ce qui l'a le plus choqué.

Daniel 27 « c'était euh... dans sa culotte quoi ! C'était resté là. Donc, bah moi j'ai vu, elle m'a montré, ça venait d'arriver (...) on a tout de suite compris, ce que c'était... ça ressemblait à euh... fin, ouais, on voyait bien l'embryon, donc euh, voilà. C'est ça je crois qui est le plus choquant. Euh, voir...voir ce que c'est quoi »

- **La plupart du temps, il n'a rien vu**

Seule la femme a été témoin : l'homme nous relate ce qu'elle lui a raconté.

Cyril 43 « c'était à la maison. Je pense qu'elle est sortie des toilettes et elle a vu qu'elle avait perdu un œuf, du coup elle a tout de suite compris. »

2.1.2.1.4. L'échographie

Pour d'autres, il n'y a eu aucun symptôme d'alerte, la FC a été découverte fortuitement lors de l'échographie programmée du premier trimestre. L'échographie occupe une place centrale dans l'annonce. Elle est évoquée par la quasi-totalité des hommes (15/17). Ce moment est raconté avec beaucoup d'émotion. Ils sont particulièrement marqués par la recherche de la viabilité et le vide.

La recherche du rythme cardiaque captive leur attention. Ils se focalisent sur l'organe « cœur », souvent la seule chose visible pour eux à l'échographie.

Florian 57 « la première écho (...) normalement il y aurait dû y avoir un cœur qui bat mais y'avait rien. »

Oscar 70 « il recherchait le rythme cardiaque, et là il a fait : « J'ai pas d'cœur. »

L'expression « y'avait rien » est récurrente, souvent prononcée avec insistance.

Gaëtan 227 « Je crois que le pire pour moi, c'est quand il a fait l'échographie et puis que... y'avait plus rien quoi ! »

Daniel 44 « c'est là qu'elle nous a annoncé qu'il n'y avait plus rien. »

2.1.2.2. Le ressenti de l'annonce

2.1.2.2.1. Un récit chargé d'émotions

- **Des émotions révélées par la difficulté à verbaliser et l'état des souvenirs**

➤ *Difficulté à verbaliser, dévoilée par le langage verbal et non verbal.*

Difficulté à trouver leurs mots

Ils disent parfois ouvertement avoir du mal à s'exprimer, à verbaliser leurs sentiments, ne savent pas quoi dire ou comment le dire.

Gaëtan 158 « On a du mal à trouver les mots là ! »

Etienne 14 « J'sais pas comment décrire cet état, en fait, c'est très particulier. »

Ils manquent d'assurance dans leurs propos.

Florian 23 « Je ne sais pas si je m'exprime bien ! »

Gaëtan 59 « J'espère que je réponds à vos questions parce que c'est... c'est pas évident quoi ! »

Ils ont des difficultés à finir leurs phrases.

Gaëtan 52 « donc voilà c'est.... Ouais, c'est dur à... C'est pour ça que.... »

Etienne 121 « d'en reparler après quelque part, de... toujours dans cette... j'y pense encore en fait, c'est vrai que... »

Difficulté à employer le mot « fausse couche »

Plusieurs hommes cherchent leurs mots, hésitent, ou même évitent d'utiliser le terme « fausse couche »

Florian 26 « voilà après quand on a appris (raclement de gorge) la.... la FC »

Jonathan 155 « Non non, on l'a relativement bien vécu, ce...ce truc-là »

Les raclements de gorge : symbolisent une gêne, un malaise lors de l'entretien.

Grégoire 22 « Donc on l'avait un peu annoncé à tout le monde et puis en fait euh, « patatra » quoi... fausse couche. (raclement de gorge) »

Les rires nerveux

Grégoire 65 « mais euh... bon euh... c'est (hésitations)...chiant ! C'est « casse-couilles » ! C'est... excusez-moi du terme, mais euh... ! (rires) »

Gaëtan 247 « Bah ça m'a plombé! (rires) »

➤ **La variabilité de la précision du souvenir, révélatrice d'émotions.**

Quand on demande aux hommes de raconter les faits et les circonstances de la FC, les souvenirs du jour de l'annonce sont plus ou moins précis.

Souvenirs très précis

Cette précision peut montrer l'importance de l'événement, comme gravé dans la mémoire.

Gaëtan 80 « et c'est le jeudi, on était rendus chez des amis, pis elle m'fait : « J'me sens pas bien ! ». Et euh, du coup, le soir (...) on a laissé Hélène chez nos amis, on a été à l'hôpital, (...) et là, c'est là qu'on a vu la dame. »

Souvenirs confus, voire absents.

Les émotions peuvent rester en mémoire, mais pas le détail des faits.

Etienne 167 « J'ai du mal à me rappeler de ce jour-là en fait. »

Au contraire, l'événement a été peu marquant pour l'homme.

Oscar 49 « Oh j'me souviens pas. On était à la maison, un soir en rentrant du travail, elle m'l'a annoncé quoi. (...) Faudrait la réinterroger elle ! »

Pierre 334 « (enquêteur) Vous êtes allé avec elle à l'hôpital ? Comment s'est passée cette journée la ? (Pierre) Je ne sais plus. »

Dans les cas de FCS multiples, les hommes confondent souvent les épisodes, ou ne se souviennent plus de certains.

Grégoire 32 : « Et après euh, je sais plus si on a eu trois ou quatre. J'ai un doute, parce que la troisième j'ai plus de souvenir. Ah bah si, la troisième c'était à l'hôpital, et là aussi elle s'est fait opérée. »

Edouard 28 « La première ? J'm'en rappelle pas d'trop ! »

Ambivalence du souvenir : Le même homme peut avoir des éléments de souvenirs précis, et d'autres perturbés par les émotions du jour « j ».

Daniel 54 : « juin 2013. L'année dernière. Le 4 juin exactement, parce que, on se rappelle de cette date, c'était l'anniversaire du beau-frère » 104 : « Donc euh...mais non, je ne me souviens pas trop de ce moment-là ! Ah ah ! On va dire quand on n'a pas de... cette journée-là, ...on se souvient de petits détails mais euh des... non, je ne me souviens même pas de la tête de la dame ! C'est pour vous dire ! (sourire). »

- **Des émotions intenses dévoilées par le langage verbal et non verbal**

- **Langage verbal**

L'homme fait parler le soignant en reprenant ses paroles telles qu'il les a entendues le jour « j », comme s'il revivait la scène de l'annonce, au moment où il la raconte.

Oscar 70 « là il a fait : "J'ai pas d'cœur." »

Vincent 68 « la dame nous a dit, "je suis désolé mais je ne vais pas avoir une très bonne nouvelle à vous annoncer. Le"..., je ne sais plus après le terme exact, mais "le cœur bat pas". »

Dans son récit raconté au passé, **l'homme peut employer subitement le temps du présent**, comme si la FC resurgissait et se déroulait de nouveau au moment de l'entretien.

Luc 35 « les urgences nous ont dit presque aussitôt que c'est une.... une fausse couche »

Adrien 12 « elle avait plus de douleur aux seins, elle avait plus envie de vomir. Donc on dit : « y'a un truc qui...qui est bizarre ! »

L'emploi de termes d'exagération, d'accentuation traduit un vécu intense, voire extrême, des événements.

Florian 62 « le taux d'hormones, je ne sais plus, qui (...) s'était cassé la gueule euh, d'une manière magistrale quoi ! »

➤ **Langage non verbal**

Les grandes inspirations sont fréquentes lors du récit de l'annonce. Elles dévoilent la « charge émotionnelle » qui pèse sur l'homme.

Florian 57 « Les circonstances ça a été, la première écho (grande inspiration) où euh (raclement de gorge), où il a pas vu de...il trouvait pas le fœtus, il savait pas si c'était le fœtus ou pas. (grande inspiration) Euh, normalement il y aurait dû y avoir un cœur qui bat mais y'avait rien. Et euh (grande inspiration), et donc c'est parti de là. »

Un homme se met à pleurer.

Etienne 121 « d'en reparler après quelque part, de... toujours dans cette... j'y pense encore en fait, c'est vrai que... (Il se met à pleurer- silence pendant 20 secondes.)»

D'autres marquent des temps de silence, traduisant l'émotion encore présente à distance de l'événement.

Gaëtan 152 « Béh c'est dur quoi. (Il marque une pause) »

Vincent 74 « Elle s'est adressée à ma copine. (émotion dans la voix). Silence »
264 « on a une mauvaise nouvelle à vous annoncer, voilà, Juliette elle a fait une fausse-couche. Voilà. Silence (émotion dans la voix) »

2.1.2.2.2. Des émotions exprimées

Elles témoignent souvent d'un vécu douloureux de la FC.

- **Les émotions « subies »**

➤ **Le choc**

La brutalité

L'annonce de la FC est associée à quelque chose de lourd, de pesant, qui leur tombe dessus, qu'il va falloir « digérer ».

Etienne 10 « quand j'l'ai su, voilà... vraiment, un coup dur ! » 116 « d'avaler un peu la pilule » 469 « accuser le coup »

Gaëtan 237 « Bah ça m'a plombé ! » 221 « ça nous a mis une grosse claque »

La rupture

Le sentiment de brutalité est amplifié par le contraste entre la « mauvaise nouvelle » et la joie du début de grossesse, découverte récemment, comme le passage d'un sentiment extrême à l'autre.

Grégoire 183 « on passe de l'euphorie euh, la semaine d'avant, à un p'tit peu euh, à un p'tit peu le... le désarroi. »

Florian 237 « il [le SF] a changé du tout au tout, on voyait bien que c'était... c'était pas rond quoi ! Là il était très très sérieux, alors qu'il l'est pas du tout habituellement. »

Ce sentiment de rupture est révélé par le ton de la voix, le rythme de la parole, ou les tournures de phrase, qui mettent en scène la FC comme "la chute" d'une l'histoire, qui tombe de façon abrupte. On sent le contraste entre l'enthousiasme du début de G et la froideur de l'annonce

Gaëtan 87 « le samedi, on a été voir Mr C, et pis c'est là qu'il nous a annoncé que... (ton de la voix qui baisse) voilà... c'était une FC quoi. »

Grégoire 155 « Et ça a pris tout de suite, presque ! Au bout de deux mois... sauf que... bah...œuf clair. »

La surprise

Beaucoup disent qu'ils ne s'attendaient pas à la FC, d'autant plus lorsqu'il n'y a pas eu de symptôme annonciateur (*Vincent*). Mais on relève le même genre de sentiments en cas de saignements (*Adrien*) ou de douleurs abdominales (*Gaëtan*). L'espoir mis dans la G peut être tellement grand, qu'il occulte la conscience du risque de FC (*Gaëtan*).

Vincent 49 « ma copine n'avait pas eu de saignements ou quoi que ce soit. On s'en doutait pas du tout que... c'était plus, le fait d'être face directement au fait que... que il n'était plus viable! »

Adrien 307 « Pffou, d'un seul coup ça saisi, et j'ai dit « Oh, putain, c'est quoi l délire ? Qu'est c'qui s'passe ? »

Gaëtan 258 « Parce que moi j'y croyais, j'y croyais j'y croyais ! Voilà quoi. Et après, quand vous dites « y'a plus rien » c'est....Ouais. »

L'incompréhension

Contrairement à la femme, l'homme souvent ne réalise pas tout de suite ce qui est en train de se passer.

Adrien 17 « ma femme avait compris qu'il n'y avait plus de signe de vie (...) moi sur le coup j'avais pas compris en fait. » 303 « quand j'ai dit : « non c'est bon on le voit, il est là il est là ! » (...) M. C. m'a dit « Non non, c'est pas la peine ! » « Ha ! Ah bon ? »

Grégoire 162 « Ah ben moi, j'étais complètement à l'ouest. », 172 « Donc euh, ma femme bah déjà, voit un petit peu le souci. Moi je dis « tiens, c'est pt'être parce qu'il est caché ! »

Le caractère abstrait de la FC pour l'homme renforce ce sentiment d'incompréhension. Lorsqu'il ne s'est pas encore projeté dans la grossesse, ou qu'il n'a vu aucun symptôme de FC, la prise de conscience de l'événement est pour lui très difficile.

Florian 191 « Mais euh, là, il est parti, comme il est venu quoi ! J'ai rien vu du début à la fin quoi. »

Jean 122 « Y' a aucun signe extérieur que moi j'ai vu. J'l'ai jamais vue saigner(...) J'ai pas vu l'expulsion, elle est quasiment sûre (...) d'avoir vu l'expulsion, moi j' l'ai pas vue (...) sur l'posito, j'ai rien vu » 162 « pour la fausse couche (...) tu vois pas du tout c'qui s'passe, tu comprends pas ce qu'il se passe. »

➤ **La sidération**

Une incapacité à réagir

Certains évoquent une sensation de vide, qui paralyse, au moment de l'annonce.

Etienne 19 « Sur le moment c'était de l'abattement. »

Adrien 304 « on s'sent un peu... comme si on n'avait plus de sang...vide ! »

Gaëtan 173 « c'est vrai sur le coup on réagit pas. »

La sidération de la pensée

Dans les jours qui suivent, la pensée est accaparée et focalisée sur l'événement.

Daniel 10 « pendant quinze jours trois semaines, on pense qu'à ça »

Jean 267 « Pendant un moment, on y a pensé, très très régulièrement »

La sidération du discours

Elle traduit cette sidération de la pensée. Certains emploient une expression qui revient en boucle, dans leur récit.

Gaëtan 5 « Et euh, bah psychologiquement c'est...c'est voilà, c'est un peu dur » 52 « donc voilà c'est... Ouais, c'est dur » 152 « Béh c'est dur quoi. » 156 « Et c'est vrai, c'est dur quand on vous l'annonce c'est... c'est dur quoi » 205 « Bah c'est vrai que ce qui est dur, ouais, c'est quand on vous l'annonce. »

- **Les émotions liées à une prise de conscience de la perte**

➤ **Le chagrin**

La tristesse

Plus ou moins intense selon les hommes, elle peut être vive sur le moment. Elle se prolonge souvent par une période de blues qui dure entre quelques jours à quelques semaines après l'annonce.

Gaëtan 46 « c'est vrai que ça fait un gros pincement au cœur »

Adrien 51 « on a pleuré tous les deux » 62 « obligatoirement de la peine »

Florian 84 « c'est plus un moment de blues euh, qu'une grande tristesse »

Daniel 203 « il s'est quand même passé deux trois semaines difficiles »

La déception

Le projet d'enfant est interrompu, l'attente de l'enfant inassouvie. Huit hommes l'évoquent, souvent à plusieurs reprises au cours de l'entretien.

Daniel 77, 83 « Très très déçu hein. »

Louis 29, 37, 146 « c'est une déception quand même, quoi ! »

➤ **La douleur**

Une blessure

Elle n'est pas toujours cicatrisée au moment de l'entretien. Neuf hommes en parlent.

Edouard 243 : « On remet le...couteau un peu dans la plaie. »

Vincent 204 : « ça sera vraiment guéri, enfin, ça ne sera jamais vraiment guéri, quand on aura un autre enfant. »

Jean 250 « faut que ça cicatrise »

Une épreuve

Globalement, la FC est souvent vécue comme un événement difficile, qu'il faut surmonter. « *C'est dur* » sont des paroles qui reviennent souvent.

Pierre 348 « c'est des moments qui sont durs à passer. »

Grégoire 200 « de....aaah, l'aider, dans l'épreuve »

Pierre 155 « accident de parcours »

Une souffrance

Pour beaucoup, la FC a été un événement douloureux, source de souffrance, surtout pour la femme, mais aussi pour l'homme : quatre parlent de leur douleur, trois de leur souffrance.

Florian 45 « on n'a pas envie de se remettre à fond dedans pour re-souffrir, comme la dernière fois »

Charles 14 « dans ces moments douloureux, c'est quand même douloureux.»

Pierre 254 « du coup moi je souffrais aussi un p'tit peu »

➤ **La culpabilité**

Le sentiment d'échec

Certains considèrent avoir échoué dans leur capacité à devenir père. Un homme commence l'entretien par cela. Cinq y font allusion.

Vincent 9 « j'ai considéré ça comme un échec, ouais comme un échec »

Gaëtan 27 « on va pas rester sur un échec »

La culpabilité de leurs émotions

Certains s'en veulent de n'avoir rien ressenti, ou de ne pas avoir réagi « *comme il fallait* » au moment de la FC.

Florian 27 « On s'en veut de rien ressentir. »

Gaëtan 4 « j'l'ai pas imaginé comme il aurait fallu »

➤ **La colère**

Un homme en parle ouvertement.

Etienne 14 « quelque chose comme... un peu d'ordre de la colère aussi, comme sentiment. »

2.1.2.2.3. Une absence d'émotion

Une minorité d'hommes (2 ou 3/17) disent ne pas avoir été affectés au moment de l'annonce.

• **L'absence de tristesse**

Pour eux la FC est restée un événement abstrait, extérieur, très bref, qui ne les a pas touchés.

Jonathan 52 « j'ai pas été vraiment triste euh, 'fin malheureux voilà, à l'instant « t »104 « on l'a...bien pris tous les deux (...) c'est passé... comme une lettre à la poste ! »

Oscar 52 « moi... pas d'émotion particulière, pas de tristesse »

- **La négation d'un traumatisme**

Ils nient avoir été touchés par la FC, car ils n'avaient pas eu le temps de se projeter en tant que père. On retrouve dans leurs propos **une certaine ambivalence** : tout en verbalisant une absence de douleur, ils emploient des termes ayant une forte connotation douloureuse : « *drame, gros choc énorme, grand malheur, traumatisme, anéanti* », en les niant. Ils avouent avoir été touchés, tout en refusant de le reconnaître.

Adrien 31 « J'l'ai pas vécu super bien non plus, mais ça n'a pas été un gros choc énorme. (...) ça m'a pas plus traumatisé que ça ! (...) je l'ai pas vécue non plus comme un grand grand malheur ! Parce que... j'avais pas encore cette sensation que j'allais être p..., d'être père ! Ou... J'm'étais pas encore mis ça dans la tête. »

Oscar 19 « c'est toujours un traumatisme, mais bon (...) ça a pas été énorme comme traumatisme en tous cas » 53 « j'étais pas anéanti du tout (...). J'm'étais pas, projeté dans la...la G, voilà, pour moi l'être...il est pas... il est pas existant encore à ce stade. »

Luc 11 « Moi j'ai vécu ça (...) pas forcément comme Parce qu'elle a fait des fausses couches, mais celles qu'elle a fait, (...) on l'a su dès le départ, on ne s'est pas projetés vraiment dans la grossesse. »

2.1.2.3. La question de la perte

La plupart des hommes rapporte un sentiment de perte. De quelle perte s'agit-il ?

Adrien 69 « le ressenti était oui, une perte, enfin, un sentiment de perte »

Cyril 46 « elle s'est dit « bon, c'est perdu »

2.1.2.3.1. La reconnaissance d'une perte

- **La perte d'un enfant**

10 hommes sur 17 considèrent la perte du fœtus comme la perte d'un enfant. Ils emploient les termes « *le bébé* », « *la p'tite* » pour parler du fœtus, comme s'ils parlaient d'un enfant déjà né.

Edouard 38 « le bébé, on l'a perdu tous les deux »

Adrien 112 « entre l'annonce, que la p'tite était pas viable »

Certains s'étaient déjà imaginés tenir l'enfant dans les bras, à la naissance, ou le comptent au nombre de leurs enfants.

Florian 81 « On se voit tenir l'enfant finalement normalement, à la naissance. »

Gaëtan 203 « c'était soit leur petit frère ou leur petite sœur. »

Vincent 204 « quand on aura un autre enfant. »

Ils évoquent la mort, mais une mort un peu particulière, devant laquelle ils sont ambivalents : celle d'un être qu'ils n'ont pas vu, avec qui ils n'ont pas eu de relation, de souvenirs communs.

Etienne 16 « J'ai considéré ça vraiment comme une mort, même si y'avait pas de relation, encore. J'ai ressenti comme, comme si après, y'avait un...un processus d'acceptation de cette mort » 286 : « Donc c'est vrai que... plus par rapport au ressenti de mon épouse, d'avoir ce fœtus mort quelque part »

Vincent, 191 « Donc face à la mort et, je suis peut-être plus préparé. »

Julien 679 « c'est vrai que nous, on l'avait quand même plus vécu comme la perte d'un enfant. Même si on n'a pas vécu énormément de choses, on a même quasiment rien vécu avec ce petit enfant »

- **La perte de l'enfant imaginaire**

- ***Les rêves qui s'envolent***

Lors de la FC, c'est cet enfant imaginaire, qui faisait d'eux des pères, avec tout le lot de rêves et de projections qu'il comporte, qui va être perdu.

Luc 71 : « J'sais pas, bah peut-être pas comme la perte d'un enfant mais...enfin, c'est tous les espoirs qui retombent donc...on s'sent pas... on s'sent pas très bien ! »

Grégoire « Donc on a espéré un ptit peu. Et puis y'a eu une période qu'elle l'a pas senti... donc là on a dit « c'est foutu quoi »

- ***La perte de la paternité***

Avec la perte du fœtus, ils subissent aussi une perte de leur paternité projetée, de leurs projets de père.

Edouard 357 « Bon, on s'dit, ça sera pas pour maintenant, ça va être repoussé, quoi. Ca re-décale un peu tout...l'échéancier qu'on avait mis »

Grégoire 522 « il devait naître au mois de juin ou juillet... c'est plus ces plans-là, que je me suis fait (...) c'est un peu le plus dur quoi... »

En perdant leur identité sociétale de pères, ils perdent aussi une partie d'eux-mêmes. Un père emploie une expression forte : il s'inclue dans la perte, comme s'il subissait une amputation.

Gaëtan 65 « Ah c'est, moi j'dis « c'est une partie de nous quoi »

2.1.2.3.2. L'ambivalence face à la perte : la difficulté à reconnaître la perte

- **Ambivalence**

D'autres ont des sentiments plus ambivalents vis-à-vis de la perte. Ils ont du mal à définir ce qu'ils ont perdu, à savoir comment considérer cette perte et comment se positionner vis-à-vis d'elle.

- **L'exemple d'Adrien** : il commence par nier la perte, puis l'affirme.

31 « Mais, j'ai pas eu une sensation de perte, vraiment, comme les parents qui perdent un enfant ou... pas du tout ! » 69 « Mais le ressenti était oui, une perte, enfin, un sentiment de perte (grande inspiration) déçu quoi, déçu ! »

- **L'exemple d'Oscar** : il considère que sa femme a été confrontée à une mort, mais pas lui. Il dit ne pas avoir été traumatisé, mais semble aussitôt culpabiliser de ses propos.

29 « Chez la femme, c'est plus compliqué, parce que c'est vrai qu'elle porte un...un petit être en devenir, et donc euh forcément quand il meurt, bah c'est comme une mort quoi. Mais moi je ne l'ai pas du tout ressenti comme ça. Pour moi voilà y'a pas de...de traumatisme » 53 « pour moi l'être...il est pas... il est pas existant encore à ce stade. (...)Vous devez me trouver horrible ! » 86 « Absolument rien. (rires) J'suis un... j'suis un cœur de pierre ! »

Ils ne savent pas s'ils doivent compter le fœtus comme un de leurs enfants ou non.

Florian 105 « Et la troisième, enfin, le deuxième, la deuxième qui arrive »

Gaëtan 272 « Comme j'dis : « Voilà, maintenant ils sont deux ». Mais quelque part voilà, au fond de moi-même, voilà y'a... deux et demi quoi ! »

- **L'enfant en devenir : un statut difficile à définir**

Pour certains, l'embryon n'est pas une personne humaine vivante dont ils devraient faire le deuil. Eux n'ont pas vécu de deuil.

Louis 685 « j'pense que pour certaines personnes, ça doit être assez proche d'un deuil. Moi j'l'ai pas...j'lai pas vécu comme ça parce que... voilà, pour moi (...) c'était un embryon, c'était pas encore un bébé quoi. J'avais pas mis le mot bébé dessus »

Oscar 164 « Non, moi j'ai pas eu besoin de faire de deuil, non. Enfin, pour moi c'était pas concret, enfin, ça reste un... embryon quoi ! »

Ils utilisent un vocabulaire scientifique faisant référence aux stades du développement humain : « le sac, l'œuf » ou à « quelque chose ».

Florian 66 « le sac euh... n'est pas encore bien formé »

Charles 59 « une perte d'œuf qui se décroche »

Jonathan 47 « "Y' a quelque chose qui est sorti d'moi" »

Mais les hommes ont souvent des propos ambivalents, hésitant sur le terme à employer pour parler de l'embryon ou du fœtus. Malgré ce qu'ils disent, le statut de l'embryon n'est pas toujours clair dans leur conscience.

- **Exemple d'Oscar** : il emploie successivement les termes d'embryon et de nourrisson. Sa femme porte un petit être en devenir, mais pour lui, l'être n'existe pas encore.

26 « si y'a une FC, c'est qu'il y avait un problème chez le nourrisson, enfin chez l'embryon, qu'il était pas fait correctement » 29 « Chez la femme, c'est plus compliqué, parce que c'est vrai qu'elle porte un...un petit être en devenir » 55 « voilà, pour moi l'être...il est pas... il est pas existant encore à ce stade. »

- **Exemple Louis** : « ça reste un embryon », qui devient vivant à partir du moment où il le voit à l'échographie.

263 « Pour moi dans ma tête, c'était encore un peu un embryon donc euh, tu t'dis « bon, voilà, ça reste un embryon. C'est pas encore un bébé, qui est prêt à naître. » c'qui m'a fait vraiment réaliser (...) qu'c'était vraiment vivant... C'est vivant avant déjà, mais euh...où euh, j'ai vraiment eu une prise de conscience, c'est quand j'entendais les battements du cœur à l'échographie. » 363 « au début j'dis « voilà, ça reste juste un bou... un embryon, qu'c'est encore un fœtus »

- **Une prise de conscience à retardement de la perte**

Suite au choc de l'annonce, la prise de conscience de la perte se fait souvent dans un deuxième temps, à distance de l'événement, après la phase de sidération.

Florian 31 « Plus tard, quand on est tout seul, quand on est dans le...le train-train du travail etcetera, ça nous, ça nous met un peu plus le... un coup quoi » 72 « Mais moi par rapport à l'enfant, à ce moment-là rien. (...) C'est venu quelques jours après l'annonce de la FC quoi »

Julien 264 « c'est là où moi je reprenais tout en pleine gueule, en fait. »

2.1.2.4. Faire face à la fausse couche

2.1.2.4.1. La prise de recul

- **Ils relativisent**

- **Comparaison avec une fausse couche tardive**

Ils sont très nombreux à relativiser leur expérience, en la comparant à des situations qu'ils imaginent plus difficiles, notamment une fausse couche plus tardive, où les choses auraient été plus concrètes pour eux, donc ressenties plus vivement et plus douloureusement.

Adrien 213 « Oui, les formes arrivent, on se projette, faudra commencer à faire les travaux, les trucs ! » Là oui, j'pense que ça aurait été douloureux, vraiment douloureux. (...) Ça a pas été assez long ! (rires) »

Julien 200 « des choses parfois beaucoup plus dramatiques que nous, où des FC à sept huit mois de G où ça devient vraiment beaucoup plus terrible. ... on ne se retrouve pas à devoir accoucher d'un bébé mort, (...) là je pense que ça doit être plus traumatisant »

- **Comparaison avec l'annonce d'un enfant handicapé, avec une situation de fausses couches multiples, ou avec un diagnostic d'infertilité.**

Ces comparaisons peuvent les aider à mieux vivre et accepter l'événement : « y'a pire que nous ».

Cyril 17 « ça aurait pu être un handicapé, ou autre chose qu'on ne sait pas. Donc moi je le prends dans ce sens-là. (...) peut-être que c'est ça qui pourrait soulager un peu la douleur »

Oscar 181 « Mais j pense que si c'est récurrent, ou si ça arrive plusieurs fois de suite, on doit quand même commencer à gamberger, à se poser pas mal de questions, qu'est ce qui s passe ? Voilà, c'était un épiphénomène, on va dire. »

Vincent 452 « Après, chaque circonstance est tellement différente. Parce qu'on peut aussi apprendre qu'on ne peut pas avoir d'enfant, et à ce moment-là... enfin, je ne sais pas, ça peut être ça aussi. »

- **Ils refoulent leurs pensées**

Pour faire face aux difficultés psychologiques faisant suite à la FC, et prendre de la distance par rapport à l'événement douloureux, certains refoulent leurs pensées et leurs émotions.

Charles 93 « difficultés, non. J'essayais de... pas y penser. Parce que c'est vrai que c'était dur (...) J'essayais tout simplement de ne pas y repenser. »

Etienne 212 « pour peut-être pas trop y penser. »

2.1.2.4.2. Le travail de deuil

- **Prise de conscience d'un travail d'acceptation à faire**

Certains hommes évoquent leur travail de deuil, qui consiste à accepter la FC comme un événement faisant partie de leur histoire de vie. Ce travail prend un temps variable selon les personnes.

- **Exemple d'Etienne** : il évoque les étapes de son deuil, qui ne semble pas encore terminé, quatre mois après la FC.

Etienne 530 « Parce qu'on pense des fois que c'est... que les étapes sont finies et des fois on se rend compte que finalement peut-être pas quoi c'est... y'a des phases qui sont plus longues que d'autres. Là j'suis plus dans l'acceptation quand même... Y'a moins...la colère, tout ça, c'est passé. (...) je commence à accepter quelque part.»

- **Exemple de Gaëtan** : Il parle de son deuil au présent alors que la FC a eu lieu il y a deux ans.

Gaëtan 175 « bah c'est comme un travail de deuil à faire. » 266 « J pense que c'est à nous de faire le travail quoi ! (...) Faut qu'on évacue ça tous les deux.»

- **Travail achevé**

- **Certains ont accepté l'événement d'emblée, dès le début.**

Ils ont pris les choses comme elles arrivaient, en positivant.

Cyril 138 « par rapport à ma foi, je me suis dit « bon, on prend »

Louis 588 « Voilà, ça fait partie de la vie, ça arrive, c'est comme ça »

Adrien 125 « L'annonce de la FC, certes, a été quelque chose de, pas facile. (...) On réessayera ! Puis qu'est-ce que tu veux, c'est comme ça ! »

Un homme dit même avoir bien vécu les choses.

Jonathan 174 « ça s'est très bien passé et ouais, non non, très bien. »

➤ **L'étape de rétablissement et de reconstruction est terminée pour la majorité.**

Ils ont déployé des moyens pour aller de l'avant et disent être passés à autre chose, être « prêts à retenter l'aventure », vouloir avancer. Il s'agit souvent des hommes qui ont eu un enfant rapidement suite à la FC (Adrien, Pierre), mais pas uniquement (Vincent).

Adrien 71 « Ouais c'est quelque chose qui est passé, qui est loin... et on est passés à autre chose quoi ! »

Pierre 122 « Moi je sais que j'ai oublié assez vite » 250 « On retient que les bons moments. »

Vincent 252 « Ca fait partie de la vie aussi ! » 450 « Voilà, j'ai su prendre le positif... c'est ce que je me convainc. »

• **Travail inachevé**

Nous avons retrouvé chez quelques hommes interrogés des difficultés actuelles en lien avec la FC. Certains disent y penser encore dans le présent, ou avoir des difficultés à passer à autre chose.

➤ **Ceux qui n'ont pas eu d'enfant après la fausse couche.**

Etienne 119 « j'y pense encore en fait, c'est vrai que... (Il se met à pleurer) »

Edouard 233 « Après, on y pense pas mal. "Ah, untel est enceinte". Des fois, on s'regarde, quand ça arrive. (...) qu'on n'y pense plus trop, clac, y'a ça qui r'vient sur le tapis. On remet le...couteau un peu dans la plaie. »

➤ **Et encore plus ceux qui ont eu plusieurs fausses couches successives, sans l'arrivée d'enfant depuis.**

Grégoire 284 « Des fois oui, quand je vois un bébé passer, ou une femme enceinte, j'lui en veux, enfin, j' l'envie,...j'l'envie quoi, ce qui peut se comprendre. (...)Mais ça doit quand même un petit peu me ronger à l'intérieur ! »
403 « Psychologiquement, ça doit me titiller quand même un petit peu »

➤ **Un homme présente un syndrome dépressif.**

Il commence à parler de la FC avant la première question, en employant le présent. Il a des symptômes caractéristiques : isolement social, repli sur soi, humeur triste, manque de confiance en lui, difficultés relationnelles. Il nous confie avoir des réminiscences à la date anniversaire de la FC.

5 «bah psychologiquement (...) c'est voilà, c'est un peu dur » 313 « je suis vachement éloigné, y'a des fois où je m'isole tout seul.» 196 « Parce que...après derrière on peut être de mauvaise humeur » 293 « j'me suis retiré d'elle, j'pense que

c'est ça. » 185 « c'est arrivé à cette période-là donc euh, là on y repense. On y repense pas mal, quand même ! »

2.1.2.4.3. Le soutien de l'entourage

Même si de nombreux hommes disent avoir des difficultés à parler de la FC, la plupart ont eu besoin de se confier à leurs proches.

- **Aux proches qui ont également vécu une fausse couche ou une situation similaire**

Cela facilite les confidences : ils se sentent compris sans qu'il leur soit nécessaire d'en parler très longtemps. Cela leur permet de relativiser, et brise le sentiment de solitude qui peut les envahir.

Pierre 200 « de dire qu'on n'est pas seul. A... vivre ce genre de chose. » 284 « On a réussi à bien parler. Je crois que ça fait du bien à tout le monde, parce que, au même moment on avait une copine à qui c'est arrivé, exactement la même chose. »

Edouard 385 « Y'a des personnes proches, avec qui je sais...qui comprendront, qui ont déjà connu ça! J'en parle...facilement. »

Louis 642 « On se comprend, t'as pas besoin d'en parler bien longtemps. »

- **L'importance de la famille**

Julien 590 « Oui, maman. Ouais. Oui, effectivement. (...) elle a pas forcément d'ailleurs, les meilleures réponses qui soient, mais malgré tout, c'est quand même la personne à qui...oui, effectivement. »

*Jean 260 « je pense que j'aurais très très envie d'en parler à mon père, pour dire qu'on a vécu quelque chose et j'aurais aimé qu'il soit là quoi. »
498 « c'est là où on se rend compte qu'en fait la sœur avait déjà fait une fausse couche aussi... la maman aussi donc ... voilà. Y'avait..., il y a gros câlin général, parce qu'en fait tout le monde a déjà vécu ça... »*

Etienne 86 « Je sais que j'avais besoin d'en parler à mes parents, aussi. Euh... qui ont...nous ont soutenu, sans forcément parler beaucoup. Mais qui étaient présents quoi en fait. »

- **Les collègues et amis jouent aussi un rôle important**

Gaëtan 63 « j'me suis beaucoup confié à mes amis proches »

Etienne 21 « j'avais mes collègues, à côté, à qui...je pouvais en parler »

2.1.2.5. La paternité remise en cause

2.1.2.5.1. Le questionnement sur les causes

- **La question du « pourquoi ? »**

Elle est très présente à l'esprit des pères. « *Pourquoi nous ? Quelles sont les causes ?* ». Le besoin de trouver des réponses est parfois angoissant.

Florian 214 « du jour au lendemain, alors après, vous mettez le nez dans doctissimo, on essaye de trouver des réponses à droite à gauche, et finalement on se met...beaucoup plus de peurs qu'au départ ! »

Daniel 101 « Pourquoi ? Pourquoi ça a pris, et que ça accroche pas ? »

Etienne 430 « j'avais besoin de savoir "pourquoi ?" »

- **Une cause naturelle**

Beaucoup évoquent une malformation, un problème qui serait survenu au cours du développement. Cela les aide à accepter la FC, car leur responsabilité n'est pas en jeu.

Jonathan 168 « c'est Dame Nature qui choisit, qui fixe ses règles ! »

Oscar 25 : « La nature elle est bien faite »

Pierre 302 « si l'embryon est mal placé, ou qu'il a des problèmes euh béh, autant que ça parte comme ça. »

Vincent 28 « ils nous ont dit "y'a pas de problème, c'est pas qu'il y a une incompatibilité, (...) c'est une sélection naturelle" »

- **La « responsabilité » de la femme**

Si pour certains la cause naturelle est évidente, la majorité se questionne quand même sur la part de la responsabilité de la femme : sa santé, son mode de vie.

Oscar 110 « peut-être aussi que c'est notre mode de vie. »

Daniel 170 « trop de soucis, le fait de... de vouloir déménager, porter des cartons (...) y'avait plein de...voilà, on n'a jamais su nous dire »

Vincent 168 « je pense qu'il y a quand même beaucoup une part de stress. »

- **L'absence de cause et la fréquence des fausses couches**

➤ ***Rassurantes : relativisme et déculpabilisation.***

Quand ils savent, ou apprennent, la fréquence des FC, ils relativisent, et déculpabilisent. Ils ont besoin de se situer par rapport aux autres, de se rassurer sur leur « normalité ».

Edouard 53 « ça arrive, régulièrement... j'sais plus c'est quoi le pourcentage, mais c'est assez énorme ! Par rapport à ça, on relativise peut-être plus »

Pierre 295 « du coup on sait que ça peut vraiment arriver à tout le monde. »

➤ **Mais aussi culpabilisantes.**

L'absence de cause clairement donnée peut aussi être vécue difficilement, et provoquer un sentiment de culpabilité. L'homme se questionne sur sa propre part de responsabilité. Il remet en cause sa fertilité, sa capacité à procréer, parfois même jusqu'à sa sexualité.

Etienne 430 « pourquoi ? Qu'est ce qui s'est passé ? Est-ce que ça vient de moi ? »

Edouard 307 « suite à différents rapports, on sait pas, est-ce que c'est lié, ou pas, à d'autres rapports qui ont suivi...Bah du coup, qu'est-ce qu'il s'est passé ? Est-ce que c'est le fait...d'avoir eu un rapport ? »

Cela est d'autant plus vrai dans les situations de FCS à répétition où l'enfant se fait attendre (1), qu'il existe un ATCD d'infertilité (2), qu'il s'agit de la première G (3).

(1) Grégoire 246 « c'est pour ça qu j'ai demandé euh, d' faire un test de spermogramme »

(2) Gaëtan 279 « C'est vrai qu'après, on a l'impression de... se sentir coupable. »

(3) Vincent 18 « Après le fait de savoir qu'en fait, on peut avoir des enfants, j'ai réussi à me raccrocher à ça. »

2.1.2.5.2. Le vécu de la grossesse suivante

Nous avons cherché à savoir comment l'homme vit la grossesse qui suit la FC. Comment se positionne-il par rapport au désir d'enfant ? Quels sont ses questionnements et ses craintes ?

- **La grossesse suivante « comme » moyen de faire le deuil**

Elle est souvent vécue comme un soulagement, un réconfort, un moyen « d'oublier » la FC.

➤ **Enchaîner sur une nouvelle grossesse**

Le besoin de remettre en route une grossesse rapidement est très fréquent, voire « urgent » pour certains. La grande majorité des hommes (14/17) nous en parle. Ce qui domine chez l'homme c'est l'action. Il faut agir, aller de l'avant, passer rapidement à autre chose. Ils disent ne pas vouloir « rester sur un échec », comme si la G suivante leur permettrait de ne pas penser à la FC, de « guérir la blessure ». Cela est particulièrement frappant chez certains hommes qui, le jour même de l'annonce de la FC, anticipent déjà sur la prochaine G.

Luc 9 « au lieu de penser à la fausse couche, j'essayais de la projeter sur plus tard, quand on allait ressayer »

Jonathan 194 « On remet le pied à l'étrier et puis c'est reparti quoi ! »

Vincent 204 « Mais je pense que ça sera vraiment guéri, enfin, ça ne sera jamais vraiment guéri, quand on aura un autre enfant. »

➤ **L'attente de la grossesse suivante**

S'il se prolonge, le moment d'attente entre les deux grossesses n'est pas toujours bien vécu.

Daniel 87 « comme c'est long à revenir entre les deux grossesses, ça aussi c'est dur ! »

Charles 93 « Ça a mis énormément de temps à venir »

Le désir d'enfant est très souvent renforcé par la FC. Certains montrent un grand espoir pour la G suivante.

Charles 110 « Ça nous a donné l'envie. »

Daniel 261 « on va dire, l'envie de faire mieux quoi ! »

➤ **L'effet de l'enfant suivant**

Une fois que la G suivante est mise en route, ou que l'enfant est né, la FC est mieux acceptée, voire oubliée.

Adrien 71 « Et puis vu que la petite est arrivée, on pense à d'autres choses. On a comblé, je pense, le fait de la... du premier qui n'a pas pris ! »

Pierre 137 « c'était euh... un soulagement euh, ouais. Ça a permis d'oublier cette euh....cette mésaventure »

• **Une grossesse marquée par l'anxiété**

➤ **Craintes multiples**

Bien que la G suivante soit ardemment désirée, et vécue comme un soulagement, elle est également source de multiples craintes, notamment jusqu'à ce que le terme de la FC précédente soit dépassé.

Daniel 47 « on y pense de moins en moins, parce qu'il y a une autre grossesse en route, (...) Donc c'est vrai que maintenant on y pense moins. Mais c'est...difficile hein. »

Jean 267 « Pendant un moment, on y a pensé, très très régulièrement, jusqu'à ce que la grossesse des jumeaux soit vraiment très avancée. Et, un moment on s'est dit " bon, quand même, il faut arrêter de se le rappeler tout le temps". »

➤ **Crainte d'une récurrence**

La majorité des hommes (10/17) fait part de ses craintes ressenties lors de la G suivante : crainte d'une récurrence de FC, crainte d'une fatalité, peur de ne plus jamais avoir d'enfant. Certains se représentent la FC comme **un danger**, qui peut récurrencer à tout moment.

Florian 106 « c'est de vivre un peu avec l'épée de Damoclès " est-ce que ça va refaire une FC, machin ? Est-ce que c'était un accident isolé ou est-ce que à partir

de maintenant, ça va être, la croix et la bannière pour espérer un deuxième enfant ? » » 210 « un danger permanent qui plane, autour de...de l'enfant à naître. Et donc ça, ça vit pas la G du tout pareil. »

En cas de FCS multiples, un sentiment de désespoir peut s'installer.

Julien 255 « Euh, en fait même les débuts de G on n'arrivait pas à s'en réjouir. Parce que on se disait : “ de toute façon, ça va encore finir en FC !”»

Charles 286 « c'est vrai qu'au bout de la troisième fois, moi je suis défaitiste, un peu. Donc euh, je perds confiance »

L'homme a tendance à calculer les risques, étape par étape, au fur et à mesure de l'avancée de la G.

Jean 526 « C'est fou, on a gagné une semaine ! On a gagné une semaine, on arrive à trois mois, première écho »

➤ **Besoin d'être rassuré par une surveillance renforcée**

Le moment de l'échographie du premier trimestre est capital pour le rassurer. Nombreux ont apprécié être rassurés par une surveillance attentive, renforcée. Ils participent plus activement aux RDV médicaux du suivi de la G.

Adrien 378 « Nous c'était vraiment la première écho, le stress était vraiment de nous dire : “est-ce que le cœur bat ? ” Donc quand il nous dit : “y'a pas de souci, elle est bien implantée, (...) elle a le petit cœur qui bat”, “hhhhhou !!” (Soupir de soulagement) “hhhhhou !!”. Là c'était bien ! »

Julien 335 « le radiologue nous a dit : “Là franchement, ça se passe bien. (...) vous pouvez vous détendre.” »

➤ **L'inhibition du lien d'attachement**

Ils sont parfois dans la réserve et s'empêchent d'établir un lien avec ce nouvel enfant en devenir, ou de se réjouir de la G, par crainte d'une nouvelle déception. Ils attendent la confirmation de l'échographie du premier trimestre avant d'officialiser la nouvelle.

Florian 39 « avec euh, la dernière FC, j'ai...tendance à me mettre en retrait, quand même pas mal »45 « on a tendance un peu à se blinder »

• **Une anxiété qui n'est pas partagée par tous**

Ceux qui ont été moins marqués par la FC ne ressentent pas cette anxiété lors de la grossesse suivante. Ils se sont convaincus que la FC était un cas isolé.

Luc 208 : « On attend un peu plus longtemps quoi, pour être sûrs. Mais autrement après, y'a pas eu de... ça n'a pas changé grand-chose autrement.»

Louis 344 « pour la grossesse suivante, (...) c'est une autre grossesse donc y'a rien de... logiquement y'a rien de comparable.»

2.2. Le vécu de l'homme en tant que conjoint

Lors de la FC, l'homme est en premier confronté au vécu douloureux de sa femme, principale « actrice » de l'événement. Dans ses propos, sa relation avec elle semble prédominer sur sa relation avec le fœtus, qu'il ne voit pas. Nombreux sont les hommes qui expriment d'ailleurs plus de peurs et d'émotions vis-à-vis de leur femme que de « l'enfant ». En tant qu'événement potentiellement traumatisant dans la vie d'un couple, la FC va interagir sur la relation conjugale.

2.2.1. Son ressenti vis-à-vis de sa conjointe

2.2.1.1. Ses émotions

C'est souvent spontanément que l'homme nous confie les émotions qu'il ressent face à ce que vit sa conjointe. Il a souvent plus de facilité à parler du vécu de sa femme que du sien.

2.2.1.1.1. Il compare leurs souffrances

- **Compassion**

Les hommes ont tendance à mettre leurs sentiments en retrait, la femme étant la principale concernée par la FC. Quand on les interroge sur leurs difficultés au moment de la FC, nombreux évoquent en premier la souffrance de la femme. Leurs propres émotions semblent être envahies, et parfois même inhibées, par celles de la conjointe.

Julien 252 « Moi... Pauline elle les a beaucoup plus mal vécu que moi »

Edouard 9 « j'l'ai vécu à travers ma femme » 38 « moi j'me sentais surtout mal à l'aise par rapport à... par rapport à elle, c'qu'elle a vécu »

Etienne 286 « au ressenti de mon épouse, d'avoir ce fœtus mort quelque part, je sentais qu'il y avait quelque chose de très difficile. Moi je recevais... cette émotion-là quelque part. »

Nombreux disent qu'ils ont souffert pour leur conjointe. **Devoir faire face à souffrance de leur femme prédomine sur leur sentiment de perte d'enfant.**

Cyril 53 « j'ai eu mal pour moi. Et puis pour elle. Surtout plus pour elle, qui portait, et qui attendait un enfant. »

Florian 90 « désemparé euh, la souffrance de ma femme tout ça (...) C'est plus ça que j'ai mal vécu plutôt que... que la perte, de l'enfant en lui-même. »

Edouard 48 « on est plus touché par le... mal-être de madame, que, vraiment, le fait de... de perdre l'enfant, j'crois ! »

- **La femme souffre plus que lui**

La quasi-totalité des hommes (13/17) pense que la souffrance de la femme est plus importante que la leur, car c'est elle qui porte l'enfant. Etant donné qu'elle vit les événements dans sa chair, et subit les souffrances physiques, elle souffre aussi d'avantage psychologiquement.

Adrien 23 « la mère qui va l'porter, c'est peut-être plus compliqué » 154 « c'est pas moi qui le portais, donc j'ai pas eu la déception comme elle a pu avoir »

Jean 139 « la seule chose qui, pour nous, voulait dire "y'a un truc qui a changé", c'était le taux de BHCG (...) alors que le grand changement pour Claire qui ressentait les choses, et aussi qui le vivait comme une grande perte pour elle. »

- **Mais la souffrance est aussi celle du couple**

Certains hommes insistent sur le fait que ce soit dur pour les deux membres du couple, y compris l'homme, même s'il ne porte pas l'enfant.

Daniel 377 « Les deux ensemble parce que... nous ont le porte pas mais bon, c'est dur quand même. »

Charles 277 « Même si pour l'homme, c'est difficile aussi, parce, sa femme porte aussi son enfant »

La souffrance de l'homme est plus abstraite que celle de la conjointe : c'est une souffrance extérieure, projetée, imaginée : « l'idée d'une souffrance ».

Florian 33 « Mais je pense que c'est quand même beaucoup moins abrupt que la...la souffrance de sa femme quoi. C'est plus une idée euh que...d'une souffrance, qu'une réelle souffrance quoi ! »

Jean 122 « la plus grande difficulté c'est de, vivre avec son épouse cette difficulté-là, qui n'est quasiment que ressentie par elle. »

2.2.1.1.2. Inquiétude pour la santé de sa femme

Cette souffrance de l'homme face à sa femme souffrante peut être exacerbée par l'inquiétude qu'il éprouve vis-à-vis de la santé de sa femme.

- **Inquiétude pour la santé physique de sa femme**

De nombreux hommes rapportent les symptômes de leur compagne en utilisant un vocabulaire d'insistance, d'exagération. Cela révèle leur état de « choc émotionnel » face à la souffrance physique de leur femme. Certains confient même avoir eu peur de la voir mourir. Beaucoup ressentent une vive inquiétude qui peut aller jusqu'à un sentiment de panique.

Louis 14 « Moi ce qui m'a le plus choqué, c'est l'état de ma compagne (...) elle était terrassée au lit, (...) je la voyais presque mourir » 49 « elle était complètement abattue. » 94 « je t'ai jamais vue ... à un stade aussi poussé de...de maladie quoi ! ...physiquement ! Tu t'dis " bah voilà, c'est vraiment très grave, là !" » 100 « il va y avoir une catastrophe quoi ! 194 « le physique d'Amandine... a été poussé à bout quoi. » 459 « j'ai vu une morte-vivante quoi ! » 566 « tu fais " non, là ça va pas du tout, du tout, du tout !" »

Adrien 183 « on touche à ma femme, c'est pas non plus, voilà. » 272 « on pense toujours au pire ! Enfin moi en tous cas, je pense toujours au pire ! »

- **Inquiétude pour la santé psychique de sa femme**

D'autres mettent en avant la souffrance morale de leur femme. Ils évoquent le deuil de leur femme. Sa souffrance psychique leur semble durer plus longtemps que la leur.

Pierre 60 « pis surtout la douleur, la douleur morale. (...) elle savait que le bébé était encore en elle et puis qu'il était pas vivant donc euh là, là je crois que c'était vraiment douloureux euh, même psychologiquement »

Jean 644 « déjà si elle arrive à pas s'effondrer tout ...tout court, elle ! »

Adrien 315 « Mais bon, au fil des mois ça s'tasse aussi, ça s'espace. Enfin pour moi, après pour ma femme c'était plus compliqué »

Vincent 372 « Après ça a été très dur, elle pleurait tous les jours, pendant un mois. (émotion dans la voix) Donc ça a été très long. »

2.2.1.1.3. Un fort sentiment d'impuissance

Une émotion prédominante chez la très grande majorité des hommes (12/17), souvent rapportée en premier à l'évocation de la FC, est **le sentiment d'impuissance face aux événements**. L'homme n'a aucune maîtrise, aucun pouvoir sur la FC, qui reste souvent quelque chose d'abstrait pour lui. La situation lui échappe, il ne peut *rien faire* pour changer le cours des événements. Il se sent désemparé, démuni. Ce sentiment d'impuissance vient heurter de plein fouet sa représentation culturelle de l'homme qui doit être fort, protecteur, maîtriser la situation.

- **Ils sont souvent révoltés contre cette impuissance**

Ils la vivent très mal, comme en témoigne leur discours parfois scandé.

Florian 73 « désemparé face à la souffrance de ma femme quoi. On voudrait être d'un grand réconfort, alors qu'on peut pas quoi ! »

Julien 58 « le sentiment d'impuissance. (...) je pense que c'est un peu le travers les hommes, de... d'avoir toujours l'impression de pouvoir régler les choses ! Mais là vraiment, y'avait rien d'autre à faire que de laisser les choses se faire. »

Louis 204 « d'être impuissant parce qu'on peut... en tant qu'homme, on peut pas faire grand-chose dans ces cas-là (...) c'est elle qui subit, le traumatisme, c'est elle qui physiquement, qui... qui a tout quoi ! », (...) physiquement... on est hyper limité quoi sur... sur l'action qu'on peut donner quoi.»

- **L'homme se sent parfois spectateur**

Il a du mal à se positionner vis-à-vis de sa conjointe, à trouver sa place dans cet événement.

Etienne 152 « on est...spectateur »

Charles 277 « on le vit plus en spectateur, on n'agit pas vraiment sur les choses »

2.2.1.1.4. Un sentiment de solitude

En pensant la protéger, l'homme a tendance à ne pas exprimer ses sentiments. Il peut ainsi s'isoler, se renfermer sur lui-même et vivre son deuil seul, sans soutien ni compréhension de l'extérieur, que ce soit de la part de sa femme, des soignants, de l'entourage.

Etienne 5 « On reste un petit peu seul avec ça » 159 « J'me suis retrouvé seul dans la chambre pendant une bonne partie de la journée ! »

Pierre 101 « Même si les médecins (...) ils nous ont bien expliqué euh, on sait pas vraiment quoi faire. Euh, c'est pas qu'on est seul... mais presque. »

2.2.1.2. Son comportement

2.2.1.2.1. Un soutien physique

- **L'homme fort**

La représentation de l'homme, comme celui qui doit être fort pour soutenir sa femme, est très présente à l'esprit de la majorité des hommes, comme si c'était un devoir. Etre fort signifie protéger, être celui qui porte, qui agit. Les émotions et la tristesse renvoyant à la faiblesse, il s'agit aussi ne pas montrer ses sentiments, de ne rien laisser paraître, de ne pas pleurer, surtout en présence de sa femme : « *faire bonne figure* ».

Florian 301 « Alors que, votre femme a besoin justement que vous soyez fort à ce moment-là. On n'a pas encore le droit à la faiblesse ! »

Charles 177 « Sur l'entretien, avec le gynécologue, non non fallait pas faire, fausse figure (...) Pas non plus, s'effondrer, parce que déjà, elle était pas bien »

- **La protéger**

Beaucoup disent avoir voulu la protéger. Ils vont jusqu'à s'oublier eux-mêmes, niant leur propre souffrance, qui resurgit parfois plus tard.

Florian 12 « c'est pas qu'on est dans le déni, on est plus à essayer de protéger, sa femme »

Gaëtan 159 « j'ai voulu plus la protéger elle, pis moi en fait j'ai pas... J'ai pas pensé forcément à moi quoi » 411 « J'ai vachement voulu épauler ma femme qu'en fait, béh, j'me suis pas rendu compte que moi, j'me suis fait autant de mal quoi ! »

Julien 277 « tout ce que j'avais pris sur moi, (...) me submergeait un peu à ce moment-là quoi. »

- **L'accompagner aux rendez-vous médicaux**

L'homme manifeste aussi son soutien en l'accompagnant aux RDV médicaux de la prise en charge de la FC. « *Etre là* » pour sa femme est important pour lui. Cela lui permet de s'investir dans les soins, comme nous le verrons dans la troisième partie.

Charles 181 « Sur l'entretien, avec le gynécologue (...) fallait être présent pour ma femme et la soutenir. »

- **Prévenir les proches**

C'est souvent l'homme qui fait la démarche de prévenir les familles de la mauvaise nouvelle.

Louis 598 « Là où je sais que j'ai fait la démarche d'appeler nos parents »

Vincent 243 « Déjà on l'a annoncé le jour même de l'échographie. J'ai appelé ma famille (...). Et on a dit les choses : " on a une mauvaise nouvelle à vous annoncer, voilà, Juliette elle a fait une fausse-couche." Voilà. (Silence) »

- **« Continuer à faire vivre la famille »**

Suite à la FC, l'homme s'investit plus dans les tâches matérielles de la maison, la garde des enfants, pour tenter de soulager sa conjointe et lui permettre de se reposer.

Jean 639 : « Parce que il fallait que je soutienne aussi Claire, et que, il fallait continuer à faire vivre la famille »

Pierre 210 « Et puis m'occuper des euh...des deux autres enfants qu'on avait. Donc comme ça psy... physiquement elle pouvait se reposer plus facilement. »

- **Une carapace**

Mais cette image de l'homme fort est souvent une carapace, une façade derrière laquelle se cache une multitude d'émotions. Certains confient avoir parfois craqué en absence de leur femme.

Charles 176 « Même si ça fait mal, fallait pas le montrer et...c'est tout » 15 « c'est assez frustrant pour nous aussi, même si on n'en parle pas forcément »

Cyril 326 « Je peux même souffrir au fond de moi, je ne le montrerai pas. »

Etienne 129 « il fallait paraître aussi, (...) donc c'était aussi un peu cacher... la réelle émotion qui y'avait quoi. » 25 « je me suis mis à pleurer, ça a... interpellé quand même mes collègues. (...) C'était recevoir ce que j'avais besoin de déposer, pour après moi être aussi plus disponible pour en parler avec mon épouse. »

2.2.1.2.2. Un soutien psychologique

- **Etre présent, être disponible pour sa femme**

« Etre là, présent, accompagner sa femme dans les moments difficiles » : ces propos reviennent très souvent dans leur discours, souvent évoqués comme « la seule chose » qu'ils peuvent faire.

Adrien 232 « à part accompagner sa femme pour, un soutien psychologique, après derrière (...) on a rien à faire ! »

Jean 150 « qu'est-ce que je peux faire pour l'aider à ce moment-là ? Pas grand-chose à part être présent. »

Julien 294 « Faut être disponible, ouais c'est ça, faut être disponible »

Ils essaient de la soutenir moralement, d'être plus attentifs à elle.

Daniel 84 « je lui ai remonté le moral ! Même si (...) j'étais pas très bien hein »

Julien 483 « ça m'a appris à être vraiment plus attentif encore à mon épouse. »

Edouard 156 « j'me sens complètement impuissant, là-d'ssus, j'peux pas faire grand-chose ! Alors... j'essaye d'être plus aux petits soins »

- **Supporter l'humeur de sa femme**

Ils évoquent le stress de leur compagne, ses sauts d'humeur, en lien avec la FC et les variations hormonales : supporter son humeur dans ces moments-là est une façon de la soutenir.

Florian 157 « avec la chute brutale d'hormones (...) j'm'en suis pris plein la gueule ! (rires) » 168 « on ferme sa gueule et puis on supporte quoi ! (...) y'a rien d'autre à faire que de...de courber le dos, et puis...et puis de, de subir »

Grégoire 312 « elle est énormément stressée. (...) je pense que ça joue beaucoup sur son humeur. Donc moi après je suis obligé de... (sourire) de m'ajuster. » 740 « Donc je fais le tampon ! (rire) »

- **La rassurer**

D'autres l'ont soutenue par leurs paroles, en cherchant à la rassurer, à positiver.

Florian 14 « on essaye de de, parler plus des..., du positif quoi ! »

Louis 218 « Bah c'est, de la rassurer, de dédramatiser »

Luc 14 « Donc j'ai plus passé mon temps à la rassurer »

Ils cherchent à la consoler en lui disant qu'ils pourront rapidement « en faire un autre ».

Cyril 61 « lui faire comprendre qu'on pourrait en... faire un autre ! »

Jonathan 61 « voilà, on va recommencer ! Et puis voilà, c'est reparti ! Y'a pas de raison ! » 200 « elle retenait facilement les choses, négatives ! J'dis « mais non, y'a pas de raison ! voilà ! ». Moi j'essayais toujours de booster un petit peu. »

- **Le temps du dialogue**

Beaucoup d'hommes disent avoir pris le temps de reparler des événements avec leur conjointe, de mettre des mots sur ce qu'il s'était passé, sur leur ressentis mutuels.

Etienne 34 « avec mon épouse, j'ai pris le temps aussi d'en discuter. »

Daniel 211 « Béh, le dialogue hein. Le dialogue. »

Luc 79 « Forcément, on en a parlé...assez longtemps, puis voilà. »

2.2.2. Les conséquences sur leur relation conjugale

2.2.2.1. La fausse couche, une épreuve qui rapproche

Nous remarquons qu'aucun couple de notre échantillon ne s'est séparé suite à la FC. Au contraire, certains se sont engagés : deux couples concubins se sont mariés, et un s'est pacsé.

2.2.2.1.1. Le rapprochement

- **Des couples unis avant la survenue de la fausse couche**

Dans notre échantillon, la plupart des hommes vivent une relation de couple unie et épanouie, notamment grâce à la communication.

Adrien 184 « Non, parce qu'on était déjà assez soudés avant. Enfin, on s'parle beaucoup donc. »

Julien 430 « On essaye vraiment d'être un couple le plus uni possible donc quoiqu'il passe, que ce soit pour ça ou pour le reste, on essaye de beaucoup communiquer. »

Luc 146 « Mais après, on se parlait déjà bien avant. »

- **Un homme qui s'inclut dans les événements**

Etant proche de sa conjointe, l'homme se sent totalement concerné par la FC. Il y a une telle symbiose entre eux qu'il parle en tant que couple, en employant le « nous ».

Florian 13 « nous dans notre cas c'était trois mois. » 202 « Il nous mettait son pied, pile poil sur les nerfs intercostaux, on avait toujours comme un point de côté, c'était que du bonheur ! »

Etienne 92 : « C'était un moment de couple, en fait. »

Julien 433 « c'est pas Pauline qui a eu ses FC et moi j'étais en dehors de tout ça, c'est euh... voilà, on a vécu ces FC. »

- **Une épreuve et un désir d'enfant qui réunissent**

Le fait de vivre la même épreuve, à deux, a souvent rapproché le couple. Le désir d'enfant ravivé les réunit.

Daniel 11 « ça resserre les liens entre nous deux » 191 « on est tous les deux... dans la même situation, ça nous a rapprochés encore »

Julien 426 « ça nous a vraiment rapprochés, parce que c'est quelque chose qu'on a...vécu complètement à deux (...) Le fait de vivre une épreuve à deux »

Charles 109 « Un moment difficile comme ça ça nous a rapprochés. Ça nous a donné l'envie. »

2.2.2.1.2. Les moyens du rapprochement

Si cette épreuve les a unis, c'est qu'ils ont choisi de se soutenir, et s'en sont donné les moyens. L'homme a été acteur de ce rapprochement en prenant du temps pour sa compagne.

- **Prendre le temps de parler et de s'écouter entre conjoints**

Dans l'épreuve, l'homme a cherché à comprendre ce que sa femme ressentait, et à lui faire partager ce que lui-même éprouvait, en prenant des temps privilégiés d'échange, de communication.

Julien 428 « on a toujours l'un comme l'autre essayé, de s'écouter puis de se faire parler. Donc c'est vraiment voilà une source d'attention à l'autre qui nous a encore plus rapprochés. » 468 « Essayer encore plus de faire exprimer... les émotions, (...) essayer de comprendre pourquoi une humeur, pourquoi une réflexion... » 483 « elle de son côté (...) en me faisant parler (...) elle m'aidait à les exprimer en plus. Et en ça, ça nous a effectivement beaucoup rapprochés. »

Etienne 91 : « C'était important pour moi...de partager. (...) d'essayer de comprendre l'autre, ce qu'il était en train de vivre. »

- **Vivre les choses ensemble**

L'homme insiste sur l'importance de vivre les choses « ensemble », comme un soutien mutuel et réciproque.

Etienne 65 « Et puis euh, d'aller ensemble pour euh, le curetage. »

Jean 497 « Ah c'est sûr, on a passé beaucoup de temps ensemble. » 293 « on a eu besoin de se soutenir mutuellement au début de la grossesse suivante (...) c'était, en fait un travail qu'on a dû faire à deux »

- **Par la tendresse physique**

Quand il leur est difficile de trouver les mots pour la soutenir, les gestes prennent le relais, et parlent d'eux-mêmes. La sexualité a aussi été un moyen de rapprochement.

Daniel 211 « c'est une personne assez sensible donc... les câlins. (sourire). La tendresse, voilà. Y'a pas toujours les mots... les mots suffisent pas. »

Pierre 223 « ça nous a rapprochés un petit peu plus, pour avoir le désir du troisième. Donc euh... un bébé(...) ça se fait à deux (sourire) »

2.2.2.2. La fausse couche, une épreuve qui fragilise

2.2.2.2.1. L'éloignement

Quelques hommes évoquent le risque de difficultés conjugales, voire de séparation, à la suite d'une FC, mais souvent comme quelque chose de théorique, d'extérieur, qui ne les a pas concernés.

Adrien 189 « ça a pas été quelque chose de compliqué pour nous ! (grande inspiration) ... je sais pas si ça peut distendre des couples, ou...mal se passer ou, je sais pas ! Mais en tous cas, pour notre cas, pas du tout ! »

Un seul couple est concerné par un éloignement, clairement exprimé par l'homme, durable et encore actuel, en lien avec la FC. *Gaëtan* nous confie ses questionnements et ses peurs à ce sujet. Il s'agit d'un homme qui a des ATCD de difficultés psychologiques. Il culpabilise, se remet en cause. Il prend conscience, lors de l'entretien, que la FC a fait des « dégâts » sur son couple. Il confie sa peur de la rupture, et celle de sa femme.

293 « Inconsciemment on s'est vachement...éloignés. (...) moi ça m'a vachement éloigné. (...) inconsciemment j'me suis...j'me suis retiré d'elle (...) Aujourd'hui encore, je pense. (...) des fois elle m'fait « t'es vachement à l'écart ! » 317 « dans le couple, ça joue énormément. » 362 « Comme quoi des choses comme ça, ça fait vachement de mal quoi ! (...) ça fait un peu de dégâts quoi ! » 309 « J'ai peur que ça vient à la rupture quoi, par rapport à ça. (...) j'arrive pas à lui en parler(...) j'arrive pas à lui dire quoi. (...) Bon, j'ai pas envie de me séparer mais... » 428 « elle me dit « ouais, mais j'ai peur que... j'tiens à toi, j'ai peur que tu partes ! »

2.2.2.2.2. La fragilisation de la relation

Plus qu'un éloignement durable, la FC a surtout engendré des difficultés relationnelles conjugales. Plusieurs hommes disent avoir eu des difficultés pour communiquer avec leur conjointe, et pour la soutenir. Ces difficultés ont pu fragiliser leurs liens, temporairement.

- **Difficultés de communication**

Dans plusieurs couples, l'homme n'a pas osé en reparler avec elle, pour la protéger, de peur de la blesser.

Charles 267 « C'est vrai que, j'prends tout sur moi et, c'est vrai que des fois (sourire), on va dire, ça explose ! On s'énerve. »

Luc 158 « Parce que je ne voulais pas en parler avec Fabienne justement. Je ne voulais pas la relancer là-dedans. »

Les différences de réaction de deuil, d'expression des sentiments ont parfois provoqué des incompréhensions.

Julien 439 « elle dit “Mais en fait, t'as rien compris de c'qui s'est passé...pendant un an !” Et en fait voilà, c'est qu'avec le recul, euh voilà, j'exprime pas forcément les choses de la même manière, ça c'est sûr c'est une différence. »

Vincent 222 « Ça a été un petit peu négatif. Parce que, vu qu'on ne réagissait pas tous les deux de la même manière, donc c'était... on ne peut pas toujours se comprendre (...) Moi je voulais plus vite passer à autre chose. Et j'étais plus positif, et elle ne comprenait pas trop ce fonctionnement-là. Elle était restée plus dans le négatif (...) à ce niveau-là, on ne se comprenait pas. »

- **Difficultés à la soutenir**

L'homme, lui-même fragilisé, éprouve des difficultés à soutenir psychologiquement sa compagne, à la comprendre et à la rejoindre dans ce qu'elle vit. Il doute de sa capacité à pouvoir l'aider. Il regrette parfois de ne pas avoir pu faire mieux.

Etienne 232 : « Je me suis posé la question si vraiment je l'ai soutenue (...) Si pour m'défendre, j'ai pas pris de la distance (...), elle m'a reproché de ne pas avoir été...assez à l'écoute à ce moment-là. J pense que chacun vivait dans son coin (...) on avait du mal à en parler. C'était plus la fuite (...) j'aurais pu être plus présent, et plus à l'écoute à ce moment-là. » 293 « Quand on est soi-même pris dans des émotions, c'est pas facile d'aller rejoindre l'autre »

Oscar 129 « la femme elle a besoin d'être rassurée, de...parler, et là j pense que nous, les hommes on n'est pas forcément très doués pour...pour ça ! Peut-être que moi j'ai pas été assez à l'écoute, tout ça »

Vincent 201 « je n'étais peut-être pas dans les capacités de pouvoir réellement l'aider. »

2.2.2.3. Pas de conséquence

Tout comme ils ont été « peu touchés » par la FC, certains hommes n'ont pas vu de conséquence sur leur relation conjugale. L'événement a été peu marquant sur le plan personnel comme conjugal.

Florian 144 « Pfff ça.... ça a pas ajouté plus de lien, euh, ça en n'a pas enlevé non plus.»

Jonathan 65 « Non non, vraiment pas, au sein du couple euh, de tensions qui pourraient, à cause de ça... non non, pas du tout ! »

Oscar 92 « Mais après sur notre vie au quotidien non, il n'y a pas eu d'incidence. »

2.2.2.4. La sexualité

Sur ce sujet, nous n'avons pas l'avis de tous les hommes interrogés : la question n'a pas été posée ouvertement lors des premiers entretiens. Le 10^{ème} homme en a parlé spontanément. La question « *Est-ce que la FC a eu des conséquences sur votre vie sexuelle ?* » a alors été intégrée au guide d'entretien pour les témoignages suivants.

2.2.2.4.1. Les difficultés

- **Passagères**

Suite à l'événement, plusieurs hommes rapportent que leur femme avait moins de désir sexuel, ce qu'ils mettent sur le compte du traumatisme physique de la FC, et qu'ils comprennent très bien.

Oscar 87 « (râchement de gorge) Oui, je pense que les rapports sexuels, bah j pense que (sourire) c'est quand même traumatisant donc euh, on n'a pas envie de rapports sexuels, ce que je peux comprendre tout à fait, d'une part par l'intervention

chirurgicale, et puis après voilà, peut-être qu'on se sent pas bien dans son corps, quand on a vécu ça »

Grégoire 332 « Euh... elle un p'tit peu moins envie. Ce qui peut se comprendre, parce qu'une opération ne fait pas que.... Donc elle un petit peu moins d'envie...Et euh, la douleur aussi, puisqu'elle a eu une opération chirurgicale. »

L'homme a donc dû faire attention au début, respecter son rythme, la laisser prendre des initiatives.

Daniel 315 « (enquêteuse) Est-ce que la FC a eu des conséquences sur votre vie sexuelle ? (Daniel) Hum... non. Euh, oui, les quelques... les quelques temps après, évidemment, c'est normal. Faut faire attention quand même ! »

Julien 661 « Euh, évidemment, il y a un temps de repos où...voilà. Après, dans les semaines qui ont suivi les FC, évidemment ça.... ça rappelle un peu tout ça, donc forcément, faut être prudent »

- **Durables**

Trois hommes ont confié vivre des difficultés durables, actuelles, dans leur sexualité. Deux sont dans une situation de FC à répétition, où l'enfant se fait attendre. Cette obsession de l'enfant perturbe la vie sexuelle du couple. *Charles* perd confiance en lui, désespère. *Grégoire* laisse la femme prendre les initiatives, par peur de la forcer.

Charles 36 « dans sa période d'ovulation, il arrive que (grande inspiration), bah je sois vraiment fatigué, que ça m'énerve et donc euh, bah je sais pas si c'est... un effet bloquant. Parce que du coup, j'ai j'ai pas l'envie, et, c'est vrai que quand ça arrive, j'ai l'impression que des fois, ça va être une contrainte ! C'est vrai que quand on n'a pas envie, (...) (inspiration) c'est frustrant, mais on se force quand même, parce qu'on sait que derrière, si on le fait pas, ça viendra pas. Mais j'sais pas si c'est une bonne idée en soi, mais bon. (...) Ça m'énerve. » 288 « Même des fois, dans...l'acte. Parce que j'me dis : « Ça vient pas, ça vient pas ». Donc euh, ça m'énerve et, j'laisse tout tomber..»

Grégoire 335 « je la laisse plus venir vers moi, que moi aller vers elle, en fait. (...)Pour ne pas l'obliger à faire quelque chose... qu'elle n'a p'têtre pas... qu'elle n'a p'têtre pas envie, en fait ! Bon, des fois elle le fait aussi pour faire plaisir, mais euh, je laisse plus les choses, en fait. Alors qu'avant, j'allais plus... »

Un autre présente des symptômes dépressifs, avec baisse de libido, et difficultés relationnelles avec sa conjointe.

Gaëtan 381 « Ouais. Bah ça joue aussi, ça joue beaucoup aussi sur les rapports. Ouais. Y'a des fois où que elle, voilà elle en a envie, pis moi bah j'en ai pas envie quoi... j'm'éloigne ! » 315 « voilà un gros câlin, tout ça, et moi j'fais en sorte que... j'y arrive pas ! (...) ouais j'ai l'impression de me retirer ailleurs quoi. »

2.2.2.4.2. Pas de changement

Pour la plupart des hommes interrogés sur la question, la FC n'a pas engendré de changement sur leur vie sexuelle.

Charles 118 « Pas... pas la première fois. (...) On faisait l'amour quand on avait envie. Donc euh, j'y pense pas qu'il y ait de complications, dans l'affectif et autres. »

Julien 658 « je sais que ça n'a pas eu de conséquence sur notre intimité. (..) Moi je crois que c'était forcément... quelque chose auquel j'ai un peu plus pensé. Mais ça a pas eu d'incidence sur notre sexualité. (...) à long terme, non, ça n'a pas eu d'incidence »

2.3. Le vécu des soins

Le plus souvent la FC a nécessité une prise en charge par le système de santé. Comment l'homme a-t-il vécu ces rencontres de soins ?

2.3.1. L'implication de l'homme dans les soins

La plupart du temps l'homme tient à accompagner sa femme aux différents RDV médicaux de la PEC diagnostique et thérapeutique.

2.3.1.1. L'annonce et les rendez-vous de suivi

2.3.1.1.1. L'homme présent

Deux tiers (10/15) des hommes interviewés étaient présents lors de l'annonce. Ils soulignent l'importance de leur présence aux côtés de leur femme à ce moment-là, pour la soutenir, mais aussi pour entendre les informations, et participer aux prises de décisions.

Adrien 264 « Je ne sais pas si je les [RDV] ai tous faits, mais si je ne les ai pas tous faits, je pense, la plupart. Ouais. Déjà, pour être avec ma femme, psychologiquement, et puis même, pour être au courant de tout ! »

Jean 88 « J'étais tout le temps, tout le temps là. Ils ne m'ont jamais fait sortir. J'étais tout le temps là. » 433 « on a tout le temps été ensemble. »

C'est sa façon à lui de s'investir dans la prise en charge, car la grossesse est « un projet de couple ».

Louis 436 « c'est quelque chose qu'on... qu'on fait vraiment à deux. C'est un projet de couple, c'est ... Donc moi j'y pense que c'est aussi bien, quand on peut y aller les deux. »

Pierre 392 « Et puis... oui, parce que si c'est un bébé, c'est bien qu'on l'a fait à deux donc euh... c'est normal que le père soit mis là, ait sa place. »

Julien 377 « c'est quand même des choses qui concernent le couple. Même si c'est, effectivement des problèmes de femme (sourire), euh voilà, ça concerne le couple »

C'est souvent lui qui prend les initiatives, et qui incite sa femme à consulter. Il a besoin d'être dans l'action, de prendre les choses en main pour qu'elles avancent.

*Louis 106 « Donc là je lui ai dit “ bon bah, faut que tu rappelles ton médecin ” » 473
« j'ai pris le téléphone, j'ai appelé ses parents, j'ai dit “Bon euh... faut venir la chercher, (...) faut qu'elle voit son médecin”»*

Julien 286 « dès que je me retrouvais avec Pauline, fallait...c'est sûr, que les choses avancent et...qu'on soit dans la prise en charge »

*Charles 64 « donc là j'ai dit : “ bon bah, faut faire quelque chose quand même !”
Donc euh, c'est à partir de là qu'elle est allée voir son gynécologue »*

2.3.1.1.2. L'homme absent

Un tiers (5/15) des hommes n'était pas présent lors de la consultation d'annonce, la plupart du temps pour des raisons professionnelles. Ils ont plus ou moins bien vécu cette absence.

- **Une absence vécue difficilement**

Son absence lors de l'annonce accentue le caractère abstrait de la FC, et l'incompréhension de l'homme. Il n'a pas pu poser ses questions aux soignants, et reste seul avec ses doutes. Il est obligé de questionner sa femme pour avoir des explications. Il n'a pas pu partager ce moment avec elle. Un homme commence l'entretien par cela, avant même la première question, et insiste sur le sujet.

Etienne 4 « Moi j'y étais pas à l'annonce. J'ai pas pu me libérer. Donc c'est après-coup que je l'ai su, donc c'est encore... différent ! On reste un petit peu seul avec ça. » 8 « Bah déjà les circonstances où je l'ai appris, j'étais au travail. J'attendais avec impatience un message (...) quand j'l'ai su, voilà... vraiment, un coup dur ! 183 « c'est un moment, bah qu'on n'a pas pu partager. Et c'est vrai que ça, j'aurais aimé être présent, pour l'écho»

Luc 113 « j'aurais bien aimé être là oui ! Pour savoir aussi.... Pas avoir besoin de lui redemander après. (...) Donc c'est vrai que là, j'aurais bien voulu être là pour le savoir dès le départ. »

Charles 24 « malheureusement on a su qu'elle faisait sa FC, une semaine avant que je parte, pour venir ici. Donc euh, là ça a été très dur, parce que j'ai pas pu être là pour elle. » 214 « avec tous les autres examens qu'elle a eus, qu'elle a dû faire, toute seule ! (...) C'est dommage que j'ai pas pu être là pour elle quoi ! (...) je sais qu'elle avait besoin de moi et, j'ai pas été présent. »

- **Une absence bien vécue**

Par pudeur, certains se mettent volontairement en retrait lors de l'annonce. Ils considèrent que c'est la femme qui est au cœur du problème, qu'il est normal que l'homme soit mis de côté à certains moments, comme lors de l'échographie endo-vaginale.

Pierre 389 « Non, moi j'ai trouvé ça (...) assez normal au début, parce c'est quand même son corps c'est euh... bah c'est son intimité. Donc euh, c'est normal qu'elle soit toute seule au début. »

Vincent 105 « Parce qu'après c'est une échographie vaginale, donc moi je n'ai pas souhaité être là. J'ai souhaité sortir, après c'était mon choix »

D'autres fois, ils ne précisent pas la raison de leur absence, mais elle ne les a pas dérangés. Ils parlent de l'annonce avec beaucoup plus de détachement que les hommes qui y ont assisté.

Oscar 49 « On était à la maison, voilà un soir en rentrant du travail, elle m'l'a annoncé quoi. »

Louis 68 « Ouais voilà, elle avait des saignements, donc elle avait contacté son médecin, je crois, si je me souviens au début. Et puis donc euh, bon bah là ils ont dit " c'est qu'il y a une fausse couche", donc euh, soit curetage soit médicaments.»

2.3.1.2. Le curetage

2.3.1.2.1. L'homme présent

Lorsque l'évacuation de la G arrêtée a nécessité un curetage (9/17), la plupart du temps l'homme est content de pouvoir accompagner sa femme à l'hôpital, de la soutenir par sa présence.

Grégoire 187 « la chance que j'avais c'est que je travaillais (...) juste à côté en fait, donc euh... Euh, j'ai pu laisser un peu de temps, et quand elle s'est fait opérer, en fait, j'ai pu venir la voir juste après l'opération. J'ai pu venir la chercher. (...) ça j'ai trouvé ça bien. »

Etienne 65 « C'était important pour moi (...) d'aller ensemble pour euh, le curetage » 519 «le jour du curetage justement, on a... on avait un prénom, on s'est regardés... »

2.3.1.2.2. L'homme absent

• **Une absence vécue difficilement**

Lorsqu'il n'a pas été disponible pour l'accompagner au curetage, l'homme le vit difficilement.

Julien 47 « la gynéco a décidé de l'opérer en urgences, ça s'est fait un peu en catastrophe, et moi du fait que je suis gendarme, je me retrouvais à ce moment-là en train de surveiller le tour de France ... à l'autre bout du département...en recevant un coup de fil de Pauline me disant (...) elle m'opère (...) Alors ça a été un peu le coup de massue ! Parce qu'évidemment j'étais tout seul sur un carrefour à attendre que le tour de France passe, et à me retrouver comme un idiot à pas pouvoir bouger ! Donc ça a été un peu... le mauvais souvenir. »

Charles 197 « pour la troisième FC (...) j'étais pas là. Donc elle a dû aller toute seule à l'opération. (...) le fait que je ne sois pas là, (...) c'était frustrant ! Parce que, pas être là pour elle, dans ces moments-là, c'est pas évident. (...) ne pas avoir son mari auprès de soi, (...) elle m'a supplié pour pas partir, j'avais pas le choix ! »

- **Une absence bien vécue**

L'homme peut aussi être satisfait de n'avoir fait que la déposer à l'hôpital. Parfois c'est la femme qui n'a pas souhaité qu'il vienne pour le curetage.

Oscar 76 « bon, c'est rapide...j'sais pas, j'l'ai déposée le matin, elle était ressortie le soir-même. J'suis pas resté toute la journée à l'hôpital avec elle. »

Edouard 217 « mais...la partie opération et tout, j'pense pas qu'elle aurait(...) j'suis pas sûr qu'Elodie aurait voulu ça...j'pense pas. (...) j'lui ai demandé au téléphone s'il fallait que je vienne, après la consultation gynéco, elle m'dit " non non, c'est bon, on s'voit c'soir ! Machin, j'te tiens au courant. "(...) Elle m'a rappelé en sortant du truc mais euh... mais voilà quoi. Moi personnellement, je n'en aurai pas ressenti le besoin [d'être présent] »

2.3.2. Le vécu de la médicalisation de la fausse couche

2.3.2.1. En cas de fausse couche spontanée sans soins

Bien que cela reste une situation marginale dans notre échantillon, pour deux hommes interrogés, il n'y a eu aucune prise en charge médicale de la FC, ni diagnostique ni thérapeutique. Or, ce sont eux les moins touchés par l'événement.

Cyril 109 « Pas du tout. On s'est vraiment dit que c'est des cas qui arrivent, on n'est pas les seuls, c'est des cas qu'on voit souvent...»

Jonathan 100 «non non, on n'a pas eu besoin de médecin pour ça. Elle a p'être été voir son médecin, juste pour un petit contrôle, ça par contre, je ne m'en rappelle pas ! »

2.3.2.2. En cas de médicalisation de la fausse couche

2.3.2.2.1. Une prise en charge traumatisante

- **Plus marquante que le diagnostic**

Lorsqu'on les interroge sur l'annonce du diagnostic, certains évoquent immédiatement la prise en charge thérapeutique annoncée ce jour-là. C'est plus toute la procédure des soins qui vont suivre qui semble les choquer que l'arrêt de la grossesse en elle-même.

Grégoire 222 « c'était un œuf clair et que... ben, valait falloir l'enlever et...euh, donc faut prendre une intervention tout de suite et puis fallait prendre rendez-vous avec l'anesthésiste pour euh... »

- **Une procédure qui peut durer**

Certains hommes s'attardent longuement sur leur vécu des soins, insistant sur la durée de la prise en charge, les différents rebondissements et complications des traitements. Le temps est alors vécu de façon disproportionnée. La prise en charge est parfois ce qui a été le plus dur à vivre, chargée de stress.

Julien 22 « La plus marquante, c'était la première (...) c'est plus dans le traitement de l'œuf clair, où ça a été assez...assez terrible » 257 « retrouver Pauline complètement anéantie (...) voilà, je pensais moins au... petit bébé qui partait que à toute la... prise en charge... » 105 « Ça a déclenché toute la procédure qui a suivi. Voilà, avec le traitement et tout ça. C'est vrai que...ça a vraiment été le pire pour nous ! (...) tous les deux d'ailleurs ! (...) c'est plus dans l'aspect...médical que ça a été le plus difficile »

Adrien 49 « Je savais pas que ça allait être aussi galère ! (...) l'évacuation de la p'tite ça été compliqué quoi ! » 111 « ça a été quelque chose d'assez lourd.(...) Entre tous les RDV.... Ça a été hyper long ! (...) remémorer toujours des choses, pendant six ou sept mois (...) ça a été hyper espacé entre chaque » 123 « Moi c'est plus ça qui a vraiment été le plus dur. » 147 « le temps est long, tout ça, enfin, que du stress quoi ! Vraiment que du stress. »

2.3.2.2.2. L'appréhension du doute

En cas de doute avec un diagnostic différentiel comme une G intra-utérine d'évolution incertaine, ou une G extra-utérine, il est alors nécessaire de consulter plusieurs fois, un délai d'attente étant nécessaire pour affirmer l'arrêt de la G. L'homme a souvent du mal à vivre cette période de doute. Il lui est difficile d'accepter la multiplication des examens (BHCG et échographies à répétition), et l'incertitude de la situation. Le temps d'attente avant la décision du mode de prise en charge n'est pas non plus facile à vivre.

Jean 68 « ils nous ont gardés longtemps à l'hôpital pour faire plein de tests. (...) Ils ont eu du mal à conclure dessus. » 92 « (...) Ils avaient peur d'une grossesse extra utérine. (...) le diagnostic a été très flou, pendant très longtemps. » 132 « ils ont eu du mal à le cibler, à savoir s'il était déjà expulsé, pas expulsé, bloqué à quel endroit. » 442 « c'était plus des périodes d'attente, et l'dire « Béh, est-ce qu'ils vont nous re-demander encore de venir ? » 475 « ça qui a été difficile, (...) d'appréhender leurs ... leurs doutes. (...) ça a duré longtemps (...) on ne sait pas trop comment se positionner »

Gaëtan 49 « elle fait "je vois quelque chose, mais j'en suis pas sûre en fait." (...) c'était un peu brouillon quoi. »

Florian 250 « C'est vrai que on a... était un peu largués comme ça, pour savoir s'il fallait faire un curetage ou pas (...) C'est le moment de flottement qui est pas...qui est pas cool. »

2.3.2.2.3. Le traitement médical

Il concerne 6 couples sur 17.

- **Le traumatisme du MISOPROSTOL**

Un couple a été particulièrement traumatisé par les effets du Misoprostol (CYTOTEC®). L'homme précise qu'il a eu besoin d'avoir des informations supplémentaires à celles données par le médecin.

Julien 24 « Pauline a été traitée au CYTOTEC® (...) ma marraine est gynéco. Donc on l'avait contactée (...) parce qu'on avait besoin d'un peu de conseils en plus de ce

que nous avait dit le médecin. (...) ça a été hyper violent, puisque Pauline n'en a pas dormi de la nuit (...) elle a passé la nuit dans la douche, à perdre des gros caillots de sang » 34 « ça lui faisait des effets qui étaient un peu... un peu trop violents. Et euh, ce qui était prévu par le médecin ne se passait pas tout à fait... les saignements devant se calmer au bout de ...je-ne-sais-plus-quelle-durée, ça n'a pas été le cas. » 650 « Je préfère avoir un curetage que le CYTOTEC®, c'est hors de question que je reprenne ce truc-là ! » . Et j'étais tout à fait d'accord avec elle ! (...) c'était trop traumatisant (...) Non, plus jamais ! »

Un **surdosage médicamenteux** suite à une erreur médicale a entraîné pour une autre femme des symptômes physiques intolérables, d'après son conjoint.

Louis 38 « y'a dû avoir je crois à peu près trois fois la dose du médicament qu'il aurait fallu. (...) normalement ils avaient dit : " bah voilà, ça va évoluer comme ça, ça va faire ci." (...) et au bout d'un certain moment tu t'dis : " (...) par rapport à ce qui était annoncé, ça collait pas du tout..." Voilà, elle était complètement abattue. Elle était terrassée au fond du lit, elle ne pouvait plus tenir debout »

- **L'échec de la PEC médicamenteuse**

Dans plus de la moitié des cas (4/6), la prise en charge médicale n'a pas été suivie d'une évacuation totale de la G arrêtée. Une prise en charge chirurgicale complémentaire a été nécessaire. L'attente de l'évacuation est alors longue et difficile.

Julien 42 « ça ne s'est finalement pas fait naturellement, donc elle est retournée voir une autre gynéco (...) au moment où elle l'a pris en consultation, Pauline s'est remise à reperdre du sang de manière abondante, et la... la gynéco a décidé de l'opérer en urgence, dans l'heure qui suivait, parce que... c'était trop abondant et que c'était pas normal. »

Pierre 25 « le temps que ça durait, entre la prise des médicaments et puis euh le curetage, là du coup c'était long. (...) ça voulait pas sortir, et puis en plus ça faisait souffrir, donc euh, donc là c'était pas agréable. » 182 « là du coup c'était vraiment très long. »

2.3.2.2.4. Le traitement chirurgical

Il concerne 9 couples sur 17.

- **Le stress du départ à l'hôpital**

Le départ à l'hôpital, pour le service des urgences gynécologiques, lorsqu'il est nécessaire, est toujours vécu comme un stress pour l'homme, même lorsqu'il n'est pas présent.

Adrien 105 « Donc elle s'est retrouvée à partir aux urgences, du boulot aux urgences. Moi j'l'ai appelée le midi, elle m'a fait " j'suis aux urgences, y'a pas de panique". Enfin bon, pas de panique, ça stresse quand même ! »

Edouard 127 « elle est rentrée aussi sec à l'hôpital »

- **La peur du curetage et de ses complications**

Le curetage est souvent un mot qui fait peur. Les hommes y associent un vocabulaire qui renvoie à la violence, à l'agression. Ils ont souvent peur de l'anesthésie générale, ou des complications chirurgicales.

Florian 253 « ça va être plus violent que ça l'est déjà...Donc euh, curetage (...) On voulait pas quoi. »

Charles 73 « Toujours peur que, dès qu'il y a une intervention, on ne sait jamais ! Peut toujours y avoir des risques et des complications »

Adrien 67 « faut faire un curetage et c'est, plus compliqué ! » 95 « Donc une anesthésie générale c'est pas non plus quelque chose qui m'rassure ! » 141 « J'espère qu'y'aura pas une autre hémorragie » 165 « La seule angoisse que j'ai pu avoir, c'est par rapport au curetage (...) j'avais peur parce qu'ils nous ont dit, y'a toujours un risque, dans un curetage, qu'on perfore la poche où y'avait (...) j'avais grand peur (...) qu'on ne puisse plus avoir d'enfants du tout.»

- **Le besoin d'une prise en charge rapide pour « passer à autre chose »**

Quand la procédure d'évacuation de la FC se prolonge, les hommes expriment souvent le besoin « de tourner la page, de passer à autre chose » : ces soins qui durent ne les aident pas à faire le deuil.

Etienne 225 « j'avais envie que ça se termine. Et puis presque tourner la page, aussi. »

Adrien 120 « Ca a pas été en...trois semaines quoi ! Où, on peut passer à autre chose vite fait, et puis terminé quoi ! 160 « Faut vite que ça soit fini, qu'on passe à autre chose. » 247 « il fallait trouver le temps de faire le curetage, avec les plannings, ça s'met jamais bien. Alors qu'on a vraiment envie de que ça se finisse le plus vite possible, “ Bah oui, faites ça demain, ça nous arrangerait !” Non, ça s'passe pas comme ça ! On ne choisit pas le jour, quoi ! Ni la date, ni l'heure ! »

Le curetage est alors vécu comme un soulagement physique, qui aide à faire le travail psychologique.

Pierre 67 « une fois qu'il était parti, par contre, on est repartis à zéro. Et puis là ça allait mieux. (...) y'avait plus de douleur, et puis elle savait que bon, le bébé était parti puis point. Comme ça après on est repartis euh, sur de bonnes bases » 346 « Même elle était vraiment soulagée. »

Edouard 187 « passer à autre chose, au moins, la partie physique.»

2.3.3. La relation soigné-soignant

2.3.3.1. Globalement satisfaits

Dans la majorité des cas, les hommes ont eu un ressenti positif de leur relation avec les soignants, et de la qualité de la prise en charge. Ils ont particulièrement apprécié la disponibilité des soignants pour leur donner des explications, les écouter et répondre à leurs questions.

2.3.3.1.1. La compétence

Ils mettent souvent en avant la compétence des soignants et le travail bien fait.

Pierre 324 « je pense qu'ils ont bien fait leur travail à l'hôpital »

Adrien 236 « les gens avaient été assez cool, et assez compétents »

Luc 260 « dans l'ensemble, on a quand même été bien pris en charge. »

2.3.3.1.2. La confiance

Prenant conscience de leur impuissance pour agir concrètement sur la situation, les hommes sont obligés de faire confiance, de s'en remettre au corps médical.

Adrien 221 « De toute façon on n'a pas la main dessus, donc autant faire confiance au corps médical ! » (...) A part faire confiance aux gens (...) « faut programmer (...) un curetage. » « Bah oui, programmez-le ! »

Etienne 175 « je faisais confiance, quelque part. »

Louis 504 « les gens qui savent faire, (...) vont gérer ton problème. (...) Bah, de toute façon, on n'a pas l'choix ! J'ai pas l'choix ! Pas l'choix, moi j'suis pas médecin ! (rires). Donc les médecins ils ont fait un traitement voilà, moi j'sais pas comment soigner une fausse couche hein, c'est pas mon métier (...) Donc bah, tu t'returnes voilà l'médecin, lui il va bien réussir à... »

2.3.3.2. L'importance l'écoute et de la communication

2.3.3.2.1. L'écoute

La plupart du temps ils se sont sentis à l'aise lors des RDV, notamment lorsque le soignant était à l'écoute, disponible, et lui-même à l'aise dans communication.

Julien 374 « elle était très communicative avec moi. (...) c'est quand même beaucoup plus agréable. (...) on s'est sentis beaucoup plus pris en charge »

Florian 271 « Il était très présent Marc. Il est très disponible »

Gaëtan 94 « elle nous a vachement bien mis à l'aise quoi. Elle nous a bien, bien conseillés. » 134 « Elle a su nous écouter. »

Etienne 159 « l'équipe infirmière et médicale était très présente (...) ils ont répondu vraiment à nos questions, ils étaient aux petits soins (...) Pas intrusifs du tout (...) A l'écoute, conseillers... »

Les hommes ont peur de ce qu'ils ne maîtrisent pas, ont besoin de poser leurs questions et de comprendre, pour se rassurer.

Adrien 258 « moi je posais beaucoup de questions, donc euh... Parce que c'est, je suis quelqu'un de stressé, il faut que je sache à peu près où je mets les pieds quoi ! (...) Demandeur pour être rassuré aussi, par rapport aux réponses quoi ! »

Jean 392 « Ah moi j'ai demandé beaucoup de précisions »

2.3.3.2.2. La clarté des informations données

Les hommes ont apprécié que le soignant leur donne des informations détaillées sur le déroulement des soins, les causes de la FC.

Charles 189 « il nous parlait, bien à tous les deux, concernant le déroulement de l'intervention (...). Donc euh, non non, ils nous ont tout bien expliqué. Pour ça, c'était bien. »

Pierre 171 « ils nous ont très bien expliqué comment ça s'est passé euh, enfin, c'est qui y'avait, le moyen après euh de l'évacuer. »

Florian 285 « Il était très clair (...) On est pas restés dans le flou, tout était très clair. »

Un temps d'échange avec le gynécologue après le curetage était particulièrement apprécié.

Vincent 351 « Même moi j'étais plus disposé à entendre après l'opération. C'est là où j'ai pris conscience de toutes les informations, c'était vraiment après l'opération, quand on a revu le docteur, avant de partir. Donc elle nous a bien tout réexpliqué »

2.3.3.3. Parfois insatisfaits

2.3.3.3.1. L'homme se sent mis à l'écart

- **Mise à l'écart explicite**

Lors de l'annonce, le soignant a parfois demandé à l'homme de sortir au moment de l'échographie endo-vaginale. Il a alors regretté de ne pas avoir été présent pour entendre les explications médicales.

Luc 59 « pour faire tous les examens, ils n'ont pris qu'elle. Moi ils sont venus me le dire après, voire même pas... je crois que la première, elle est revenue, puis c'est elle qui me l'a dit (...) Mais non, pour les examens, j'étais tout seul. (...) Bah non, on attendait dans le couloir, et ils ne sont venus la chercher qu'elle. (...) On ne m'a pas proposé d'aller avec elle ! Ils l'ont juste pris elle. » 110 « Au moins, (...) quand ils lui ont expliqué à Fabienne justement tout ce que c'était, enfin, comment ça allait se passer et tout, j'aurais bien aimé être là oui ! Pour savoir aussi.... pas avoir besoin de lui redemander après. »

Vincent 94 « Il y a eu une nouvelle échographie. (...) Après là pour les hommes, on est mis plus de côté. »

- **Mise à l'écart implicite**

➤ ***Des soignants qui s'adressent essentiellement à la femme***

Lorsqu'on leur pose la question, quelques-uns font remarquer qu'ils se sont sentis, en tant qu'homme, mis de côté par les soignants, qui ne leur adressent pas directement la parole.

Vincent 74 « Elle s'est adressée à ma copine. » 108 « Après oui, c'est toujours, on s'adresse toujours d'abord à... C'est plus pour la conjointe. Pas l'homme. »

Julien 368 « (enquêteur) Est-ce que les médecins s'adressaient également à vous ? (Julien) Pas du tout le Dr B., mais vraiment pas du tout. (...) Moi ça... ça m'agaçait... puisque pendant toutes les consultations, fallait vraiment que je m'impose pour poser mes questions. » 695 « Avec l'impression quand je pose une question « ah oui, il est là lui ! »

➤ ***Un homme mal à l'aise***

L'homme ne sait pas toujours quelle place prendre, entre la femme et le médecin, quel rôle tenir, s'il peut prendre la parole ou non. Il n'ose pas toujours poser ses questions.

Florian 240 « maladroitement euh, (inspiration) j'ai...j'ai essayé de...de dire une connerie, histoire de détendre l'atmosphère, et euh, comme on dit, ils m'ont repris tous les deux ! On a eu des gros yeux de ma femme, et de Marc ! Fallait peut-être mieux que je me taise à ce moment-là ! »

Grégoire 233 « des fois quand on sait pas, on se tait, plutôt de... On n'ose pas trop le dire que de l'demander ! »

D'autres racontent qu'ils n'étaient pas à l'aise à l'hôpital, lors du curetage.

Grégoire 194 « On n'est pas grand-chose, par rapport à la femme. On est même petit, on sait même pas trop où se mettre d'ailleurs. (rires) »

2.3.3.3.2. Manque de communication et de soutien

- **Manque de communication**

Certains reprochent ne pas avoir reçu assez d'informations de la part des soignants.

Luc 136 « ça dépend sur qui on tombe aux urgences (...) y'a d'autres fois, on n'avait pas d'explications, c'était juste les tests, les machins... »

Julien 145 « Un bon gynéco, mais qui n'était pas forcément très communicatif, par rapport aux actes qu'il faisait. » 175 « son seul travers, ça a été de pas forcément bien vous expliquer. »

Les soignants peuvent être perçus comme distants, parfois peu communicatifs. Les hommes ont ressenti un manque de disponibilité pour l'écoute et l'ouverture à leurs questions.

Daniel 269 « on avait l'impression d'un travail bâclé quoi, y'avait pas de dialogue. On est venus là “ bah non, y'avait plus rien ” euh, c'était fini quoi, fallait qu'on

sorte. C'est peut-être à ce moment-là qu'on aurait eu besoin... d'un petit discours quoi ! »

Julien 150 « j'essayais de poser des questions. Mais il était pas très...loquace. Donc y'a des moments où... ça refroidissait un peu ! (...) ça coupe un peu court aux questionnements ! » 161 « Y'avait pas tellement ce climat qui était propice (...) on repartait quelque fois avec plus de questions ! » 387 « Comme c'est un gynéco qui est très très chargé (...) je pense qu'il n'a pas trop le temps non plus de s'attarder sur les états d'âme des patients. »

- **Manque de soutien et de suivi**

Toutes les attentions étant tournées vers la femme, il est fréquent que personne ne se préoccupe de l'homme, de ce qu'il peut ressentir ou de ce dont il peut avoir besoin. Il peut alors éprouver un sentiment d'exclusion, d'indifférence. Cela peut concerner l'annonce (*Pierre*), ou le temps d'attente pendant le curetage (*Gaëtan*), parfois particulièrement difficile à vivre : la solitude s'ajoute à son sentiment d'inutilité.

Pierre 101 « on a plus tendance à se tourner vers la femme, en demandant vraiment si ça va ou si ça va pas. Euh le père euh non, personn' ...j'me souviens pas que quelqu'un m'a demandé vraiment »

Gaëtan 419 « nous à côté, on attend, et en fait personne vient nous... épauler. Ils s'occupent d'elle en fait (...), béh nous, à côté l'homme, béh on attend. C'qu'il faudrait c'est qu'il y ait quelqu'un qui nous... qui nous prenne en charge, qui nous suive quoi ! »

Certains hommes reprochent aux soignants un manque de reconnaissance de la perte, un manque de considération du traumatisme, une minimisation du deuil. Ils ressentent la prise en charge de la FC comme celle d'une maladie bénigne, et non comme la perte d'un bébé.

Oscar 34 « ils font l'intervention, puis hop, " au revoir quoi !" (...) ils traitaient ça de manière bénigne quoi ! Comme si c'était anodin comme événement.»

Julien 668 « les médecins traitent ça comme un problème médical. (...) nous, on a eu à chaque fois quand même l'aspect la perte d'un petit bébé. Ce qui est quand même deux conceptions un peu différentes (...) j'ai trouvé que ça avait été quand même tout le temps traité comme un problème, juste médical et voilà, comme on soignerait un rhume. »

2.4. Un soutien psychologique médicalisé est-il nécessaire ?

Nous avons posé ouvertement la question : « *Pensez-vous qu'un soutien psychologique vous aurait été nécessaire ?* ». Les réponses sont variées.

2.4.1. Un soutien non nécessaire

2.4.1.1. Pas besoin d'en parler

Très souvent l'homme ne souhaite pas d'aide, et préfère vivre les événements seul sans en parler autour de lui.

Vincent 238 « J'aurais même préféré ne pas l'dire du tout »,270 « j'attendais pas forcément d'aide de leur part ! (...) Je préférerais le vivre tout seul. »

Cyril 154 « dans mon entourage, j'en n'ai pas parlé du tout. Pas d'amis, personne » 335 « je me débrouillerai tout seul »

2.4.1.2. Pas besoin d'un professionnel, mais de l'entourage

La plupart du temps, discuter de la FC avec leur conjointe leur a suffi pour « évacuer les choses ». Ils n'ont pas eu besoin d'en parler avec un professionnel de santé. A la proposition de faire la démarche d'en parler avec un professionnel de santé, médecin ou psychologue, ils sont très nombreux à répondre par la négative.

Jonathan 155 « ça nous a pas vraiment oui, perturbé... pas au point'... jusqu'à aller voir quelqu'un pour en parler quoi ! »

Edouard 374 « on a discuté...ensemble. (...) non, j'ai pas ressenti... Professionnel de santé, sûr que non ! »

Julien 596 « Et un professionnel de santé ? Non, concrètement non ! (...) le fait d'échanger beaucoup avec Pauline, effectivement ça permet de faire sortir certaines choses. » 624 « Mais pas du tout le besoin d'aller voir un...un psychologue, ou d'aller voir un médecin, non non, moi j'avais pas du tout. »

L'homme recherche plutôt un soutien moral amical ou familial, qu'un soutien professionnel. Ils sont nombreux à avoir besoin d'en parler et à chercher une écoute dans leur entourage. Même ceux qui disent « *vouloir s'en sortir seul* » en ont souvent parlé à un membre de leur famille ou à un ami proche.

Etienne 199 « J'étais plus en recherche d'une épaule en fait, plus que de conseils. Dans un premier temps. »383 « Enfin, là on recherche un ami, et pas un psy. Lui c'était mon ami le plus proche, c'est surtout pour ça que j'allais parler avec lui. »

Oscar 160 « Bah si, on partage ça avec ses proches, on en parle avec sa famille (...) J'ai pas recherché une écoute, ou un soutien particulier. »

2.4.1.3. « Le soutien psychologique, c'est pour les autres »

Certains disent que la femme aurait besoin d'un soutien psychologique, mais pas eux, pas l'homme !

Florian 293 « pas juste pour le mari, mais dans.... euh, pour le couple ! Parce que... qu'il soit proposé... ou même pour la femme seule. Mais pour le mari seul, je ne suis pas sûr que ce soit... quelque chose de fondamental. »

Charles 263 « Pour ma femme je pense, oui. Parce qu'elle a peut-être besoin plus de parler, de ça, à quelqu'un. (...) donc peut-être que ça l'aidera, mais moi, non. »

Pour d'autres, le soutien psychologique est nécessaire pour les personnes « faibles », les hommes qui ne réussiraient pas à soutenir leur conjointe, ou les couples qui auraient des difficultés relationnelles.

Adrien 283 « Si les deux personnes sont pas capables de supporter ça, ou sont assez faible psychologiquement, un soutien j pense, ça peut être bien. » 293 « ça dépend des personnes, s'ils sont plus ou moins fortes psychologiquement. S'ils le sont pas, j pense que ça peut peut-être foutre le bordel dans un couple. (...) La femme peut être demandeuse de... de soutien et que le mari ne peut peut-être pas donner »

Louis 673 « y'a sûrement des gens qui doivent le vivre très mal, psychologiquement. (...) Si c'est proposé ouvertement, oui ça doit sûrement pouvoir aider une partie de la population des gens qui sont... confrontés à ça. » 684 « J pense que pour certaines personnes, ça doit être assez proche d'un deuil. »

Vincent 334 « moi ça m'a pas..., par rapport à mon vécu, j'ai su..., mais pour des personnes peut-être plus fragiles, ça peut-être bien d'avoir un suivi, aussi. »

2.4.2. La reconnaissance d'un besoin de soutien

2.4.2.1. Un soutien psychologique revendiqué

Certains expriment avoir eu, ou avoir encore, besoin d'aide de la part des professionnels. Cette aide leur a manqué et ils la regrettent. Ils reprochent notamment un manque de suivi dans le temps.

2.4.2.1.1. Pour lui-même

Quelques hommes expriment avoir manqué d'un suivi pour eux-mêmes, d'un professionnel qui se préoccupe d'eux et les soutienne psychologiquement au moment de l'annonce, et par la suite.

Gaëtan 10 « moi ce que je reproche, c'est que j'ai pas été suivi, 'fin ma femme elle a fait un travail elle, mais moi j'ai pas été suivi comme j'aurais souhaité quoi ! C'qui m'a vraiment déçu, c'est le suivi (...) nous, les papas quoi (...) on n'a pas forcément un bon suivi. » 110 « c'est ça qui manque en fait, c'est avoir quelqu'un qui, qui soit là, et qui puisse épauler le papa pour pouvoir en parler facilement quoi. (...) j pense que j'aurais eu besoin d'en parler aussitôt (...) j pense qu'il manque un... un professionnel pour ça »

Luc 280 « l'homme, ressent autant, enfin presque autant, les choses que la femme ! C'est vrai que personne nous en parle. »

D'autres auraient aimé avoir un temps d'échange avec un médecin, à distance de l'événement, pour poser leurs questions, avoir des informations complémentaires, ce qui n'a pas été le cas. Certains restent avec des questions en suspens, comme celle de l'étiologie par exemple, qui semble parfois encore d'actualité pour eux.

Etienne 423 « Je pense que ça aurait été à ce moment-là qu'on aurait pu embrayer plus une discussion, plus que le jour même en fait. S'il y avait eu effectivement un autre RDV après (...) j'aurais pu poser ces questions » 445 « Mais, c'est vrai que j'aimerais bien savoir ce qu'il s'est passé, si on peut savoir, c'est pas sûr qu'on puisse savoir, mais euh... »

Daniel 158 « plus pour savoir ce qui s'était passé quoi. » 295 « Ouais, même cette dame-là, puisqu'elle est vraiment du métier quoi. Ou qu'elle nous guide vers une personne » 324 « On a tellement, nous, cherché pourquoi ? Pourquoi ça s'est passé comme ça ! On n'aura jamais la réponse hein ! »

2.4.2.1.2. Pour la femme

Les hommes souffrent de ne pas avoir réussi à la soutenir suffisamment. Ils estiment qu'un soutien psychologique est souvent indispensable pour la femme. Ils regrettent parfois qu'elle n'en ait pas eu, ou pas voulu.

Oscar 127 « Pour la femme, oui, j pense que c'est indispensable. (...) Ils sont très distants, très froids, et j pense que la femme elle a besoin d'être rassurée, de...parler, et là j pense que nous, les hommes on n'est pas forcément très doux pour...pour ça ! Peut-être que moi j'ai pas été assez à l'écoute, tout ça, mais le corps médical non plus. »

Vincent 201 « j'ai essayé de la convaincre d'aller voir quelqu'un. Enfin, lui dire qu'elle pouvait m'en parler (...) Mais que, je n'étais peut-être pas dans les capacités de pouvoir réellement l'aider. » 376 « Je lui ai proposé le... Elle a pas voulu. Après, je peux pas l'obliger. »

Grégoire 371 « (enquêteur) A-t-elle un suivi psychologique ? (Grégoire) Non. Parce qu'elle n'en veut pas. Je lui ai proposé, je lui ai déjà dit (...) Mais elle veut pas. (...) Elle devrait pourtant (...) Je pense que ça lui ferait du bien » 705 « Peut-être un suivi quand même pour les femmes. »

2.4.2.1.3. Pour le couple et la famille

L'homme dont le couple est fragilisé par la FC exprime un besoin d'aide pour son couple.

Gaëtan 335 « J pense que j'ai peut-être aussi un gros gros travail à faire par rapport à ça. (...) Et euh, j'arrive pas à lui en parler. (...) Bah que j'aille voir quelqu'un (...) peut-être une thérapie, j'sais pas. Thérapie de couple peut-être ? »

Ils ont aussi besoin de conseils pour savoir comment en parler avec la fratrie. Un couple a apprécié le médecin qui se s'est soucié de leur fille aînée.

Etienne 268 « On a même hésité à un moment, à aller voir justement une psychologue... qui aurait pu nous aider à... quels mots utiliser ? (...) nous aiguiller au niveau de la famille, parce que ça a quand même déséquilibré quelque part un moment l'équilibre familial »

Julien 380 « on s'est sentis beaucoup plus pris en charge, et puis même au niveau familial.»

2.4.2.2. Reconnaissance des bienfaits de la parole

2.4.2.2.1. L'effet de l'entretien

Alors que notre étude n'avait aucun objectif thérapeutique, plusieurs hommes ont exprimé ressentir un « effet positif » de cet espace de parole sur ce sujet, comme **un soulagement, une libération** : « **ça fait du bien d'en parler** ».

Gaëtan 53 « quand ma femme m'en a parlé, j'ai dit : " Ouais, ça m'intéresse quoi !" Ouais. Ça permet aussi, bah d'évacuer les choses quoi » 323 « ça fait du bien d'en parler. »

Etienne 530 « c'est important après d'en reparler justement. Parce qu'on pense des fois (...) que les étapes sont finies et (...) on se rend compte que finalement peut-être pas »

Cyril 345 « C'est vrai que j'en avais jamais parlé, mais ça fait du bien, d'en parler. Après, le fait que vous m'avez contacté, je pense que là, je me rends compte que, ouais, ça me fait du bien d'en parler ! »

Les entretiens sont souvent l'occasion de **confidences** : beaucoup partagent à l'enquêtrice des choses qu'ils n'ont jamais dites à personne, pas même avec leur conjointe. C'est parfois la première fois qu'ils parlent du sujet avec quelqu'un !

Gaëtan 293 « enfin, je ne lui en ai jamais parlé par contre, j'me confie vraiment » 312 « C'est la première fois que j'en parle, hein ! (rires) » 378 « Y'a des choses que je ne lui ai jamais dites ! Comme je vous ai dit là » 433 « Vous êtes la première à qui j'en parle ! »

Jean 575 « j'en ai jamais parlé avec un autre homme. (...) c'est vrai que je n'ai jamais parlé, et je ne peux même pas dire quel serait un de mes amis qui m'en aurait parlé, d'une fausse couche.»

2.4.2.2.2. La parole « libératrice »

D'autres, alors qu'ils disent ne pas avoir besoin d'en parler, avaient ressenti ce soulagement après en avoir parlé à leurs proches suite à l'événement.

Julien 613 « le fait d'en parler spontanément (...) ça permet je pense d'évacuer. »

Daniel 252 « Oui, ça fait du bien. D'en parler, hein, y'a rien à dire, le fait d'en parler ! »

Pierre 78 « Donc après en en parlant... ça allait mieux » 89 « ça fait du bien un p'tit peu de dégager tout ça. »

Jonathan 163 « On a tout de suite vidé le sac, on va dire. On n'a pas gardé ce...ce truc pour nous, à gamberger en rentrant de vacances »

2.4.3. Ambivalence

Devant cet apparent non-besoin de soutien psychologique, avancé par la majorité des hommes, se cache en réalité un grand besoin de reparler de la FC. Mais reconnaître qu'ils ont besoin d'aide, et faire la démarche de la demander, puis de parler de soi, est très difficile pour les hommes. Ce paradoxe se révèle dans nos entretiens : A la question « avez-vous eu besoin de soutien psychologique ? » ils répondent « non ! ». Puis à la question « Si on vous l'avait proposé, y seriez-vous allés ? » ils changent d'avis et sont intéressés : « oui pourquoi pas ! ».

2.4.3.1. Un soutien difficile à demander

2.4.3.1.1. Un sujet tabou

- **La difficulté à verbaliser et l'intériorisation**

L'homme réagit la plupart du temps par l'intériorisation de ses sentiments, ce qui ne signifie pas qu'il ne souffre pas.

Gaëtan 56 « j'suis quelqu'un qui... qui évacue pas comme ça ! J'encaisse j'encaisse j'encaisse, et au bout d'un moment... »

Daniel 45 « j'l'ai gardé à l'intérieur de moi quoi. C'était dur hein ! »

Cyril 66 « J'ai gardé tout pour moi. J'suis quelqu'un qui montre pas mes sentiments »³²⁶ « ouais, je prends tout sur moi. Ouais, je parle pas. Même si j'ai mal »

Il a souvent du mal à parler des choses intimes, encore plus si elles sont douloureuses. Beaucoup profitent de l'entretien pour faire part de leurs réflexions à propos de ce comportement masculin stéréotypé. Pour éviter de souffrir, et pour se montrer fort, l'homme préfère se taire, alors que la femme adopte souvent une attitude inverse.

Etienne 76 « J'ai mis beaucoup de temps avant de pouvoir en parler. »

Julien 295 « nous en plus, les hommes, je pense qu'on a un peu tendance à mettre notre mouchoir sur nos émotions. (sourire) Et à les enfouir bien profond, (...) parce qu'on trouve que c'est de la faiblesse. »

Pierre 575 « Mais pas des choses qui fâchent en fait, ou des choses qui sont tristes. (...) Alors je ne sais pas si ça fait montrer que coté f [fort].... qu'on est des hommes, on est le côté, normalement, fort, voilà. Et que cette partie-là doit se cacher. »

- **Un sujet tabou**

Certains confient ressentir un tabou dans la population générale autour du sujet de la FC : la société n'est pas à l'aise pour en parler, ce qui ne les aide pas à se confier.

Etienne 313 « t'as pas beaucoup de monde qui va en parler, tu... c'est quelque chose, c'est pas que c'est honteux, mais c'est très triste. Et ça te touche personnellement, doncc'est vrai que comme personne n'en parle, tu n'en parles pas.»

Louis 592 « Puis là tu te rends compte que personne n'en parle, mais que tout le monde l'a vécu ! Bande de rigolos, tiens ! (rires) » 670 « dans le collectif général de population, on va dire que c'est tabou. »

Ce tabou est encore plus vrai chez les hommes, qui n'ont pas l'habitude de dévoiler leurs sentiments, notamment lorsqu'ils sont tristes : ils ont peur de déranger l'entourage, ne savent pas comment aborder la question.

Grégoire 461 « ce n'est pas moi qui vais faire le premier pas.» 618 « Il y a peut-être des gens qui n'ont pas envie d'écouter ça.»

Edouard 411 « les hommes (...) on n'est pas très bavards sur le sujet »

Etienne 378 « pas forcément facile en tant qu'homme... d'en parler »

2.4.3.1.2. Un soutien qui renvoie à la faiblesse

Demander de l'aide psychologique leur est d'autant plus difficile qu'ils sont en présence de leur femme. Or les professionnels qu'ils rencontrent à l'occasion de la FC sont ceux qui soignent leur femme. Demander de l'aider, c'est reconnaître une difficulté psychologique, donc une faiblesse, ce qui met à mal la virilité de « l'homme fort ». Ils n'osent pas demander ouvertement un soutien, en auraient honte, sont mal à l'aise.

Florian 296 « Après, si un père en ressent vraiment le besoin, il peut très bien demander... une aide de... de son côté, sans qu'on... Enfin, faut vraiment être poussé (grande inspiration) dans nos retranchements pour que... qu'on réclame ! J pense que c'est un truc qu'on fait... un peu caché ! (sourire) C'est pas le genre de truc qu'on va demander, à la sage-femme de notre femme, immédiatement euh : « Est-ce que je peux avoir un truc ? » 306 « On n'a pas encore le droit à la faiblesse ! C'est pas encore dans les mœurs ! »

Julien 844 « Je pense que les hommes sont tous fiers, forcément. (...) si on nous propose d'y aller, on sait très bien que ce n'est pas pour traiter.... notre problème de FC, donc (...) là... c'est forcément pour parler. Et puis, est-ce que c'est pas une faiblesse de s'dire qu'en fait, « hhou, c'est quand même balèze quoi ! » à encaisser (...) à reconnaître ses faiblesses. (...) livrer ses émotions, ses sentiments, je pense que pour les hommes, c'est toujours un peu considéré comme une faiblesse ! C'est comme le mec qui pleure... on va s'dire “ non, je peux pas pleurer quoi !” Alors que finalement ça fait du bien ! »

2.4.3.1.3. La peur du « psy » (psychiatre ou psychologue) ?

Les mots « soutien » et « psychologique » ont probablement une connotation négative pour eux. Ils disent ne pas avoir besoin de « soutien », mais ont été soulagés d'en discuter avec leur entourage, d'être écoutés, de « vider leur sac ». Les mots « soutien » ou « psychologue » peuvent faire peur, étant souvent associés à des représentations culturelles comme « le psy c'est pour les fous ».

Charles 267 « tout ce qui est psychologue ou psychiatre, pour moi, j'y crois pas »

Etienne 403 « j'ai pas revu cette psychologue, suite à ce qu'il s'est passé quoi. J'y ai pensé. (...) Mais après bon, financièrement et tout ça, j'me suis dit « c'est peut-être une fausse excuse mais... »

Cyril 345 « ça me fait du bien d'en parler ! Mais je n'aurais pas pris l'initiative moi-même, d'aller voir quelqu'un pour en parler. »

2.4.3.2. Ouverts à la proposition

2.4.3.2.1. Pour l'homme

Alors que la majorité dit ne pas avoir besoin de soutien psychologique, la plupart des hommes se montrent intéressés à l'idée qu'il soit ouvertement proposé par les soignants. Certains pourraient même en voir l'intérêt pour eux encore aujourd'hui.

Etienne 412 « Peut-être que j'irai, avec du recul un petit peu, en fait. J pense que ça peut effectivement faire du bien. »

Louis 666 « parler... à une personne extérieure qui sait, ouais, à qui c'est son métier, de poser les mots ça fait toujours du... du bien (...) Je sais que moi, on m'aurait proposé, j'aurais peut-être pas ressenti spécialement le besoin, mais euh... j'y serai sûrement, j'y serai allé... »

Daniel 293 « Oui, je n'y ai pas pensé mais ouais, c'est vrai que ça aurait été pas mal ça ! »

2.4.3.2.2. Pour le couple

Les hommes pensent notamment que ce soutien pourrait les aider à en parler en couple, pour mieux se comprendre.

Louis 679 « parce que déjà, pour être les deux ensemble à ce RDV (...) voilà t'en reparle plusieurs fois donc... Parler avec quelqu'un ça peut confronter... faire sortir des choses peut-être plus rapidement. »

Charles 271 « Faudrait peut-être se donner la peine de faire au moins une séance, d'aller voir quelqu'un une fois. »

2.4.4. Leur perception du rôle du médecin traitant

Nous avons interrogé les hommes sur le rôle du MT dans l'histoire de leur FC : « *Votre médecin traitant a-t-il été au courant ? Avez-vous souhaité lui en parler ?* »

Aucun homme n'en a parlé directement avec son MT.

Pierre 316 « Euh, moi j'ai pas éprouvé vraiment le besoin d'en parler avec un médecin. »

2.4.4.1. L'homme jeune fréquente peu les médecins

Les hommes de notre étude consultent peu leur médecin généraliste : soit ils n'ont pas de médecin traitant, soit ils ne se sentent pas proches de lui. Ils n'ont donc pas pensé, ni ressenti le besoin de lui parler de la FC.

Etienne 392 « Non, parce que je n'ai plus de médecin traitant. Il est parti à la retraite (...) je suis pas très médecin. » 460 « y'avait pas cette fibre, qui permettait de se livrer »

Edouard 402 « J'ai pas besoin du médecin plus que ça ! Il me connaît pas... particulièrement j'crois ! »

Louis 646 « MT j'en ai un mais en fait, pas vraiment ! (rires). J'ai un peu tendance à aller voir les médecins quand je suis vraiment très très malade. »

2.4.4.2. Le médecin traitant : un interlocuteur privilégié

L'homme reconnaît souvent que s'il en avait ressenti le besoin, il se serait volontiers confié à son MT, car il connaît le contexte et la famille. Il considère qu'il pourrait tenir ce rôle de soutien professionnel ou l'orienter vers la bonne personne. Les pères préfèrent d'ailleurs rencontrer un médecin plutôt qu'un psychologue, car ils ont des questions d'ordre « médical » (étiologies, recommandations pour la grossesse suivante).

Louis 695 « C'est sûr que le MT il va déjà connaître la personne, parce qu'il la suit depuis plusieurs années. Il va connaître le vécu donc il va pouvoir plus facilement... personnaliser le RDV »

Daniel 374 « Oui, être guidé par le médecin traitant... pour qu'il nous dise, ce qu'il voit, puis après nous guider vers la bonne personne quoi. »

Etienne 479 « Parce que moi, j'aurai choisi un médecin. Parce que vu que ce sont plus des questions, plus qu'un psychologue »

Florian 309 « C'est lui qui suit notre enfant (...) Il a été au courant de tout le truc. »

Ils pensent aussi que le MT peut avoir **un rôle important à jouer auprès de la femme**, pour la soutenir suite à la FC, ou l'accompagner dans une situation de FCS à répétition.

Grégoire 705 « peut-être que, entre autre, le docteur F. essaye d'un peu plus parler avec Virginie. (...) mais bon, le médecin traitant il n'a pas que ça...aussi...s'il faut qu'il passe autant de temps ! Mais... il faudrait qu'il soit au courant un peu des choses. Enfin, je pense qu'il l'est... mais est-ce qu'il a réellement le temps de voir "ah, c'est encore une fausse couche !" ? »

La question du soutien est donc ambivalente pour les hommes : ils ne sollicitent pas d'eux-mêmes les professionnels de santé alors qu'ils ont de fortes attentes d'écoute, de dialogue et d'informations. Le MT pourrait répondre à leurs besoins grâce à ses compétences de prise en charge globale, à sa connaissance privilégiée de ses patients et à son accompagnement dans la durée. Le généraliste occuperait ainsi une place privilégiée dans l'accompagnement de ces hommes et de ces couples, à la fois pour répondre à leurs questionnements sur le plan médical, et pour proposer un soutien psychologique qui ferait moins peur qu'un RDV chez un psychologue ou un psychiatre, et qui correspondrait davantage à leurs besoins.

DISCUSSION

1. SUR LA MÉTHODE : VALIDITÉ INTERNE DE L'ÉTUDE

1.1. Forces de la méthode

1.1.1. Richesse de la méthode choisie

1.1.1.1. Le choix d'une étude qualitative

L'objectif de notre étude était d'explorer le vécu de l'homme lors de la survenue d'une fausse couche au sein de son couple. Le choix d'une étude qualitative était le plus approprié pour aborder ce sujet subjectif et intime. En effet, l'approche qualitative permet « *d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles.* » (Auger, 2008) (17). C'est une approche compréhensive des déterminants des comportements.

« *Les applications en sont très concrètes, plus particulièrement pour les aspects relationnels des soins.* » (17) Nous cherchions justement à appréhender comment les hommes vivent la relation avec les soignants dans cette situation particulière qu'est la FC. Cette démarche visait à améliorer les connaissances des soignants, les sensibiliser sur cette problématique, pour permettre une certaine amélioration de leurs pratiques.

1.1.1.2. Le choix des entretiens individuels

A l'instar du « colloque singulier » de la relation soignant-soigné, et basés sur la confiance et la confidentialité entre enquêtrice et interviewés, les entretiens semi-dirigés individuels ont permis d'explorer un sujet touchant à l'intime. « *Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats.* » (17)

De plus, l'entretien est un mode de recueil particulièrement adapté aux sujets peu explorés. En effet, l'interview éclaire largement un nouveau champ de recherche en élargissant les thématiques abordées, contrairement au questionnaire restrictif par définition.

Des questions ouvertes et un temps laissé à l'expression libre ont permis de récolter de nombreuses données. Celles-ci, variées et authentiques, portaient à la fois sur les représentations (opinions, ressentis, réflexions) et sur les expériences (narration de faits) de la population cible. La méthode de passation choisie rendait particulièrement accessible un tel degré d'intimité. Grâce à ce recueil en « face à face », nous avons pris en compte tout ce que dévoile le langage non verbal. Celui-ci a considérablement enrichi nos résultats, même si son interprétation reste soumise à la subjectivité de l'enquêtrice.

Cette technique des entretiens individuels offrait la liberté d'une amélioration progressive de la grille d'entretien : le processus continu entre recueil et analyse des données a permis la découverte d'éléments imprévus dans les hypothèses initiales (par exemple les changements sur leur vie sexuelle, ou le rôle de l'entourage). Ceux-ci nous ont amenée à modifier le premier guide d'entretien pour la réalisation des entretiens ultérieurs, ouvrant ainsi la recherche sur de nouvelles hypothèses.

1.1.2. Variété de l'échantillon

L'étude qualitative n'a pas pour objectif d'être représentative de la population générale, mais de mettre en avant différents avis. « *C'est donc la diversité de l'échantillon qui est la source de la richesse des données.* » (17) Nous avons eu ce souci de diversifier notre recrutement, en sollicitant de multiples soignants et intermédiaires différents (médecins généralistes, sages-femmes, internes SASPAS, gynécologues privés ou publiques, urgences du CHU, associations de parents, psychologues, connaissances personnelles de l'enquêtrice). Cependant, comme nous le verrons dans les limites, le recrutement restant difficile pour ce type de sujet, nous n'avons pas pu diversifier volontairement l'échantillon sur les caractéristiques des hommes. Nous avons donc inclus tous les hommes répondant aux critères d'inclusion au fur et à mesure des contacts récoltés. Ceux-ci présentaient finalement des critères sociodémographiques divers.

Nous avons interviewé 17 hommes résidant en Vendée, Loire-Atlantique et Maine-et-Loire. Les âges variaient entre 24 et 39 ans. Les lieux de résidence comprenaient des habitats urbains, semi-ruraux et ruraux. Les niveaux d'étude allaient du CAP à BAC+5 ; les professions de fauconnier à ingénieur génie civile ou encore IDE en psychiatrie.

La variété se retrouve également sur la composition familiale : le statut conjugal (mariés, pacsés, concubins), le nombre d'enfants avant et après la FC (de zéro à deux), le type de famille (recomposée ou non).

La variété porte enfin sur les FC : le nombre (unique ou multiple –jusqu'à quatre dans le même couple–) ; le terme (entre un et trois mois, mais souvent peu connu précisément du père) ; à l'occasion de la première G du couple ou non ; l'antériorité par rapport à l'entretien (entre 4 et 38 mois) ; le mode de découverte (saignements, douleurs, échographie) ; le mode d'annonce (par la femme, le médecin traitant, la SF, le gynécologue, aux urgences) ; le mode de prise en charge (abstention thérapeutique, médicale ou chirurgicale) ; la présence de l'homme lors de l'annonce ou des soins.

Nous avons arrêté notre étude lors de l'obtention de la saturation des données, bien que celle-ci soit difficile à juger devant un sujet de recherche si intime, entraînant de grandes variations interindividuelles des résultats.

1.1.3. Travail original, sujet peu exploré

Le vécu de l'homme lors d'une FC est un sujet original, innovant, ayant encore peu fait l'objet d'études scientifiques. A notre connaissance, une telle étude qualitative, s'adressant directement aux hommes, seuls, sans la présence de leur femme, portant sur le vécu spécifique des FC, n'avait encore jamais été menée.

Il a donc suscité l'intérêt de nos interlocuteurs, médecins et enquêtés, et notamment des femmes par l'intermédiaire desquelles nous sommes passée. Nous pouvons dire qu'il a ouvert la porte à de nombreuses confidences, ce qui en fait également sa force.

Une revue de la littérature anglophone sur le sujet encourage à poursuivre la recherche dans ce domaine : « *research must begin to consider the impact of pregnancy loss on men* » (Rinehart, 2010) (18).

1.2. Faiblesses de la méthode

1.2.1. L'analyse des biais

« La reconnaissance d'un biais fondamental n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode, mais, au contraire, la condition nécessaire pour que cette méthode atteigne un statut scientifique. Une méthode étant précisément caractérisée par la maîtrise des distorsions auxquelles elle soumet les faits. » (Blanchet, 2007) (19)

1.2.1.1. Biais de recrutement et de sélection

Comme nous l'avons dit plus haut, le recrutement n'a pas été chose aisée pour cette étude. On peut invoquer différentes raisons : sujet intime difficile à aborder pour un homme, population concernée peu accessible car consultant peu en médecine générale. De plus, le mode de recrutement était compliqué car il impliquait plusieurs intermédiaires : le professionnel de santé et la conjointe. Les lieux de recrutement et les personnes intermédiaires ont pu biaiser nos résultats.

1.2.1.1.1. Les lieux de recrutement

- **Les échecs**

Certains lieux de recrutement n'ont pas permis d'inclusion, pour quelles raisons ?

- Les urgences gynécologiques du CHU : on peut avancer différentes hypothèses : Des soignants non disponibles ? Un lieu non approprié pour proposer ce type d'étude sur le vécu d'un événement inattendu et douloureux qui vient juste de se produire ? L'enquêtrice n'y a pas été assez présente pour solliciter les soignants et les relancer dans la démarche ?

- Les associations de parents : refus de la part des responsables car peu de pères en situation de FC isolée. Les personnes qui s'adressent à ces associations sont plutôt des femmes ou des couples en situation d'infertilité.

- Les sages-femmes et gynécologues libéraux : Peu de temps disponible à consacrer à la recherche ? L'enquêtrice les a peu relancés ?

Le mode de recrutement en cabinet de médecine générale a finalement été le plus aisé.

- **Un manque de diversité**

Nous avons eu essentiellement quatre « centres » de recrutement : trois MG qui étaient les maîtres de stage SASPAS de l'enquêtrice, tous en Vendée ; et un SF libéral, également en Vendée. Ceci aurait pu être un biais important car focalisant l'échantillon sur une zone géographique. Finalement la diversité a été retrouvée parmi les 13 / 17 hommes recrutés ainsi, car les FC ont été prises en charge à différents endroits, et leurs « histoires » ont été différentes.

1.2.1.1.2. Les personnes intermédiaires

- **Un recrutement via les femmes**

Ce point est important à souligner : la totalité des hommes inclus a été recrutée par l'intermédiaire de la partenaire. L'homme a donc participé à l'étude suite à la demande de celle-ci. Un premier frein au recrutement a donc été l'acceptation de l'étude par la femme, avant celle de l'homme. De plus, la

motivation de l'homme a pu être biaisée : il a pu participer à l'étude dans le but de « faire plaisir » à sa femme, et non pour le seul intérêt de l'étude ou son propre intérêt. On peut se demander dans quelle mesure l'échantillon ne concerne essentiellement que des couples « unis ».

Ce mode de recrutement exclut aussi d'emblée les couples séparés ou divorcés (suite à la FC ou pour d'autres raisons), ce qui biaise les résultats concernant notre hypothèse « la FC peut provoquer des difficultés conjugales allant jusqu'à mettre en péril l'unité des couples ».

- **Un recrutement via le médecin traitant ou la sage-femme**

Ils ont pu proposer à l'enquêtrice des couples dont la prise en charge les avait spécialement marqués, parce qu'elle avait été compliquée, ou spécifique. Malgré cela, nous nous rendons compte que tous les types de prise en charge (simple ou compliquée) sont retrouvés dans l'étude.

1.2.1.1.3. Pas d'exclusion des fausses couches multiples

Nous nous sommes posée la question d'exclure ou non les couples ayant vécu plusieurs FC. Pour optimiser l'efficacité du recrutement, nous avons choisi de les inclure, au même titre que les FC uniques. Mais cela a souvent engendré des témoignages portant sur une problématique différente, plus large, concernant le vécu de l'infertilité ou de la répétition des épisodes, plus que le vécu de la FC en elle-même. Cela a provoqué des entretiens très longs, avec de nombreux passages hors-sujets sortant du cadre de notre problématique.

1.2.1.1.4. Biais de motivation ou de non réponse

La raison de la motivation ou du refus de l'homme de participer à l'étude n'était généralement pas connue. S'agissant d'un sujet délicat, nous pouvons nous interroger sur les raisons « cachées » de ceux qui ont refusé de participer. Ces refus concernaient-ils des vécus extrêmes : trop douloureux pour en parler ? Ou trop indifférents pour voir l'intérêt du sujet ? Certaines femmes auraient-elles pu empêcher certains conjoints qui auraient souhaité participer ? Les participants ont-ils un vécu plus douloureux ou marquant que la moyenne, ce qui les aurait motivés pour participer ?

1.2.1.2. Biais liés aux entretiens : biais de recueil des données

1.2.1.2.1. Liés à l'enquêtrice

- **Biais d'intervention**

Etant donné que ce travail était la première expérience de recherche de l'enquêtrice, la technique de recueil des données par entretiens semi-dirigés n'était pas bien maîtrisée. Malgré une documentation en amont sur la méthodologie, des maladresses dans les techniques de communication ont été identifiées lors des premiers entretiens : manque d'écoute et de place pour le silence ; interventions trop nombreuses avec interruption de la parole ; questions fermées avec induction des réponses. Suite à une prise de conscience, cette technique s'est améliorée au fur et à mesure de l'étude. Ceci a permis à l'enquêtrice un fort enrichissement, sur le plan professionnel et personnel, au sujet de sa capacité d'écoute, et de l'importance d'une écoute de qualité, pour la recherche comme pour les soins.

- **Biais de « posture » de l'enquêtrice**

« L'enjeu de l'entretien étant à la fois soutien d'une relation sociale et d'une question de recherche » (17). Le statut de l'enquêtrice –une jeune femme médecin, face à un homme jeune– a pu biaiser les réponses. La différence des sexes, la proximité de l'âge, la position de médecin questionnant un

« patient » sur sa relation soignant-soigné : autant de facteurs qui ont pu provoquer un mal-être chez les hommes interviewés, et modifier leurs réponses. La question de la sexualité notamment n'était pas toujours évidente à aborder. Elle ne l'a d'ailleurs pas été avec tous les participants de l'étude. Il est reconnu qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder dans la relation médecin-patient comme le disent Miguel Jean et Line Petit : « *la communication sur la sexualité est complexe* » (20).

1.2.1.2.2. Liés aux pères

Biais de mémorisation et de restitution

Nous avons limité l'inclusion aux FCP ayant eu lieu après 2010, soit moins de 3,5 ans avant l'entretien, afin de limiter cet important biais de mémorisation. Celui-ci est cependant inévitable, et variable d'un père à l'autre, en fonction de l'ancienneté de la FC, du nombre de FC, de la présence du conjoint aux différents RDV, et surtout de l'impact psychologique (souvenirs perturbés par l'émotion ou au contraire événement peu marquant). Les récits « flous » manquant de précisions sur le déroulement des faits, la difficulté à verbaliser, les phrases interrompues, témoignent de ce biais. Mais notre étude portant essentiellement sur le ressenti et non sur les faits, ce biais altère peu la validité intrinsèque de l'étude.

1.2.1.2.3. Biais liés à la méthode d'analyse

- **Biais d'interprétation**

La part de subjectivité et la posture de l'analyste jouent dans le choix des thèmes et leur hiérarchisation, ainsi que dans l'analyse des données elles-mêmes, notamment pour le langage non verbal. « *Savoir repérer les sentiments repose sur une formation en psychologie clinique* » selon Pierre Paillé (14). C'est « *la sensibilité théorique et expérimentale du chercheur* » qui est à l'œuvre dans l'analyse. Ce biais d'interprétation est inhérent à la méthode qualitative.

- **Biais de modification du recueil**

Nous avons cherché à être la plus rigoureuse possible dans notre méthode de recueil et d'analyse des données, cependant notre manque d'expérience dans ce type d'exercice a pu entraver la qualité du travail : le guide d'entretien a été modifié à plusieurs reprises, et assez tardivement dans l'avancement des entretiens. La qualité d'écoute et le recours à des questions plus ouvertes se sont améliorés progressivement.

1.2.2. Les limites et les difficultés rencontrées

« *La description des conditions de l'enquête s'impose d'autant plus que celle-ci a rencontré des obstacles ayant une valeur heuristique.* » (Blanchet, 2007) (19)

1.2.2.1. Un sujet vaste

Par notre étude, nous avons voulu aborder plusieurs thèmes à la fois : le vécu personnel de l'homme, l'impact sur le couple, le vécu de la relation de soins et l'intérêt d'un soutien psychologique. Notre choix est critiquable, car l'étendue du sujet nous a empêchée d'approfondir chacune des problématiques. Cependant l'intérêt du travail était en premier lieu une découverte du sujet, pour « donner la parole » aux hommes sur leur ressenti, et en dégager les enjeux pour la pratique en médecine générale. Démontrant aussi que les ressentis de l'homme vis-à-vis de l'enfant, de la femme ou des soignants sont totalement imbriqués et interdépendants, notre étude porte un intérêt qui lui est

propre et unique. D'autres études se focalisant plus spécifiquement sur la réaction de deuil, les conséquences psychologiques, les conséquences conjugales, la relation soignant-soigné, ou le recours à tel ou tel professionnel comme moyen de soutien, mériteraient d'être menées pour compléter nos travaux.

1.2.2.2. Les entretiens

Mener un entretien de manière la plus neutre possible fut très difficile pour l'enquêtrice. Cette expérience lui a permis une redécouverte et un auto-apprentissage de l'écoute dans son métier de soignant : « oser le silence ! » La durée des entretiens et les hors-sujets n'ont pas toujours été faciles à cadrer.

La conjointe a parfois tenu à assister à l'entretien. L'investigatrice n'a pas toujours osé à lui préciser que sa présence biaisait l'enquête. Nous avons ainsi dû exclure deux entretiens non exploitables dont les résultats étaient pourtant intéressants.

1.2.2.3. La méthodologie

La saturation des données fut difficile à atteindre, car chaque histoire est unique.

Nos résultats ne sont ni généralisables, ni reproductibles. En effet, il s'agit d'une étude qualitative, avec un échantillon de petite taille et non représentatif, sans groupe contrôle. La diversité de nos observations étant majeure, il est difficile d'en faire ressortir des grandes tendances. On peut dire que le vécu d'une FC reste quelque chose d'unique, qui dépend de multiples facteurs.

Ce qui est décrit dans l'extrait qui suit a particulièrement été ressenti par l'auteure de cette étude, notamment sur la façon de mener les entretiens ou la méthode d'analyse.

« Un bon analyste, respectueux du matériel à analyser, non rigide, prêt à accepter avec humilité ou humour l'erreur ou le fourvoiement technique, sait qu'il lui faut tout au long des opérations prévoir une certaine souplesse. Comme dans tout cheminement, si l'on souhaite laisser advenir le riche imprévu, il faut tolérer une marge de manœuvre, revenir éventuellement sur ses pas, être bon joueur pour accepter par exemple que de patients comptages et repérages aboutissent à une évidence.(...) Ou que les traitements entrepris, (...) n'aboutissent à rien, si ce n'est à la corbeille à papier ou à l'écran, ou aboutissent à une nouvelle piste. » (Bardin, 2003) (15)

2. SUR LES RÉSULTATS : VALIDITÉ EXTERNE DE L'ÉTUDE

Malgré les limites de notre étude, nous pouvons dégager des éléments de réponses à nos trois grandes hypothèses de recherche. Rappelons-les ici :

Existe-t-il un retentissement psychologique de la FC chez l'homme ?

Quelles sont les conséquences de la FC sur la relation conjugale, du point de vue de l'homme ?

Comment l'homme vit-il la relation soigné-soignant lors de la FC ? A-t-il besoin d'un soutien psychologique ?

2.1. Un sujet peu traité

Nous avons choisi de traiter un sujet doublement rare : les FC précoces qui sont dites « silencieuses » (3) pour la société, et le ressenti de l'homme lors de la FC, un grand ignoré !

Que ce soit dans l'opinion générale ou dans celle des soignants, la FC est avant tout considérée comme un problème attribué aux femmes, et non aux couples (Murphy 1998) (18). Elle est rarement vue comme un événement concernant l'homme, excepté dans son rôle de soutien pour sa partenaire. Cela contraste avec les attentes de notre société actuelle toujours plus grandes vis-à-vis du rôle du père lors de l'accouchement et de la parentalité (5)(10)(11). « *L'expérience et les émotions de l'homme à propos de la FC sont largement ignorées.* » (18) Selon une revue de la littérature de deux psychologues américaines, Rinehart et Kiselica, datant de 2010 (18) « *peu de choses ont été écrites sur le ressenti de l'homme lors d'une perte de grossesse* ». Dans une étude de 2012, Kersting (8) faisait le même constat. La littérature restant pauvre, nous nous sommes également appuyée sur des études concernant la femme, ou le couple.

De même, les études ciblées sur les FC précoces sont également très rares. Nous en avons recensé une sur les FC avant 16 SA (21). Les limites temporelles de la FC varient d'une définition à l'autre, et d'un pays à l'autre. Etant donné qu'il n'y avait pas de définition consensuelle parmi les sociétés savantes anglo-saxonnes, le CNGOF a publié tout récemment, en novembre 2014, une standardisation de la terminologie des pertes de grossesses. (4) A ce jour, il n'existe pas de terminologie internationale reconnue concernant les pertes de grossesse (*pregnancy losses*). De nombreuses études ne font pas la distinction entre FCP et FCT. Celles auxquelles nous nous sommes référée concernent des termes allant du premier trimestre de grossesse à 28 SA, voire plus. Il a donc été difficile de comparer nos résultats avec des situations de FCP. Nous nous sommes permise de faire des parallèles avec des pertes de grossesse plus tardives.

Dans un article de 2013 sur le deuil périnatal, nous retrouvons ce manque de considération pour les FCP et l'absence d'évocation de l'homme. D'après Glatigny (3) :

« *Nous souhaitons évoquer ces « **blesures silencieuses** » qui sont très fréquentes (...) Leur impact psychologique est **banalisé** puisque les fausses couches sont tellement fréquentes qu'elles sont considérées comme un « **accident de parcours** » comportant une solution : débiter une nouvelle grossesse. Pourtant, nous rencontrons régulièrement des **femmes** nous faisant part de leur souffrance et de leurs difficultés à surmonter cette épreuve.* »

2.2. Le retentissement psychologique de la fausse couche chez l'homme : une souffrance cachée

2.2.1. Le trouble psychologique est réel

Nos résultats

La fausse couche de sa partenaire a un impact psychologique chez l'homme, qui est non négligeable. Les hommes qui se disent non affectés, ou qui ont « bien » vécu l'événement, restent largement minoritaires. Nous en retrouvons 2 sur 17 dans notre étude : *Jonathan*, qui n'était pas au courant de la G de sa femme, et *Oscar* pour qui l'embryon n'est pas un être existant. Tous les autres ont été marqués d'une façon ou d'une autre par la FC. Nous n'avons pas rencontré d'homme indifférent à l'événement. Nous pouvons nous demander si ceux qui n'ont pas voulu participer l'étaient. Mais notre étude ne permet pas de répondre à cette question. Si parfois l'homme n'est pas, ou peu, touché par la perte de l'enfant à naître, la douleur de sa femme ou la médicalisation de la FC lui sont souvent difficiles à vivre. **La grande majorité des pères rapporte des émotions de chagrin, de souffrance (11/17) ou déception (8/17).**

Littérature

Nos résultats chez l'homme sont à rapprocher de ceux concernant la femme, dont les études sont nombreuses (8) (16) (21) (22) (23).

Mary Frost (22) , psychiatre autrichienne, affirmait en 1996, que « *les symptômes du chagrin sont communs après une FC, ils surviennent chez 90% des femmes* ». Elle dit aussi que « *the woman's partner – the baby's father – is also bereaved* » : *le partenaire de la femme, le père du bébé, est également endeuillé*. De même, Kersting (8) emploie l'expression « *the grieving father* » pour désigner les hommes confrontés à une FC. Jo Ann Rosenfield, médecin généraliste américain, rapportait également en 1991 (24) que « *les patients peuvent expérimenter d'intenses sentiments de peine, d'impuissance, de culpabilité et de peur après un avortement spontané* ». Ces auteurs listent les symptômes du deuil que ressentent les **femmes** après une FC. Or nous retrouvons de grandes similitudes chez les hommes de notre étude : tristesse, culpabilité, choc, impuissance, labilité émotionnelle, colère, sentiment d'échec, pensées préoccupées par la perte, difficultés à accepter la réalité.

Une autre étude plus récente, quantitative, menée à Hong-Kong et publiée en 2010, par une équipe de chercheurs gynéco-obstétriciens et sociologues (25), a exploré les réactions psychologiques de l'homme et leur évolution au cours de l'année qui a suivi la FC. Elle les a comparées avec celles de sa partenaire. La population étudiée était celle de couples ayant vécu une FC de moins de 24 semaines de gestation, prise en charge à l'hôpital. Les chercheurs ont utilisé des échelles évaluant la santé globale (General Health Questionnaire -12) et la dépression (Beck Depression Inventory). Leurs résultats montrent une proportion significative d'hommes ayant des symptômes de souffrance psychologique immédiatement après l'événement (plus de 40% des hommes vivent un mal-être significatif). Les scores diminuent significativement les trois premiers mois puis restent stables (7% puis 5% de scores élevés à trois et douze mois). De même, 17% des hommes ont un score élevé de dépression au décours immédiat de la FC, ils sont 7% à trois mois et également 7% à un an.

2.2.2. Il s'agit d'un deuil

Pour affirmer nos résultats, nous nous sommes référée à quelques définitions du deuil.

Le mot latin « dolere » est à l'origine des mots « deuil » et « douleur » (26).

Le deuil désigne **une réaction psychologique** : « *un état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé* », c'est-à-dire les différents états traversés par l'endeuillé. Il désigne aussi **une période** « *la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition* » (Encyclopaedia Universalis) : on parle de « **travail de deuil** » : processus psychologique évolutif et prolongé conduisant naturellement la fin de cette expérience. Le **deuil normal** est d'une durée variable entre les individus, mais on considère qu'il est achevé dans la majorité des cas au bout d'un an. Il désigne enfin **les différentes manifestations** individuelles, familiales et sociales liées au deuil. On applique aussi ce terme à l'ensemble des pertes et des frustrations, réelles ou symboliques, ayant une valeur significative pour un sujet donné (27).

Dans Deuil et Mélancolie, Freud le définissait en 1915 comme « *la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté, etc.* » (26).

Le travail psychique du deuil de la perte d'un être cher a été décrit par John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, en 1969. Dans sa théorie de l'attachement, il avance l'idée nouvelle qu'un lien émotionnel continu existe entre l'endeuillé et le défunt. Il décrit quatre phases du deuil, qui sont sans cesse retravaillées (1) (2).

Phase n°1 : **incrédulité**, sidération, refus de la réalité.

Phase n°2 : **recherche du disparu**, nostalgie, nombreuses émotions.

Phase n° 3 : **désorganisation** des relations avec le disparu, désespoir, dépression.

Phase n° 4 : **réorganisation** de la vie en l'absence du disparu, acceptation.

Elisabeth Kübler-Ross, psychiatre suisse-américaine, pionnière dans le domaine des soins palliatifs, a de même développé une théorie selon laquelle le deuil suivrait une progression particulière de cinq stades : déni, colère, marchandage, résignation, acceptation (16).

Les étapes du deuil périnatal (décès entre 22 SA et J+7) sont similaires à celles du deuil. Stierman en décrit quatre (3) :

L'état de choc : les parents sont dans un état de torpeur, d'engourdissement, de vide et d'incrédulité.

L'état de manque : il peut durer quelques heures à deux semaines. Les parents sont à la recherche de leur bébé, ils sont aussi à la recherche d'un sens qui expliquerait cette perte. On observe souvent de la culpabilité, de la colère, voire de l'hostilité

La phase d'abattement : cette phase peut durer six à 12 mois ou plus. Le chagrin, l'angoisse et le désespoir sont moins intenses, mais alors qu'ils surgissaient en vague sans déclencheurs dans la phase précédente, ces vagues ne surgissent qu'à l'évocation de souvenirs.

La phase de réorganisation : la peine reste présente mais n'interfère pas constamment dans les activités. Elle est internalisée et la personne reste en relation avec le défunt, il peut rêver de lui, lui parler, sentir sa présence. Les parents continuent à se sentir tristes mais surtout lorsque la situation est particulière (événements qui rappellent la perte, dates anniversaires...). Ils réinvestissent la vie de famille et les relations sociales et commencent à faire des projets.

Aujourd'hui, nous ne considérons plus la rigidité de l'ordre de ces phases de deuil. **Les personnes endeuillées peuvent faire des « allers-retours » et surtout leurs expressions varient en fonction des cultures** qui vont plus ou moins favoriser l'expression de la colère, de la tristesse et de l'anxiété et vont organiser des rituels de soutien variables.

Nos résultats

Bien que le terme « deuil » ne soit pas employé par tous à proprement parler, les pères confient très souvent avoir fait l'expérience d'une perte, ayant nécessité un travail d'acceptation. Nous retrouvons d'ailleurs dans les différentes émotions vécues par les pères, l'ensemble des étapes du deuil périnatal décrites dans la littérature. La phase du choc et de la sidération, suivie de celle manque et du chagrin sont très présentes. L'abattement et le désespoir sont souvent retrouvés en cas de FCP multiples, ou dans la crainte d'une récurrence lors de la G suivante. Beaucoup d'hommes parlent de leur travail d'acceptation, correspondant à la phase de réorganisation, plus ou moins facile et rapide. Dans notre étude, les hommes sont dans des phases de deuil différentes. Lorsque la FC est récente, ils peuvent être dans la phase d'abattement (*Etienne*). Lorsque l'événement remonte à plus de six mois (chez la majorité de nos interviewés) la phase de réorganisation est souvent terminée.

Nous pouvons donc affirmer que la FC est à l'origine d'un deuil, également chez l'homme. Celui-ci se rapproche du deuil périnatal.

Littérature

Cette progressivité du deuil confirme l'évolution temporelle de l'impact psychologique chez l'homme décrite par Kong, où le mal-être décline nettement à six, puis douze mois. (25) Pour Michel Diedisheim, psychiatre et psychanalyste français spécialisé dans le deuil périnatal, à chaque fois qu'une G se termine par un échec ou un espoir déçu, apparaissent des réactions de deuil. (2)

2.2.3. Un retentissement très variable d'un père à l'autre

Qu'est ce qui renforce la sensation de perte ?

Nos résultats

Nos résultats sont très hétérogènes. En effet, le ressenti de la FC est variable d'un homme à l'autre, mais aussi chez un même individu en fonction du temps. **Cette diversité des réponses montre bien qu'il s'agit d'une expérience unique et complexe.** Certains hommes ont éprouvé des sentiments très intenses, d'autres ont vécu les événements avec plus de recul, moins d'émotion. Certains semblent traumatisés, d'autre moins, voire pas du tout (*Jonathan, Oscar*). Nous avons en effet dans notre échantillon tous les cas de figure, s'étendant de ceux qui ont vécu les choses positivement comme *Jonathan*, à ceux qui vivent un deuil pathologique comme *Gaëtan*. D'où provient cette diversité ? Comme nous l'avons constaté, de nombreux facteurs interfèrent sur le vécu de l'homme, parmi lesquels : son histoire personnelle et celle de son couple, son statut de père ou non, son attachement au fœtus, l'impact des soins, l'attitude des soignants rencontrés.

Littérature

Dans la littérature, de nombreuses études confirment et explicitent la multiplicité des facteurs qui influencent l'intensité de la sensation de perte lors d'une FC. Nous allons lister ci-dessous les principaux recensés dans notre étude et corroborés par la littérature.

2.2.3.1. Facteurs directement liés à la grossesse

- **L'âge gestationnel**

C'est un facteur discuté dans la littérature, sur lequel notre étude ne permet pas non plus de trancher. **Peut-on comparer le deuil de la FC avec le deuil des pertes périnatales plus tardives ?**

Nos résultats

La majorité des hommes interrogés (9/17) présente le terme de la G comme étant un des critères principaux de leur vécu plus ou moins douloureux de la FC. Ils jugent les pertes plus tardives comme plus traumatisantes, car plus concrètes qu'une FC. Ils l'expliquent par le fait qu'ils n'étaient pas encore attachés à l'enfant au stade précoce de la G. Par ailleurs, dans notre échantillon, bien qu'il s'agisse uniquement de FC précoces, le terme exact de la G n'était pas toujours restitué par l'homme. La majorité des termes étant entre 2 et 3 mois, nous ne pouvons pas établir de comparaison, objective et fiable, entre le vécu d'une FC d'une G d'un mois et celle de trois mois.

Littérature Elle n'est pas univoque à ce sujet.

Pour certains l'intensité du deuil n'est pas liée au terme.

Selon Rinehart et Kiselica (18), les différentes études qualitatives et quantitatives sur **les conséquences émotionnelles de la FC chez l'homme, retrouvent des émotions récurrentes, qui sont identiques à celles éprouvées lors d'autres types de pertes fœtales** : enfant mort-né, mort néonatale, mort subite du nourrisson, avortement spontané, FC à répétition. Il s'agit des mêmes émotions que celles ressenties par les hommes de notre étude : **choc et surprise, signification de la perte, chagrin (allant de la tristesse à la dépression), frustration et colère, isolement, marginalisation.**

Pour Diedisheim (2), l'âge gestationnel au moment de la perte ne met jamais à l'abri du travail de deuil à effectuer . « *Par expérience clinique, plus la perte périnatale est tardive, plus le travail de deuil peut être compliqué. Mais ce n'est pas une règle : ce sont la nature et l'intensité des liens déjà formés qui conditionnent la gravité du deuil qui s'ensuit.* »

De même pour Jaffe (16), à propos du deuil des couples, *les cliniciens doivent comprendre que l'intensité et la longueur du deuil après une « perte reproductive » ne sont pas déterminés par la durée de la G, mais par de nombreuses variables.*

Selon Kersting (8), le deuil après un arrêt de grossesse est de la même intensité que les autres type de pertes, même si les parents n'ont pas construit de relation avec leur enfant.

Au contraire, selon Frost (22) ou Carter (7), plusieurs études ont montré que, à la différence de la femme, **l'intensité du deuil de l'homme était plus influencé par la durée de la G**, car il est moins attaché au bébé en début de G et moins touché par la blessure narcissique, car il ne le porte pas dans sa chair.

Carbonne et Lejeune (28) pointent cette dissonance de signification entre les médecins et les patients : alors le corps médical a besoin d'identifier de façon précise les situations par rapport au stade de la G, les parents ne sont pas toujours en mesure de préciser à postériori l'âge gestationnel. Pour eux, ce qui compte est le résultat final : l'échec de la G.

- **Le désir de grossesse, le lien père-enfant, les projections de paternité**

Nos résultats

Nous l'avons vu dans nos entretiens, plus la G est désirée, attendue, donc accompagnée de multiples projets, plus le retentissement de la FC est important chez l'homme.

Littérature

Kong (25) montre un lien proportionnel entre le degré du désir d'enfant et la tristesse de l'homme. Le seul facteur de dépression retrouvé après une FC est une G planifiée, car il y a interruption des projets paternels.

Pour Jaffe (16), les facteurs à prendre en compte sont le degré d'attachement au fœtus, la signification de la G et le fait que le couple soit prêt à prendre ses responsabilités de parents. Elle appuie ces propos sur une étude de Robinson en 1999, qui montrait que l'attente de la parentalité et de l'enfant désiré augmente le sens de l'échec et de la perte.

Les propos de Soubieux (29) vont dans le même sens : « *le deuil va dépendre de la relation objectale rompue et de la nature des liens qui préexistaient à la perte* . »

Glatigny (3) insiste sur l'importance de pouvoir évaluer en pratique le niveau de ce lien au lieu de se baser uniquement sur le terme de la grossesse au moment de la perte.

- **L'échographie**

Nos résultats

Le récit de l'échographie tient une place très importante dans les propos des hommes. Elle influence directement leur vécu et leur perception de la réalité de la FC. La visualisation de la grossesse, et notamment de l'activité cardiaque ou non, suscite beaucoup d'émotion. Elle leur fait prendre conscience, parfois subitement, du caractère vivant ou mort de l'enfant en devenir.

Littérature

En 1999, Puddifoot and Johnson (16) montraient que les pères qui ont vu des images de leur bébé à l'échographie ont une réaction de deuil plus forte suite à la FC que ceux qui ne l'ont pas vu. D'autres études confirment cette idée (7)(18)(29)(30). L'échographie permettant aux parents de créer un lien visuel avec le bébé, elle renforce leur attachement au fœtus très tôt au cours de la G, donc leur réaction de deuil.

Néanmoins, pour Carter (7), ce facteur aurait plus d'impact sur la femme que sur l'homme.

Pour Kersting (8), les études sont discordantes à ce sujet : certaines trouvent un impact plus important sur les hommes, d'autres ne retrouvent pas de corrélation entre échographie et deuil.

- **L'officialisation de la grossesse**

Elle peut renforcer la difficulté à assumer la perte, comme ce fut le cas chez *Grégoire*. Pour Rinehart (18) et Carter (7), cette officialisation renforce le sens de la perte. L'homme doit alors l'assumer aux yeux de ceux qui étaient au courant de la G, ce qui peut être plus difficile à vivre.

2.2.3.2. Facteurs liés à l'histoire de l'homme ou du couple

- **Un ou des antécédents de fausse(s) couche(s)**

Pouvant remettre en doute sa fertilité, nous avons constaté que la répétition de FCP fragilise l'homme, d'autant plus si elles sont rapprochées, ou si leur prise en charge a été compliquée (cas de *Julien*, *Charles*, *Grégoire*).

Pour Jaffe, le deuil d'une FC est renforcé si le couple en a déjà vécu une ou plusieurs (16).

- **La durée pour concevoir, le recours à la procréation médicalement assistée ou à des aides extérieures (16)**

Nous l'avons vu, quand les difficultés conceptionnelles viennent s'ajouter à la problématique de la FC, le vécu de l'homme est alors beaucoup plus complexe, douloureux, difficile à accepter. La succession d'échecs peut laisser place au désespoir (*Grégoire, Charles, Gaëtan*).

- **L'absence d'enfants vivants**

Comme les hommes le disent, la FC est plus difficile à vivre lorsqu'elle survient au cours de la première G. L'arrivée de l'enfant suivant leur apporte un grand soulagement et atténue le deuil. *Vincent* confie que « *la blessure ne sera guérie* » qu'à l'arrivée d'un prochain enfant.

L'absence d'enfant vivant augmente la difficulté de la FC, remettant en question l'homme sur sa capacité à engendrer, source d'anxiété (16). Pour les **femmes**, l'intensité du deuil diminue fortement après une G suivante menée à terme (8). *Diedisheim* (2) affirme de même : « *Ce deuil ne peut se résoudre dans un certain nombre de cas qu'après la naissance d'un enfant vivant.* »

- **Nature de la relation de couple**

Nous n'avons pas établi de lien entre le statut conjugal et le vécu de la FC. Mais nombreux hommes mettent en avant l'importance de vivre les événements en couple, ensemble, et du soutien mutuel qu'ils se sont apporté.

Selon *Jaffe* (16) et *Kong* (25), la bonne qualité de la relation conjugale aide à vivre l'épreuve de la FC. Au contraire, une relation difficile est associée à un deuil plus intense pour la **femme** (8).

2.2.4. Un deuil particulier : une perte multiple

Littérature

Cette idée a été largement démontrée par la littérature, à propos du **deuil des femmes dans les pertes fœtales**. Comme le dit *M-J Soubieux*, pédopsychiatre et psychanalyste (29) : « *C'est bien tout cela qui rend ce deuil singulier : la fracture opérée dans le processus de parentalisation, la question du statut du fœtus, l'indifférence de la société, le moment où la vie et celui de la mort se télescopent, le chaos dans l'ordre naturel des choses, la perte intimement liée au corps de la mère.* »

Nous pouvons faire le parallèle avec le ressenti de l'homme pour qui, même s'il ne la vit pas dans sa chair, la perte éprouvée lors d'une FC est multiple : perte de l'enfant en devenir, perte de ses rêves et de ses projections en tant que futur père, perte de son identité de « père en devenir » et donc perte d'une part de lui-même. La FC occasionne également une prise de conscience de sa propre mortalité et vulnérabilité (1) (2) (16) (21).

2.2.4.1. La perte d'un enfant, réel ou imaginaire

Nos résultats

Dans la majorité des cas (10/17), les hommes interrogés considèrent avoir perdu un enfant, même s'ils n'avaient encore rien vécu avec lui. Pour d'autres, le statut de l'embryon en tant que personne humaine vivante est difficile à définir. En fonction des représentations de chacun, les hommes éprouveront soit la perte d'un enfant réel, soit la perte d'un enfant imaginaire, avec tout le lot de rêves

et de projections qu'il comporte. Quoiqu'il en soit, quand ils ont eu le temps de se projeter, ils vivent un deuil, au sens de perte, de renoncement : celui d'un enfant.

Nous retrouvons cette perte de l'enfant imaginaire dans la littérature.

C'est le lien que l'homme avait établi avec l'enfant qui est rompu, ses attentes et espoirs qui sont perdus (18). C'est cet enfant imaginaire dont les parents vont devoir se détacher, et auquel ils vont devoir renoncer, lors du **travail psychique du deuil périnatal**, dont nous parlent Soubieux et Diedisheim. Nous retrouvons le même processus en cas de **FCP**. Soubieux (29) : « *ils attendaient la vie, et la promesse d'un avenir foisonnant de projets. La mort les a immobilisés dans leur élan.* » Diedisheim (2) associe la perte fœtale à la perte de l'enfant fantasmatique, que nous portons tous en nous de façon inconsciente. L'apparition brutale d'une perte fœtale provoque un état de sidération vis-à-vis de cet enfant imaginaire, qui peut être brutalement désinvesti par les parents, qui ont alors souvent une demande « *qu'on leur enlève ça tout de suite* ». Il est alors « *urgent de prendre son temps* », pour aider au travail de réinvestissement psychique, qui doit être progressif, « *afin qu'à la place de l'enfant imaginaire, il y ait autre chose que le rien* ». Il est important que les parents puissent réinvestir le fœtus comme un enfant réel, bien que mort, pour effectuer le travail de deuil.

2.2.4.2. L'absence de support matériel et de reconnaissance sociale du deuil

Nos résultats

Le deuil d'une FC est également complexe parce qu'il n'a pas de support tangible. De plus, aucun rituel concret n'est proposé dans la société pour accompagner cette mort. Les hommes ont donc souvent du mal à se situer, et restent dans une ambivalence face à la perte occasionnée par la FC, en nuancant leurs propos : « *c'est comme une mort quoi. Mais moi je ne l'ai pas du tout ressenti comme ça.* » (Oscar) ; « *une mort quelque part* » (Etienne) ; « *c'est peut-être parce que tout simplement il a pas trouvé ! C'est pas forcément vraiment une FC.* » (Florian) Nombreux évoquent le tabou de la FC dans la société, qui a renforcé leur difficulté à vivre la FC.

Littérature

Diedisheim (2) met l'accent sur cette complexité, en posant la question : « *comment faire le deuil de ce qui n'a pas vu le jour ?* ».

Jaffe (16) et Frost (22) insistent aussi sur cette absence de support : en l'absence de rituel socialement reconnu, mais aussi en l'absence de corps réel à pleurer, le deuil d'une FC peut sembler illégitime. Doka (16) définit en 1989 ce phénomène par le terme « *disenfranchised grief = deuil privé de droit* », désignant les deuils non reconnus publiquement, et donc minimisés par la société. Les parents peuvent se sentir privés de deuil, car il n'y a pas de règles pour « comment vivre ce deuil », pas de modèle à suivre. Les paroles de l'entourage du type : « *tu en auras un autre* », « *c'est mieux ainsi* » peuvent être mal reçues par l'homme ou le couple, et renforcer le sentiment de solitude ou d'incompréhension. Le silence est la réponse commune de la société face aux FC, qui la considère comme un « *non-event, because the fetus is non-person* » (16). C'est ici toute la question éthique du statut de l'embryon qui est en jeu.

Soubieux (29) ajoute à ce propos : « [ces] *enfants qui n'existent qu'à travers les traces laissées dans le psychisme des parents. Quand un bébé meurt avant même sa venue au monde...aux yeux de la société, ce non-avènement constitue la plupart du temps « un non-événement ».*

Ainsi, alors qu'il peut provoquer des réactions d'intensité comparable à une perte fœtale plus tardive, le deuil engendré par une FC n'est pas reconnu, ni par les soignants ni socialement. D'un point de vue juridique, le certificat médical de déclaration de grossesse doit être réalisé avant 15 SA pour l'ouverture des droits sociaux. En pratique, on attend la réalisation de la première échographie afin de valider la datation de la grossesse, ce qui conditionne sur le plan réglementaire le début du congé prénatal, ainsi que la date du terme de la grossesse (31). Ainsi, avant 15 SA, il n'y a aucun support matériel prouvant officiellement l'existence de la G, et donc de la FC, aux yeux de la société. De plus, depuis 2008, la délivrance d'un acte d'enfant sans vie par l'officier de l'état civil, permettant de donner une existence juridique à l'enfant devant la loi française, est conditionnée par la production d'un certificat médical d'accouchement. Or, **en cas de FC, les conditions d'établissement de ce certificat ne sont pas réunies** : « [l'établissement d'un certificat médical d'accouchement] implique **le recueil d'un corps formé – y compris congénitalement malformé – et sexué, quand bien même le processus de maturation demeure inachevé et à l'exclusion des masses tissulaires sans aspect morphologique.** Ainsi les situations d'interruption volontaire de grossesse et les situations d'interruption spontanée précoce de grossesse (...) survenant **en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée, ne répondent pas, en principe, aux conditions permettant l'établissement d'un certificat médical d'accouchement.** »

La définition de la mortalité périnatale concerne les pertes entre 22 SA et J+7 après la naissance et **exclut toute FC, qu'elle soit précoce ou tardive** (3).

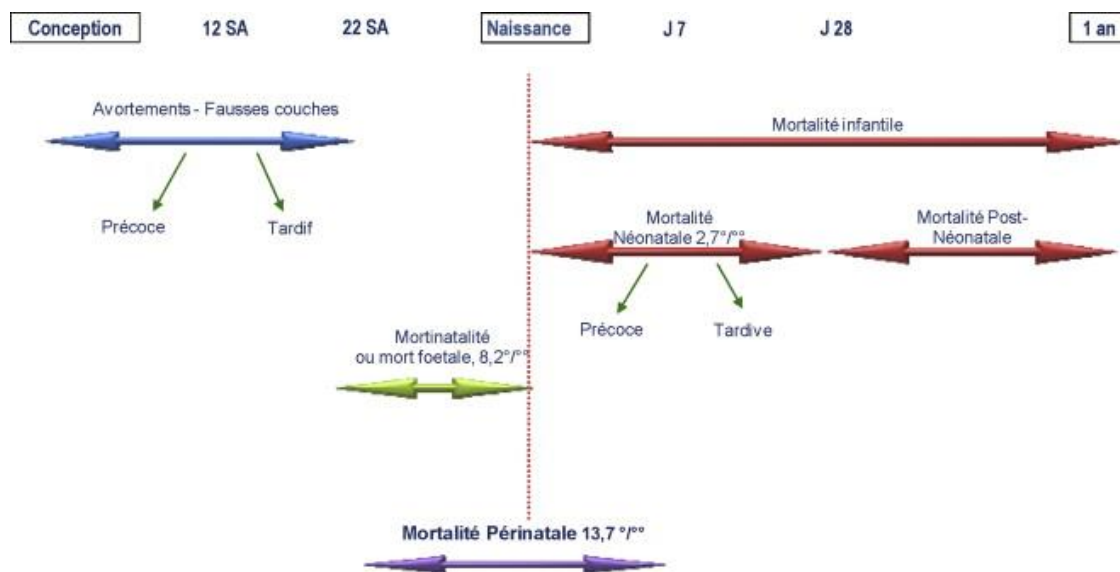


Figure 2 : Terminologie mortalité en fonction terme/âge.

D'après *Le deuil périnatal de « l'enfant né sans vie »* de Glatigny Dally E. (3)

2.2.4.3. La perte de la paternité : perte d'une identité sociale et de soi-même

Nos résultats

De même que la G avait fait subitement d'eux des « pères », la FC vient brutalement leur retirer ce statut, auquel les hommes doivent renoncer. Un sentiment d'échec est alors rapporté par de nombreux hommes de notre échantillon. Ils **culpabilisent** d'avoir échoué dans le processus de transmission de la vie. La FC les met face à leurs limites, et les questionne sur leur part de responsabilité. La culpabilité est renforcée par l'absence d'étiologie médicale. Ces remises en question sont d'autant plus fortes en

cas de FCS multiples. En les privant de la paternité, la FC vient aussi les **amputer** d'une partie d'eux-mêmes, comme l'exprime fortement un père, *Gaëtan* : « *c'est une partie de nous* ». Ils perdent brutalement leur nouvelle identité sociale. Nos entretiens révèlent en effet ce délicat processus du « devenir père », par l'établissement progressif d'un lien avec l'enfant au cours de la grossesse, qui débute bien avant que n'ait lieu la FC.

Littérature

Plusieurs auteurs évoquent cette perte de la paternité, inhérente à la FC. (29)

« *La perte d'une grossesse interrompt le processus du devenir parent* » (32).

Rinehart (18) constate que la FC met à mal le sentiment de fierté du père, qui peut ressentir de la colère envers lui-même et culpabiliser.

Nous pouvons mettre en parallèle les **sentiments d'amputation et de culpabilité des hommes** avec ceux évoqués par Diedisheim (2) à propos du deuil de la **femme** : « *L'enfant imaginaire est porteur de l'idéal du Moi. Perdre un enfant alors qu'il n'était pas encore différencié de l'enfant imaginaire, c'est perdre une partie du Moi. La G est une crise d'identité personnelle que la perte de l'enfant vient interrompre en provoquant des sentiments intenses de culpabilité. La blessure narcissique causée par l'échec engendre un douloureux sentiment de honte et de dépression.* ».

Lors de l'attente de l'enfant suivant, la paternité est également fragilisée.

Nos résultats

La FC a un fort retentissement sur le vécu de la G suivante, marquée par l'anxiété. La G suivante est vivement attendue, comme un moyen de faire le deuil. Mais les hommes se protègent en évitant de s'attacher trop tôt à l'enfant suivant en début de G. Lorsque le terme de la FC est dépassé, ils se sentent soulagés et s'autorisent alors à créer un lien avec l'enfant en devenir. Ils restent malgré tout plus optimistes et confiants que leur conjointe vis-à-vis de la nouvelle G.

Littérature

Cette attitude des pères illustre la possibilité d'une inhibition de l'attachement à l'enfant suivant, par peur d'une nouvelle perte ; inhibition qui se lève habituellement lorsque l'âge gestationnel de la perte précédente est dépassé (23).

La littérature met en garde sur le risque inverse d'inhibition du deuil par la nouvelle G (1).

Il y a donc deux mécanismes opposés qui peuvent coexister et entrer en compétition : le deuil de l'enfant perdu, et attachement à l'enfant suivant. La connaissance de ces mécanismes par les soignants permet une prévention des troubles de la relation parents-enfant. JP Legros (29) tempore cette idée : deuil et « non-deuil » peuvent parfois cohabiter dans le même espace : le travail de deuil se poursuit tandis que la grossesse progresse. Nous n'avons pas retrouvé clairement cette inhibition du deuil par la G suivante dans nos entretiens.

L'étude de Kong (25) retrouve néanmoins que les hommes sont plus optimistes que les femmes pour la G future, et ils sont plus rapidement qu'elles prêts à l'envisager (3).

2.2.4.4. La prise de conscience de leur vulnérabilité

Nos résultats

L'expérience de la FC met l'homme face à la mort : à la fois face à la mort de l'embryon, mais également face au risque de celle de sa compagne. Ne pouvant rien faire pour inverser le processus, il prend aussi conscience de sa propre vulnérabilité face aux forces de vie et de mort. Les hommes interviewés nous ont fortement parlé de ce sentiment d'impuissance et d'absence de maîtrise face à l'événement, comme le disent *Jonathan* : « *c'est Dame Nature qui fixe ses règles ! On n'est pas grand-chose* », ou *Louis* : « *j'suis pas un surhomme !* »

Littérature

Speraw (21) a mené en 1994 une étude qualitative interrogeant 40 couples qui avaient vécu une FC de moins de 15 SA. Elle met en évidence que perdre un enfant, quel que soit sa phase de développement, est une « *boundary expérience* », qu'on peut traduire par « *expérience existentielle* » qui confronte à ses propres limites : expérience de vulnérabilité, qui fait prendre conscience de sa propre mortalité. Mais c'est également une expérience qui peut provoquer une anxiété, une perte de confiance dans le monde, qui n'est plus « *sain, cohérent et prévisible* » (16), mais perçu comme incertain et menaçant. Dans la FC, les parents sont donc confrontés à deux crises interdépendantes et existentielles : le sentiment de perte, et la vulnérabilité qui en résulte (21).

2.2.5. Un deuil souvent caché

Nos résultats

L'homme a des difficultés à reconnaître qu'il est touché par la FC. Il nie souvent le traumatisme, ou le minimise. Il s'exprime peu sur ce sujet, a tendance à interioriser, voire à enfouir ses sentiments, comme le disent *Julien* ou *Cyril*. Quand il les partage, c'est à un cercle de proches très restreint. Cette carapace lui permet d'être un « *homme fort* », qui soutient sa compagne, à l'image de ce que la société attend de lui. Ainsi, il ne s'autorise pas à exprimer son chagrin, sa déception, car ce sont des émotions de vulnérabilité qui dévoileraient sa faiblesse. Il va parfois jusqu'à s'oublier pour soutenir sa conjointe. **Le tabou du deuil suite à la FC dans la société ne l'aide pas non plus à verbaliser sur son expérience vécue.** Or, ils le disent eux-mêmes, ce n'est pas parce qu'ils n'expriment rien qu'ils ne ressentent rien et ne souffrent pas.

La littérature confirme largement cette idée.

L'étude de Beutel, 1996 (18) (8), a montré qu'il n'y a pas de différence qualitative entre la tristesse des hommes et des femmes après une FC, sauf que l'homme vit son deuil de façon moins visible. Selon Mc Carthy (18) et Carter (7), les hommes ont un sentiment de perte profonde après la FC, mais ne se sentent pas libres de partager cette perte.

De nombreux auteurs attribuent la responsabilité de ce silence de l'homme à la société qui ne lui offre pas de support « socialement accepté » pour exprimer son deuil et ses émotions.

« *Si l'expérience de perte et douleur des femmes est rarement reconnue, celle de leur partenaire l'est encore moins !* » (Renner, 2000) (18)

Pour Rousseau (1), les hommes réagissent par le déni, car leur éducation les empêche d'exprimer leur chagrin et surtout leur colère.

Pour Frost (22), Serrano et Lima (18), l'homme met son chagrin de côté et minimise ses propres sentiments pour protéger et mieux soutenir sa compagne, mais aussi par peur d'enfreindre les normes de la culture masculine.

Murphy (18) met en avance ce paradoxe sociétal : « *Le besoin d'être fort et les attentes culturelles du comportement approprié de l'homme peuvent expliquer que ces hommes endeuillés ne reçoivent pas le soutien approprié.* »

La dépression masquée

Cette attitude masculine silencieuse, stéréotypée, laisse à tort penser que l'homme va bien, alors qu'elle peut masquer une grande souffrance. Les soignants doivent en être conscients, et par conséquent, être particulièrement attentifs aux conjoints (16).

Une forme clinique de deuil, plus sournoise, particulièrement typique de l'homme, aussi appelée « dépression masquée » peut ainsi apparaître. Elle doit être dépistée le plus précocement possible par les soignants. Elle est caractérisée par des humeurs dysphoriques, allant jusqu'à un comportement irritable et hostile, masquant la colère sous-jacente, mais aussi probablement d'autres émotions (18) (2).

2.2.6. Un deuil qui peut devenir pathologique

Nos résultats

Même si elle reste isolée, nous avons été marquée par la situation de *Gaëtan*, qui présente un syndrome dépressif caractérisé, avec un travail de deuil non terminé, deux ans après la FC. Il présente de nombreux facteurs de vulnérabilité : ATCD de deuil, psychiatriques, d'infertilité. Il présente, semble-t-il, les caractéristiques d'un deuil pathologique.

Littérature

Pour toutes les raisons le rendant particulier, le deuil périnatal est plus à risque de devenir pathologique.

Pour rappel, **le deuil compliqué** est caractérisé par une perturbation du travail de deuil qui ne s'engage pas ou qui ne parvient pas à son terme. **Le deuil pathologique** est caractérisé par la survenue de troubles psychiatriques durant la période du deuil, ou par sa durée inhabituellement longue (30) (27).

Pour distinguer deuil normal et deuil compliqué nécessitant des soins psychiques, des auteurs américains ont établi en 1989 une échelle de cotation spécifique du deuil périnatal : **la Perinatal Grief Scale (PGS)**. Cette échelle a été traduite en français par de Tychev en 1998, et s'applique à toutes les formes de deuil périnatal. Elle peut être aussi bien remplie par le père que par la mère (annexe n° 5). Utilisant cette échelle, l'étude de Lin and al (30), portant sur l'évolution de deuil de 138 hommes et femmes suite à une perte périnatale (fausse couche, G ectopique, mort-né, décès néo-natal), montre un deuil spontanément résolutif dans les deux ans, pour la majorité des couples. Le groupe ayant les taux d'intensité de deuil les plus faibles concerne majoritairement des hommes, d'âge et de niveau d'éducation plus élevés. 13% des personnes restent endeuillées après deux ans.

Le caractère brutal et inattendu de la mort fœtale est un facteur de complication du deuil (26).

Pour Rousseau (1) la double absence, de support et de reconnaissance sociale du deuil de la FC, constitue en soi un facteur de risque de deuil pathologique. Ce deuil caché peut entraîner une inhibition des expressions et de l'évolution du deuil.

Selon Peppers and Knapp (22) les symptômes du deuil pathologique sont : des pensées intrusives à propos de la FC, une commémoration à la date anniversaire, la colère, **la culpabilité, les auto-reproches, une perte de l'estime de soi**. On y retrouve les mêmes symptômes que ceux de la dépression. Ce sont des symptômes perturbants, envahissants qui se prolongent dans le temps : « *prolonged grief disorder* » (8).

2.3. L'impact de la fausse couche sur le couple

2.3.1. La fausse couche rapproche ou fragilise

Nos résultats

Contrairement à notre hypothèse qui avançait que la FC éloigne ou fragilise les couples, nous avons constaté dans notre échantillon plutôt un effet de rapprochement lié à la FC. Cette épreuve, existentielle, traversée ensemble, a sollicité leur solidarité et donc renforcé leurs liens. Nous n'avons constaté aucun cas de rupture après la FC et, au contraire, deux mariages et un PACS. Nous ne pouvons néanmoins en aucun cas établir un lien de causalité entre la FC et ces changements de statuts conjugaux.

Mais ces résultats doivent être tempérés à cause du biais lié à notre recrutement, qui nécessitait l'intermédiaire des femmes, excluant donc d'emblée de notre étude les couples séparés ou divorcés. Par ailleurs, cette étude ne nous fournit que l'avis masculin sur les conséquences conjugales de la FC. Pour explorer plus précisément cette problématique, il faudrait faire une étude interrogeant les deux membres du couple, comme celle de Speraw (21).

Si aucune rupture n'a été constatée, certains couples ont été fragilisés par la FC, à divers degrés. Le traumatisme de la FC touchant aussi bien la femme que l'homme, il n'est pas étonnant que le couple s'en retrouve déséquilibré. L'épreuve de la FC a donc pu entraver leur communication, parfois aussi leur sexualité, notamment pendant les premiers mois suivant la FC. Dans les situations de FC à répétition (FCSR) engendrant des difficultés à concevoir, la sexualité est alors plus souvent lieu de difficultés pour l'homme, comme nous l'avons retrouvé chez trois couples. Mais nous n'avons pas assez de réponses pour évaluer l'impact global de la FC sur les relations sexuelles. Dans notre étude, nous avons constaté que le désir commun d'un nouvel enfant était souvent plus fort et soutenait les couples pour faire face et aller de l'avant.

La littérature est pauvre au sujet des effets de la FC sur la relation conjugale (22)(25).

Si on la compare avec des études sur la mort périnatale, la FC engendrerait un **stress sur le couple**. Le déplacement des sentiments de colère sur le conjoint, les projections de culpabilité ou de faute, et la perte des objectifs communs y contribueraient. (22) (8) Nous n'avons cependant pas retrouvé ces éléments dans notre étude.

L'étude de Kong (25) retrouve une **corrélation entre les réactions psychologiques de l'homme et de la femme**. La mauvaise entente après la FC est un facteur de dépression chez la femme. De même, les hommes sont plus tendus lorsque leur femme est déprimée. Il en déduit que la réaction d'un membre du couple interfère sur l'état psychologique de l'autre. Cela suggère que la morbidité psychologique de la FC n'est pas confinée à la femme seule, mais affecte également le couple. Cela doit être pris en compte lors de l'accompagnement post FC.

A propos du deuil périnatal, Glatigny Dallay (3) affirme qu'il s'agit « *d'une véritable mise à l'épreuve pour le couple.* » Les réactions des pères et des mères sont plutôt semblables au moment du séjour à la maternité. Les pères peuvent exprimer leur désarroi, ils sont attentifs à leur compagne et l'entourent.

Swanson (7) en 2003, dans une enquête interrogeant les femmes, retrouve que la FC affecte à la fois la relation conjugale et la sexualité. Un an après la FC, 32% des couples estiment que leur relation conjugale est plus distante, et 39% leur relation sexuelle. Ces deux types de distances augmentent la dépression et l'anxiété.

2.3.2. Vulnérabilité, impuissance et absence de contrôle

Nos résultats

La FC confronte l'homme à ses limites face à santé de sa femme. La quasi-totalité hommes a été marquée par cette prise de conscience soudaine de sa propre incapacité d'intervenir. Nous avons retrouvé cette idée très fortement et très largement dans nos entretiens. Nous pouvons quasiment parler d'un consensus. Les hommes n'ont pas l'habitude d'être dans une situation d'absence de maîtrise, où il leur est impossible d'agir pour changer le cours des choses. Ils ont souvent insisté sur leur difficulté à voir leur compagne souffrir sans pouvoir rien faire. Ils se sont sentis démunis pour la soutenir. Ils ont pu avoir peur pour la santé de leur compagne, qui éprouvait des souffrances physiques ou psychologiques parfois intenses. Cette peur a pu parfois aller jusqu'à la crainte de sa mort. **Cette étude nous a permis de découvrir qu'en cela aussi – cette menace sur la santé de leur femme, au-delà de la perte fœtale– la FC est un « événement traumatisant » pour l'homme.** C'est lui qui est au premier plan pour accompagner sa femme au moment des faits. L'aidant naturel principal étant ainsi fragilisé, il risque de fragiliser à son tour le couple. Nous retrouvons cette situation pour *Louis*, qui, tellement paniqué par l'état physique de sa femme, la fait hospitaliser.

Littérature

Plusieurs auteurs ont développé ce sentiment de vulnérabilité et d'impuissance de l'homme.

Rinehart (18) souligne que ces forts sentiments d'anxiété et de peur pour leur femme qu'éprouvent les hommes, alors que la société leur « demande » de ne pas les montrer, peuvent renforcer leurs difficultés. Montrer ses émotions pourrait entraîner un échange des pouvoirs au sein du couple entre lui et sa femme. Selon Murphy (18), l'inquiétude de certains hommes pour leur partenaire peut être tellement extrême qu'elle les paralyse, car ils craignent que leur comportement n'aggrave la situation. Il rapporte la frustration de l'homme devant son impuissance.

Dans l'étude de Speraw (21), 59% des hommes rapportent des sentiments de vulnérabilité, d'impuissance et de perte de contrôle.

Glatigny Dallay (3) insiste sur cette difficulté que ressent l'homme pour soutenir sa femme endeuillée, alors qu'il l'est lui-même : « (...) *on saisit combien c'est un défi dans les situations de perte d'un enfant puisque les deux protagonistes du couple sont totalement affectés. Comment soutenir son conjoint lorsque l'on est soi-même anéanti ?* ».

2.3.3. Une souffrance différente de la femme

- **Un deuil paternel moins intense**

Nos résultats

Les hommes disent la plupart du temps avoir souffert pour leur femme, et avec elle, mais moins qu'elle. La totalité des interviewés considère que l'événement a été plus difficile à vivre pour la mère. Ils attribuent cette différence à l'abstraction de la FC pour l'homme, qui n'a pas eu de lien physique avec l'enfant, ni ressenti les douleurs de l'expulsion. L'homme vit une **souffrance psychologique** plus que physique. Seul un homme sur 17, *Gaëtan*, présente des troubles psychiatriques à distance de l'événement. Deux hommes présentent des troubles anxieux, *Grégoire* et *Charles*, mais ils sont dans des situations de FCSR.

Littérature

Nous n'avons pas retrouvé d'étude quantitative sur les conséquences de la FC sur la santé mentale de l'homme. Les chiffres concernant la femme après une perte fœtale sont très élevés : 15 à 25% des femmes vivaient un deuil pathologique selon les sources (1) (8).

En 1976, Benfield (1) montrait que les réactions des pères, bien que toujours présentes, sont d'intensité plus faible que celles des femmes. Ils réagissent plus souvent par le déni. Cette notion de déni est très difficile à démontrer par le moyen de notre étude. Certains hommes ont pris conscience de la perte à retardement. D'autres disent avoir bien vécu les choses. Peut-on relier cela à une forme de déni, ou au contraire à une absence totale de sentiment de perte ?

Selon Kong (25), peu d'études intéressantes comparant les conséquences de la FC entre l'homme et la femme ont été menées. Elles concernent des petits échantillons, mélangent les différents types de pertes fœtales, ont de nombreux perdus de vue et des résultats contradictoires. Son étude démontre que l'impact psychologique de la FC chez l'homme est moins intense que chez la femme : ils sont moins nombreux à être anxieux et déprimés, mais cette différence disparaît à un an.

Diedisheim (2) dit : « *le deuil des mères semble plus intense que les pères, mais il ne faudrait pas oublier la place des pères et leur souffrance.* »

Pour Frost (22) et Dyregrov (25), cette différence d'intensité de deuil provient d'une différence d'attachement à l'enfant perdu. Ne ressentant pas les signes de la G et ayant moins de possibilité de se faire une image préalable du bébé, le père y est moins attaché et a donc une blessure narcissique moindre.

- **Une intensité qui peut être comparable mais une durée plus courte**

Nos résultats

Les hommes de notre étude expriment fortement leur besoin d'aller de l'avant, de passer à autre chose rapidement après la FC. Ils parlent aussi de la différence de rythme au sein de leur couple pour accepter les événements, la détresse de leur femme se prolongeant souvent bien plus longtemps que la leur.

Littérature

Des études longitudinales ont montré un même niveau de deuil entre homme et femme, avec cependant un deuil plus court chez l'homme. Johnsson and Puddifoot (18) (8), Beutel (8) et Glatigny

Dallay (3) soulignent aussi **cette désynchronisation du chagrin et du deuil entre les parents**. Les pères s'ajusteraient plus rapidement à la perte et manifesteraient des réactions de deuil moins intenses et plus courtes que celles des mères. Ils souhaitent plus vite « *passer à autre chose* » et pensent que « *c'est pas la peine de lui en parler, ça la fait pleurer...* ». Les rythmes sont donc souvent décalés et une bonne communication au sein des couples semble essentielle pour surmonter cette épreuve.

2.3.4. Des expressions de deuil différentes, sources de difficultés conjugales

Nos résultats

Les hommes évoquent leurs différences de comportement et d'expression de leurs émotions. La femme a besoin de parler, l'homme d'intérioriser. Les hommes ont souvent eu des difficultés à communiquer avec leur conjointe au sujet de la FC. Certains ont préféré ne pas lui en reparler de peur de la blesser. Plusieurs doutent de leur capacité à avoir pu l'écouter et l'accompagner psychologiquement autant qu'elle en avait besoin. Plusieurs hommes confient avoir du mal à trouver leur place, se questionnent sur le comportement adéquat qu'ils auraient dû adopter. Ces divergences d'expression des sentiments peuvent être à l'origine d'incompréhensions, voire de tensions conjugales. L'homme et la femme peuvent mal interpréter les réponses ou comportements de l'autre, comme l'exemple de *Julien*. Dans le cas de *Gaëtan*, ces différences vont jusqu'à entraîner un éloignement affectif et sexuel durable des partenaires.

Cette disparité dans les processus de deuil entre les sexes a été développée dans la littérature.

Pour Dyregrov (25), la différence de souffrance provient d'une différence dans la façon de faire face. Le père notamment reconnaît moins ses sentiments. Sa situation sociale est moins perturbée puisqu'il retourne travailler comme d'habitude, ce qui n'est pas forcément le cas de la femme.

Rousseau (1) évoque les difficultés de communication de la femme avec son partenaire, s'il n'a pas eu le temps de réaliser l'importance de l'événement et de s'attacher à l'enfant autant qu'elle, ou au contraire, s'il l'a plus investi qu'elle et lui reproche de n'avoir pu le garder.

L'étude de Speraw (21) met en évidence que les couples ont peu partagé la profondeur de leurs sentiments avec l'autre. Ils ont parlé d'avantage des faits que du deuil. La moitié des hommes de l'étude confie ne pas avoir parlé du tout de ses émotions avec sa partenaire. Ne trouvant pas les mots, il leur était plus facile de parler de choses rationnelles. Le comportement des femmes est totalement inversé. Elles vivent mal le silence de leur conjoint et l'interprètent comme une interdiction d'en parler.

Pour Glatigny Dallay (3), les hommes ont moins besoin d'en parler.

Selon Carter (7) ou Frost (22), ces problèmes de communication, enfermant chaque membre du couple dans son silence, peuvent majorer les sentiments de frustration et d'isolement de la femme, mais aussi ceux de l'homme, qui vit son deuil en silence ! Ces écarts dans les façons de faire face peuvent engendrer irritabilité, colère, confusion, éloignement, aboutissant à des tensions qui impactent la qualité de leur relation. Le risque de rupture est alors majoré.

Rinehart (18) constate aussi ce risque de rupture conjugale : l'homme ayant du mal à supporter ces différences de sentiments et la durée du deuil de sa femme, peut quitter le domicile commun, se réfugier dans l'alcool ou une autre relation. D'autres études ont montré qu'une inégalité ou une discordance dans les processus de deuil entraîne un plus grand risque de fragilisation de la relation (8).

Mais Martin et Doka (16) mettent en garde sur cette façon de stéréotyper les deuils selon le sexe. Ils proposent une autre modélisation du deuil, basée sur deux types d'expression : « *intuitif et instrumental grivers* », le premier étant plus couramment féminin et le deuxième masculin, mais sans déterminisme. L'« *endeuillé intuitif* » a besoin d'exprimer ses sentiments ouvertement, par des pleurs ou des plaintes reflétant son état intérieur. Il peut avoir des difficultés de concentration, se sentir physiquement fatigué. L'« *endeuillé instrumental* » lui, expose moins ses sentiments, il est surtout dans la pensée. Ils ont besoin de maîtriser la situation. Ils cherchent des stratégies de résolution du problème pour retrouver la sensation de contrôle. Un même individu peut manifester les deux styles de deuil au cours du temps.

2.4. Le vécu de la prise en charge médicalisée et le besoin d'accompagnement : quel enjeu pour les professionnels de santé ?

Comment valider et accompagner cette souffrance de l'homme ?

Quelle place pour le médecin généraliste ?

2.4.1. L'importance de l'attitude des soignants dans le vécu des soins

Nos résultats

La manière dont l'homme vit la prise en charge est particulièrement influencée par l'attitude des soignants rencontrés. Nos résultats montrent, pour la majorité des hommes, un ressenti globalement positif de leur relation soigné-soignant. Cependant, une portion non négligeable d'hommes a parfois été déçue, frustrée, en termes d'écoute, de communication, de disponibilité, d'empathie. Ils se sont parfois sentis mal à l'aise, mis à l'écart et peu considérés, lors des rencontres de soins, sans trouver l'espace de parole pour poser leurs questions. Plusieurs hommes insistent sur le manque de reconnaissance de la signification de la perte par les soignants ; ce qui a pu renforcer leur sentiment de solitude, d'incompréhension. L'un d'eux (*Julien*) dit même qu'il ressortait de la consultation du gynécologue avec plus de questions qu'en y allant.

Littérature Ce critère essentiel est mis en évidence par certains auteurs.

En 2000, Ujda et Bendiksen retrouvent que ce qui aide le moins les parents pour faire face à une perte de G est l'attitude des professionnels, insensibles, qui minimisent l'importance de la perte (18). S'appuyant sur leur expérience clinique, Rinehart (18) dit aussi que lorsque les professionnels n'intègrent pas le partenaire dans les soins, et ne se préoccupent pas de son ressenti, il se sent marginalisé. C'est également le cas lors que l'entourage adopte cette attitude. Nous n'avons pas retrouvé de plainte à ce sujet dans les propos de notre échantillon.

Selon Jaffe (16), l'absence de reconnaissance de la signification de la perte et des besoins de l'homme par les professionnels de santé est un facteur majorant sa réaction de deuil. « *La perte d'une G est unique et a besoin d'être reconnue comme telle par les soignants.* »

Pour Rousseau (1), la révolte des parents contre les comportements des soignants, jugés inadéquats, est même un facteur de risque de deuil pathologique, car ils rendent la perte inacceptable.

Dans son étude, Speraw (21) a recueilli l'avis de 40 couples sur la prise en charge de leur FC. Si les compétences techniques ne sont pas critiquées, les attentes de compassion humaine ne sont pas toujours assouvies. Les réponses varient d'un extrême à l'autre. Les soins ont été très appréciés quand ils comportaient investissement personnel, compassion et empathie. Mais ils ont été ressentis comme nuisibles et blessants lorsque les parents ont perçu tellement de détachement et d'insensibilité de la part des soignants qu'ils ont eu une impression de négligence. Certains hommes reprochent un manque d'information, étant obligés de questionner leur femme secondairement, ce que nous avons retrouvé dans notre étude. Mais cette distance, perçue comme un détachement par les parents, est souvent un moyen de protection de la propre vulnérabilité des soignants. Les professionnels doivent être conscients que même si leur attitude est perçue de façon inexacte par les patients, elle a des conséquences sur leur réaction de deuil. Ils doivent savoir que leurs propres moyens de défense peuvent provoquer ou majorer la détresse de leurs patients !

Pour Diedisheim (2) et Lejeune (28), la manière dont est faite l'annonce a un rôle capital pour le devenir de la psyché du couple.

En conclusion, les soignants doivent donc être conscients de l'impact de leur comportement et de leurs paroles sur la psychologie des couples. Ils doivent aussi connaître leurs besoins, et favoriser une prise en charge individualisée. Ils ne doivent pas banaliser l'événement lors de l'annonce ou du suivi. Cette recommandation est d'autant plus vraie dans les situations d'urgence, où les soignants ne connaissent pas les ATCD du couple, son histoire, ses représentations, ses croyances, alors que ceux-ci ont une importance considérable et doivent être pris en compte pour identifier la signification de la perte.

2.4.2. Paradoxalement, les hommes sollicitent peu les soignants alors qu'ils ont un grand besoin de communiquer

Nos résultats

Nous constatons que, suite à la FC, les hommes n'ont pas cherché de contact privilégié pour eux-mêmes auprès d'un médecin. Ils disent ne pas en avoir ressenti le besoin. Mais nous percevons aussi qu'ils n'ont souvent pas osé solliciter les soignants, ni leur imposer leurs questions. Ils ne se sentent pas proches de leur MT, ni légitimes de demander de l'aide à un professionnel de santé. La majorité dit ne pas éprouver le besoin d'un soutien psychologique, mais est pourtant intéressée qu'il soit proposé par les soignants. En effet, l'homme ne peut imaginer faire lui-même une demande de soutien, car cette démarche le renverrait à sa propre vulnérabilité, qu'il cherche à tout prix à cacher, aux yeux de la société, et surtout aux yeux de sa femme.

Leur vécu douloureux et leurs nombreux besoins d'écoute, d'informations, de suivi contrastent avec leur silence et leur repli sur eux-mêmes, comme s'ils ne se permettaient pas de les exprimer. Une minorité reconnaît cependant qu'un soutien par un professionnel lui a manqué et ose le revendiquer ouvertement. Certains disent qu'un accompagnement pour les aider à soutenir leur compagne aurait certainement été le bienvenu. Les nombreuses questions restant en suspens –sur l'étiologie et les conséquences de la FC, la conduite à tenir pour la G suivante– sont les preuves indirectes de leur insatisfaction vis-à-vis d'une prise en charge qui n'a pas totalement répondu à leurs attentes. Plus que d'un besoin de soutien psychologique, ils ont besoin d'un lieu de parole et de communication. Ils ont besoin d'une prise en charge globale à la fois pour leur femme et pour leur couple. Le terme soutien psychologique que nous avons choisi ne se révèle peut-être pas très adéquat, et pourrait être remplacé par un temps d'échange et de dialogue avec un médecin.

La littérature évoque ce comportement masculin vis-à-vis du monde médical.

Rinehart (2) remarque que hommes cherchent rarement à consulter pour eux-mêmes suite à une FC et cachent leurs sentiments.

Une étude prospective longitudinale (7) a été menée auprès de 332 partenaires de femmes enceintes, dont 68 G ont abouti à une FC. A la fin de la G, les niveaux de stress, d'anxiété et de dépression ont augmenté dans l'ensemble de l'échantillon, quelle que soit l'issue de la G. Pendant la G, les hommes font face à leur stress en cherchant du soutien et des solutions pour résoudre les problèmes : « *approach-oriented coping* ». Après la G, ils développent plutôt des stratégies d'évitement : « *avoidant-oriented coping strategies* ». On en déduit la nécessité de proposer à l'homme un soutien, pendant et après la G, indépendamment de son issue, et d'autant plus lorsqu'il adopte ces stratégies d'évitement. Les hommes n'aiment pas parler de leur expérience de FC, contrairement aux femmes. Ils reprennent leur vie quotidienne habituelle comme si rien de s'était passé, mais ne souffrent pas moins intérieurement.

2.4.3. L'intérêt d'une prise en charge préventive par le médecin traitant

2.4.3.1. Une prise en charge à l'initiative des soignants

Nos résultats

D'après nos résultats, nous constatons que la FC nécessite une PEC globale, à la fois de la femme, mais aussi de son conjoint et du couple, ce qui est très peu le cas actuellement. Les soins devraient totalement intégrer l'homme dans son rôle d'aidant principal, alors qu'il se sent bien souvent démuné et impuissant dans le soutien de sa femme. Les hommes ne faisant pas la démarche d'aller vers les soignants, cette PEC doit être préventive, à l'initiative des soignants eux-mêmes. Nos interviewés confirment largement cette idée, se montrant très souvent ouverts à la proposition d'un soutien psychologique ou d'un RDV ultérieur avec un médecin, alors qu'ils n'y auraient pas pensé spontanément.

Littérature

Dans l'étude de Speraw (21), les couples suggéraient pour améliorer la PEC, qu'une proposition de soutien psychologique leur soit clairement faite par les médecins.

Kersting (8) constate qu'il y a actuellement encore trop peu de PEC préventive des complications du deuil après une FC pour les femmes, et encore moins pour les couples. Quand elle existe : « *berevement interventions* », celle-ci se base souvent sur des conseils et non sur des programmes d'intervention évalués. Quelques études montrent que les prises en charge se limitent souvent à celle de la dépression ou des problèmes psychiatriques, mais ne s'attardent pas sur le deuil en lui-même. Selon les méta-analyses, les PEC qui se sont montrées efficaces concernent généralement les groupes à haut risque de deuil pathologique, les femmes qui présentent déjà un deuil compliqué. Il faudrait donc améliorer le dépistage des facteurs de risque de deuil pathologique, pour « agir » avant qu'il ne s'installe. Mais peu d'études de bonne qualité ont été réalisées sur le sujet. Et celles qui existent montrent des résultats contradictoires. Il est donc difficile des faire des recommandations sur le meilleur type d'intervention à proposer.

2.4.3.2. Pourquoi cette prise en charge ?

L'enjeu pour le système de soins est de pouvoir soutenir l'homme dans cette situation complexe. Les professionnels de santé doivent s'assurer de l'inclure dans la sphère des soins, de ne pas le marginaliser. Il s'agit de lui redonner toute sa place d'homme dans cet événement, de le rassurer sur ses compétences, de lui donner et de lui autoriser un espace d'expression de son ressenti et de ses questions. Les intérêts de cette PEC sont multiples.

- **Pour la santé psychique de l'homme**

Plusieurs études (Abboud and Liamputton, McCreight, Puddifot and Johnson, Gray) (18) ont montré que si les besoins de l'homme ne sont pas correctement pris en compte, et s'il ne peut pas exprimer ses sentiments immédiatement après la FC, les conséquences sur sa santé peuvent être plus sévères, avec des difficultés à faire face pendant plus longtemps.

Rinehart (18) insiste sur l'attention particulière à porter aux hommes car, étant naturellement et socialement moins à l'aise pour exprimer leur sentiments, ils sont plus à risque de deuil pathologique, prolongé, enkysté, voire de dépression masquée ou de comportements déviants.

- **Pour la santé psychique de la femme**

Le soutien apporté par le conjoint est d'une importance primordiale dans la façon dont la femme va faire face (18). L'homme étant le principal soutien de la femme lors de la FC, l'accompagner pour qu'il puisse mieux remplir ce rôle, améliore indirectement la santé de sa femme. La société attendant de l'homme qu'il porte la charge émotionnelle de sa partenaire, sa santé psychologique dans ces moments-là devrait être une préoccupation importante des professionnels de santé (18).

Une prise en charge répondant aux attentes du couple **en cas de deuil périnatal** (comprenant annonce de la mauvaise nouvelle, explication des réactions de deuil, explications répétées des causes, soutien de l'expression de leur réaction, accompagnement de la G suivante) a montré dans différentes études (1) une diminution du risque d'insatisfaction et d'évolution pathologique du deuil des **mères**.

- **Pour la santé du couple et éviter les conflits conjugaux**

Pour Diedisheim (2) « *il est capital d'accompagner le couple sur le plan psychologique, pour éviter que cette perte ne devienne l'acte de naissance d'une pathologie mentale ultérieure* ». Une PEC conjugale permet d'éviter la mésentente du couple potentiellement due aux différences dans l'évolution du deuil de chacun (32).

- **Pour la santé des enfants et de la famille**

Pour améliorer le vécu des parents lors de la G suivante et donc agir sur le lien parents-enfant. Selon Rousseau, accompagner la G suivante permet d'éviter l'inhibition de l'attachement et ainsi de prévenir l'apparition de potentiels troubles de la personnalité des enfants (1).

2.4.3.3. Comment ?

2.4.3.3.1. Une prise en charge personnalisée

Les hommes ont particulièrement apprécié les soignants qui les mettaient à l'aise. Il s'agit d'offrir une PEC qui s'adapte aux besoins de chaque membre du couple, « père » et « mère ». Cela nécessite de prendre le temps d'écouter attentivement les besoins des deux personnes, de répondre à leur questions

et de les informer. Une attention individuelle au patient de la part du médecin favorise un travail de deuil normal (24).

2.4.3.3.2. Une prise en charge de couple

Nos résultats

Plus que d'une prise en charge individuelle, les hommes nous ont surtout exprimé le besoin d'un accompagnement de leur couple, car il s'agit d' « *un moment de couple* » (Etienne) « *ça concerne le couple* » (Julien). Il nous semble important que les deux membres du couple soient pris en charge ensemble, au cours d'une consultation de couple, proposée par les soignants. Cela n'est pas incompatible avec un suivi individuel de la femme, et ou de l'homme en fonction de besoins de chacun. Lorsque la femme consulte seule, les soignants la prenant en charge devraient lui proposer de revenir consulter avec son conjoint dans un deuxième temps.

Littérature

Les thérapeutes s'accordent aujourd'hui sur ce point : il faut inclure l'homme dans la thérapie (18).

Speraw (21) emploie l'expression « *couple-focused care = des soins centrés sur le couple* ».

Rosenfield inclut aussi les enfants dans le suivi (24).

La circulaire interministérielle de 2009 sur l'accompagnement du deuil périnatal officialise cette recommandation : « *il convient de ne pas exclure le père de la prise en charge et d'inciter les parents à communiquer avec leurs autres enfants sur la situation vécue par la famille.* » (33).

Cette prise en charge de couple, en offrant aux partenaires un espace de communication, a plusieurs intérêts.

Elle aide l'homme à verbaliser ses émotions devant sa femme, lorsqu'il n'arrive pas à le faire par lui-même. Elle donne aussi la possibilité à la femme de reconnaître que l'homme souffre aussi, à sa façon. Cela légitimise le chagrin de l'homme, qui peut alors s'autoriser à le montrer à sa femme. Les conjoints, acceptant de dévoiler leurs sentiments l'un à l'autre, peuvent mieux se comprendre et se soutenir mutuellement (21). Il est important de prévenir les couples de la différence de réaction que chacun va éprouver face à la perte (1). Il faut leur expliquer qu'il est normal qu'ils fassent leur deuil différemment (7). Il faut les aider à reconnaître ces différences, à les partager, à se respecter mutuellement. Il faut éventuellement leur apprendre les différentes façons de répondre aux réactions de l'autre (Beutel, Gray) (18) (25). En autorisant l'autre à vivre son deuil à sa façon, les difficultés relationnelles diminuent (21).

2.4.3.3.3. Accompagner la prise de conscience des parents de la réalité de la perte, et lui donner du sens

Rechercher et donner un sens à l'expérience de cette perte est un processus qui aide à la résolution du deuil (3) (18). Il s'agit d'évaluer et de comprendre la signification de la perte pour les parents, puis de leur montrer la reconnaissance du monde médical. Cette démarche fait partie du « processus de guérison », car elle aide les parents à légitimer la perte et à comprendre l'impact psychologique inévitable de l'événement (16). Ils se sentent alors compris et moins seuls.

Uren et Wastell (3) décrivent que cette recherche de sens est très intense au moment de la perte : dans leur étude, 61 % des couples ont dit avoir été préoccupés « très souvent » ou « tout le temps » par la question « pourquoi moi ? », et 81 % disent avoir essayé de trouver un sens à cet événement. Les

auteurs constatent que cette recherche de sens diminue avec le temps et que ce serait le facteur, après l'attachement, le plus déterminant pour expliquer l'intensité de la peine : plus un sens est trouvé à cette perte, moins la peine serait intense (2).

Udja et Bediksen en 2000 (18) proposent quelques recommandations sur ce qui doit être dit et comment ce doit être dit aux parents vivant une perte de grossesse. Les mots des soignants ont en effet une importance plus grande que ce qu'ils peuvent imaginer. Nous l'avons vu dans les récits des hommes qui reprennent parfois mot pour mot les paroles prononcées lors de l'annonce. Choisir ses mots avec attention et sensibilité peut contribuer à ce que les parents se sentent bien pris en charge. Exprimer simplement sa désolation pour les parents. Eviter de minimiser la perte, même lorsqu'elle est précoce, traiter le fœtus avec respect. Eviter d'employer le mot « banal » pour décrire l'expérience des parents.

Jaffe et Diamond (16) proposent de lister avec les parents les différents sens de la perte.

Cette reconnaissance pourrait en quelque sorte remplacer le rôle du rituel de deuil, qui n'existe pas dans la FC. En effet, le rituel permet d'une part aux personnes endeuillées de donner un sens à la perte éprouvée, et ainsi être consolées. Il permet d'autre part une reconnaissance de la communauté en s'inscrivant dans un système cohérent de croyances partagées ; ce que pourrait offrir le système de santé pour pallier ce que la société n'offre pas (1).

2.4.3.3.4. Ecouter, soutenir avec disponibilité et bienveillance, les émotions et les besoins

Nos résultats

Nous avons pu nous-même expérimenter et constater l'effet positif et « libérateur » de la parole, pour les hommes écoutés, au cours de nos entretiens. Beaucoup ont partagé un sentiment de soulagement, voire de satisfaction, à la fin de la rencontre. Cet effet était inattendu, ou du moins, dépassait les objectifs de notre étude. Comme nous l'avons découvert empiriquement, il s'agit, sans être intrusif, d'amener subtilement les hommes à s'exprimer, et leur faire comprendre les bienfaits de la verbalisation. La disponibilité et l'ouverture au dialogue sont très appréciées par les hommes interrogés.

Littérature

Avec empathie et tact, les soignants doivent encourager les hommes à exprimer leurs émotions, à nommer les difficultés rencontrées, ainsi que leurs besoins. Cet espace de parole et de soutien de leur ressenti est capital : en leur offrant un moyen d'expression « sain » de leurs émotions désordonnées, les soignants permettent de « briser » le silence du tabou de la FC (18).

Speraw (21) insiste sur l'importance de la compassion concrète transmise par des gestes simples, comme tenir les mains, tendre un mouchoir, en signe de validation de leurs sentiments. Ce sont les qualités humaines des médecins qui ont été appréciées par les couples interrogés dans son étude.

Rousseau (1) nous explique très bien l'effet thérapeutique de l'écoute et de la parole exprimée : *« la gravité de l'enjeu doit amener les somaticiens à consacrer du temps à l'écoute pour que, grâce à l'effet structurant de la parole, les besoins diagnostiqués entrent progressivement dans son champ de conscience [celui de l'homme] et se transforment en demande. »*

Diedisheim (2) confirme cette idée de prévention de la morbidité psychiatrique par l'écoute : « *le simple fait d'en parler permet dans certains cas la résolution des symptômes, et évite la naissance d'une pathologie trans-générationnelle.* »

Glatigny Dallay (3) constate que les parents attendent une attitude de base : être là quand il n'y a « rien à faire », être concerné, partager l'émotion sans se confondre, la formuler. Elle propose de s'appuyer sur la circulation d'un savoir fondé sur l'expérience en utilisant, par exemple, cette phrase clé : « *D'autres parents qui ont traversé ces moments nous ont appris que...* » F. Molénat (3) précise l'importance de cet accompagnement dans les enjeux de la prévention lors d'une perte périnatale : « *Perdre un enfant est une immense douleur mais on peut la traverser, par contre se sentir abandonné est insurmontable : la sensation de mort envahit tout* ».

2.4.3.3.5. Rassurer, aider à déculpabiliser

Nos résultats

Bien que la FC soit un phénomène fréquent, il est souvent vécu comme un échec par le couple. Au moins cinq hommes l'expriment au cours de l'entretien.

Littérature

Les soignants doivent être conscients que la culpabilité est quasi constante lors du deuil périnatal. Ils doivent l'identifier et aider les parents à l'exprimer pour se libérer de ce pénible sentiment. Il faut leur faire comprendre qu'il n'est jamais lié à une faute réelle, mais à l'inaccomplissement d'un rôle attribué par la société (1). Il est important d'expliquer le caractère le plus souvent physiologique de la FC (28), de rassurer le couple sur sa fécondité ultérieure (1) et sa capacité à pouvoir donner la vie (28).

2.4.3.3.6. L'importance de donner des explications claires

Nos résultats

Les hommes reprochent souvent un manque d'information de la part des soignants. Ils gardent en eux de nombreuses questions inexprimées, et un sentiment d'incompréhension, alors qu'ils ont besoin de comprendre ce qu'il s'est passé. La question relative à l'étiologie de la FC, souvent mêlée de culpabilité, est très présente chez les hommes : « *j'avais besoin de savoir «pourquoi ?»(Etienne).* Ceux qui sont satisfaits de la PEC soulignent l'importance d'avoir reçu des informations claires.

Littérature

Une étude de Wing and al, 2001 (18), rapporte que 97% des personnes voulaient savoir pourquoi la perte fœtale avait eu lieu. Pour Lejeune (28), il est important d'affirmer clairement le diagnostic, de montrer le cas échéant l'image échographique de l'embryon sans activité cardiaque pour qu'il ne persiste pas un doute dans l'esprit du couple. Lors d'un premier ou deuxième épisode, il faut prendre le temps d'expliquer qu'il s'agit d'un processus naturel qui ne nécessite aucune exploration étiologique. Il faut néanmoins les prévenir d'un risque de récurrence possible.

Selon Speraw (21), une prise en charge de qualité est conditionnée par des informations précises données aux parents. Celles-ci concernent l'explication de la perte, les différentes procédures de prise en charge possibles, l'évaluation réaliste des futures possibilités de grossesse. Il faut être vigilant à employer des termes compréhensibles par les parents.

Rousseau (1) précise qu'il faut informer les parents sur le devenir des restes humains. Ceux-ci sont incinérés par l'établissement de santé selon les recommandations de la circulaire interministérielle de

2009, dans les conditions applicables aux pièces anatomiques d'origine humaine (33). Nous pouvons ainsi poser la question de l'impact du traumatisme pour les parents spectateurs de l'expulsion d'une FC à domicile, et du devenir des « tissus humains » dans cette situation.

Il est important d'associer systématiquement les parents aux décisions concernant leur « enfant », par exemple dans les modalités d'expulsion du fœtus quand cela est possible, afin qu'ils se sentent respectés et impliqués dans la prise en charge (34).

Il est conseillé aussi d'accompagner les informations orales par des informations écrites, comme par exemple des conseils de lecture de livres (1) (21) (34) : Garel M. et Legrand H. *L'attente et la perte du bébé à naître* (35), Flis-Trèves M. *Le deuil de maternité* (36). Celles-ci peuvent être relues par les parents, à distance, chez eux, après la phase de choc et de sidération les empêchant d'enregistrer toutes les informations. Attention, elles ne doivent pas être une façon d'esquiver l'embarras personnel du soignant, mais toujours être accompagnées de temps et d'attention. Elles ne peuvent remplacer la présence des soignants aux côtés des parents (18).

2.4.3.3.7. L'accompagnement du deuil

Plusieurs hommes de notre enquête ont regretté et souhaité un suivi personnalisé dans le temps.

Une fois la prise de conscience de la perte faite, et la mise en évidence des différences homme/femme, les soignants peuvent accompagner les patients sur leur chemin de deuil. Il y a peu de recommandations sur la façon de s'y prendre. Mais les soignants doivent être formés à la psychologie du deuil. L'INPES a rédigé un document intitulé « *La perte du bébé pendant la grossesse* » pour aider les soignants dans cette tâche. (34) En France, une circulaire interministérielle du 19 juin 2009 (33) a été publiée dans le but d'apporter une réponse aux souffrances des familles confrontées à un deuil périnatal. Elle recommande aux établissements de santé les modalités à mettre en œuvre en vue d'un meilleur accompagnement des familles endeuillées. Elle insiste sur l'importance de la reconnaissance du deuil par le monde de la santé : « *Le monde médical est de plus en plus sensibilisé à la signification de la perte pour les parents. La contraception et la légalisation de l'IVG ont renforcé la notion d'enfant désiré et de projet parental, accentuant l'investissement affectif sur l'enfant à naître. Les situations de mort fœtale et périnatale peuvent avoir par conséquent un caractère particulièrement douloureux et des conséquences importantes sur l'équilibre de chacun des parents, du couple et de la famille. Si le droit crée une distinction entre les « enfants » pouvant –ou non– donner lieu à l'établissement d'un acte d'état civil, il convient néanmoins de respecter le deuil des familles, quelle que soit la situation.* »

Il est bon de rappeler aux parents ce qui est normal dans un deuil, de leur expliquer qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise façon de faire son deuil, pas de limite de temps ni de « devoirs ». La variété des deuils en termes d'intensité, de durée et d'expression est considérable (16). Notre culture semble peu tolérante vis-à-vis du temps que prennent les parents pour faire le deuil de leur perte de grossesse. Le clinicien doit « *donner la permission* » aux parents endeuillés de prendre le temps qu'il leur faut pour terminer leur processus de deuil. Les soignants peuvent encourager le couple à construire « une stratégie pour faire face : *constructive coping strategy* » (16).

Favoriser l'expression des émotions du couple ne signifie pas être intrusif ou les obliger à parler. Il faudra toujours respecter l'intimité du patient, comme le disent Bacqué et Hanus : « *Le deuil est intime, il se fait dans le secret du cœur ; il a besoin de silence.* » (26).

Glatigny Dallay, psychiatre, (3) propose quelques types d'interventions.

Elle donne l'exemple d'une maternité nord-américaine où **un suivi téléphonique des familles** est dispensé par l'obstétricien, par un appel de 25 minutes, dans les trois semaines suivant la sortie de la maternité. Il a été montré que les parents qui avaient pu bénéficier de ce contact téléphonique « allaient mieux que les autres ».

Un autre exemple au Canada, où une équipe composée d'infirmières et de psychologues propose **un suivi à domicile des familles**. Il s'agit de quatre rencontres renouvelables. L'intérêt majeur est de voir la famille dans sa globalité, tous les membres de la famille tirent bénéfice de cet accompagnement : « *Il est faux de croire que nous devons aider seulement les mères. La douleur du père a autant d'importance à nos yeux que celle de la mère ou encore du petit frère qui vient de perdre le rêve d'avoir une petite sœur. Au domicile, nous avons l'immense privilège d'observer et d'exercer une aide significative sur l'ensemble de la famille.* »

Elle évoque aussi l'intérêt de la **thérapie interpersonnelle (TIP)** dans l'accompagnement du deuil périnatal. Celle-ci est issue des recherches sur le traitement clinique de la dépression. Elle utilise le modèle biopsychosocial pour expliquer la détresse psychologique ressentie lors d'un épisode dépressif. L'efficacité des TIP est maintenant reconnue. Brève et pragmatique, l'intervention psychothérapeutique interpersonnelle permet de développer des stratégies qui visent à faciliter les grandes transitions de vie, comme les deuils, les conflits interpersonnels, ou encore sortir de l'isolement social. Ces thérapies sont beaucoup plus dans les pays anglo-saxons. Il existe une version abrégée de ces thérapies (Counseling interpersonnel [CIP] : quatre à huit séances de 30 minutes) pouvant être dispensées par des professionnels « non-psy ». Ce genre d'intervention trouverait complètement sa place dans le suivi de ces familles endeuillées, en individuel ou en groupe, voire à domicile. Carter fait également référence à ce type de thérapie (7).

L'objectif est de prévenir l'installation d'un deuil pathologique. Une des priorités est le dépistage des facteurs prédictifs de deuil pathologique.

Il s'agit de connaître, puis de repérer les facteurs de risque, les éléments de contexte, et les mécanismes faisant évoluer les réactions normales vers des complications (1) (7).

Il faut notamment évaluer le degré d'attachement de l'homme à l'enfant, et être vigilant à rechercher des indices de vulnérabilité : passé douloureux, fragilités personnelles, ATCD psychiatriques, absence de communication dans le couple, absence ou envahissement de l'entourage (3). Il faut surtout dépister la dépression masquée, qui est typiquement masculine (18). En fonction des besoins ou des risques repérés, le soignant peut proposer un soutien ponctuel ou un suivi thérapeutique prolongé (1). Il doit adresser à un spécialiste en santé mentale (psychiatre ou psychologue) en cas de besoin. Pour les individus ayant des symptômes de deuil extrêmes, il peut être intéressant d'établir un score d'intensité du deuil à partir de l'échelle de deuil prénatal ou PGS (annexe n° 5) (37).

2.4.3.4. Accompagner la grossesse suivante : la consultation préconceptionnelle

Nos résultats

Nous l'avons constaté, suite à la FC, le désir d'une nouvelle grossesse est souvent très intense. Ardemment désirée, elle est aussi vécue dans la vulnérabilité et la crainte. Il est donc important de préparer l'initiation de cette future grossesse en rencontrant les parents au cours d'une « consultation préconceptionnelle ».

Littérature

Celle-ci peut être menée par le médecin généraliste s'il a l'habitude de prendre en charge des suivis de G. Selon les recommandations de l'HAS 2007 (34), un suivi de type B, c'est-à-dire par un GO, est nécessaire uniquement en cas de FCP répétées, de FCT ou de MIFU d'origine vasculaire.

Rousseau (1) expose quelques conseils pour mener cette consultation. Il convient de faire l'anamnèse précise de la FC, pour éviter une identification imprécise de l'accident antérieur pouvant conduire à une fausse route dans la démarche diagnostique et exposer le couple à une récurrence, parfois évitable. (28) Il ne faut pas hésiter à répéter les explications, laisser poser des questions, toujours vérifier la compréhension des parents. Il faut évoquer avec eux clairement les risques de récurrences, ainsi que celui de l'inhibition de l'attachement à l'enfant suivant. On peut donner des conseils de lecture comme Garel M. et Legrand H. *Une fausse couche et après ?* (38), dont la lecture a aidé de nombreux couples à assumer la perte (1) ou Clerget S. *Quel âge aurait-il aujourd'hui ?* (39). Il est très important de faire une évaluation de l'état psychologique du couple, de l'évolution de son deuil, de son soutien social. Les bouffées émotionnelles à l'évocation de la FC antérieure sont de bon pronostic. Il ne faut pas hésiter à leur proposer une aide psychologique en cas de besoin. Il n'y a pas de délai recommandé entre la FC et le début d'une G suivante en cas de FCP isolée. Au contraire, la survenue d'une nouvelle G dans les six mois après une FCP est associée à un risque moindre de survenue d'une nouvelle FC et de complications. Il est donc recommandé de ne pas différer la survenue de cette nouvelle G souhaitée (40). Si certains auteurs préconisent d'attendre la résolution de deuil afin de bien distinguer l'enfant perdu du nouvel enfant (3) (24), la prise de décision reste du registre du désir (1). (7) L'apparition d'autres projets à côté de celui d'un nouvel enfant est un bon élément d'appréciation du degré de préparation du couple. Il se traduit par ce conseil : « *Retrouvez le goût à la vie avant de faire un nouvel enfant, plutôt qu'un enfant pour retrouver goût à la vie.* » (1).

2.4.3.5. Par qui ? La place du médecin traitant

Nos résultats

Tout comme ils n'ont pas fait appel au système de soins pour trouver du soutien, les hommes n'ont pas non plus sollicité leur MT au décours de la FC. Quand on leur en fait la suggestion, ils pensent cependant qu'il s'agit du bon interlocuteur pour en reparler, notamment parce qu'il connaît aussi leur femme. La majorité des hommes n'est pas en demande d'un suivi chez un psychologue, mais d'une prise en charge médicale globale : ils sont en attente d'informations médicales sur la FC, de réassurance sur leur santé, mais aussi de conseils sur le rôle qu'ils peuvent avoir « dans cette histoire », et la façon dont ils peuvent soutenir leur femme. C'est dans cet objectif que nous proposons qu'une consultation « dédiée » avec le MT soit systématiquement proposée aux couples, au décours d'une FC. Ni gynécologue ni psychologue, mais en tant que médecin de famille et de proximité, ayant la confiance de ses patients et une bonne connaissance du contexte socio-familial, le MT nous semble l'intervenant privilégié pour remplir cette fonction d'accompagnement des couples vivant une FC. Les sages-femmes libérales, ayant déjà rencontré le couple à plusieurs reprises lors d'une G précédente par exemple, pourraient également intervenir, de façon complémentaire et coordonnée, dans ce rôle d'accompagnement, bien que leur connaissance de la famille ne soit pas la même que celle d'un MT.

Littérature

L'ensemble des soignants rencontrés sont concernés par l'accompagnement des couples en situation de FC. Pour Diedisheim (2) : « *Plus la composante psychologique est entendue et prise en charge dans les pertes fœtales par l'ensemble des professionnels, de l'aide-soignante au responsable du centre, moins il y a de risque de voir apparaître des séquelles psychologiques.* »

C'est souvent le **gynécologue** qui est consulté au décours d'une FC. Il devrait prévoir un RDV de suivi la semaine suivante, pour s'assurer de l'état psychologique du couple et dépister un éventuel besoin d'accompagnement et de soutien. En pratique, il convient que le gynécologue confie systématiquement le couple à son MT. Il doit pour cela inciter ses patientes à consulter leur médecin généraliste avec leur conjoint dans les semaines qui suivent l'évènement (7).

Rosenfield (24) et Rousseau (32) mettent en exergue le **rôle capital du médecin de famille**, expert des soins dans la durée et bénéficiant d'une relation privilégiée, de proximité et de confiance avec ses patients. Immédiatement au décours de la FC, « *il doit avoir une discussion complète et confidentielle avec le couple à propos de son processus de deuil, dans l'intimité et le calme* ». Il doit expliquer la situation de façon la plus complète possible et discuter ouvertement de la mort de l'enfant. Il doit proposer un RDV après la FC pour répondre aux questions et apporter un soutien médical et psychologique. Une étude évaluant l'efficacité d'un tel suivi sur une population de **femmes** (Parkes 1980) (24) a montré une diminution des symptômes physiques, des prescriptions et des consultations un an après la FC, pour celles qui en avaient bénéficié. Dans une autre étude (Clyman, 1979) (24), 76% des **familles** à qui un suivi avec leur généraliste été proposé ont accepté. Une autre étude sur l'anxiété chez les **femmes** après une FC (Bier, 2004) (7) a montré qu'un RDV de suivi avec **un MT** entraînait une réduction des symptômes. En expliquant les aspects physiques et psychologiques de la FC (épidémiologie, étiologies, estimation des risques de récurrence, prises en charge et efficacités, réactions d'adaptation) cette intervention éducationnelle apporte un effet thérapeutique aux femmes qui n'étaient pas sûres des raisons de leur FC. Les études existant sur ce type de suivi concernent essentiellement des femmes.

En cas de pathologie psychiatrique ou à risque, si l'intensité et la complexité des réactions des parents dépassent les limites de la disponibilité et de la compétence du GO ou du MT, il est important de faire appel à **un spécialiste du psychisme**. Il est très important de proposer explicitement ce suivi. En cas de transfert de la prise en charge, il faut témoigner des qualités de cet intervenant, afin de maintenir le lien thérapeutique établi (32).

Les groupes de parents, animés par des associations, des soignants et professionnels du psychisme, sont souvent conseillés dans la littérature, même s'il y a un manque d'études de bonne qualité confirmant leur efficacité (7) (18) (24). Le partage d'expérience sort le couple endeuillé de son isolement, il lui offre un soutien social, l'aide à accepter la réalité de la perte. En apprenant de l'expérience d'autres, il lui permet de se définir une nouvelle identité après « *l'arrêt du processus de transmission de la vie humaine* » (32). Bacqué et Hanus confirment l'intérêt de ces groupes de parole, comme reconnaissance sociale de la réalité de ces pertes fœtales précoces (26) : « *les petits défunts résident fantasmatiquement pour les parents dans un no man's land psychique difficile à cerner. Les regroupements de parents permettent d'échanger ces points de vue et de retrouver une communauté qui les aide à soutenir un passé sans preuve autre que parfois une échographie* ». Des groupes concernant les enfants morts in utero et les morts périnatales existent déjà aux Etats-Unis et commencent à voir le jour en France, comme l'association AGAPA créée en 1994. (12) La présence d'associations spécialisées dans l'accompagnement du deuil périnatal constitue une aide, à la fois pour les parents endeuillés et pour les professionnels de santé (33). Le site « www.lenfantsansnom.fr » recense de nombreuses associations de parents ayant perdu un fœtus (41). Glatigny Dally (3) insiste sur l'importance de ces groupes de soutien pour les pères : « *L'un des intérêts est la participation des conjoints, car c'est souvent le seul lieu où ils pourront échanger avec d'autres papas, ainsi que de permettre à ces couples une ouverture sociale, qui leur permet de rompre l'isolement qui s'installe très vite.* »

L'accompagnement des parents face à une FC nécessite donc **un travail en réseau**, et une coordination entre les partenaires et les parents, au moment de la perte mais aussi pour la G suivante (32) (33).

2.4.3.6. Quand accompagner ?

Nos résultats

Le jour de l'annonce n'est pas forcément le moment le plus approprié pour donner toutes ces explications, car les émotions peuvent envahir les parents et les empêcher d'entendre et de comprendre. De plus, dans la moitié des cas, la femme consulte seule. Si les informations sont limitées à ce jour-là, l'homme s'en retrouve privé. Plusieurs hommes nous ont dit ne pas avoir retenu les informations délivrées lors de l'annonce, ou ne plus se souvenir de ce jour-là. Quand il a eu lieu, le RDV avec le chirurgien après le curetage a souvent été apprécié par les pères. Plusieurs ont évoqué le moment d'attente de l'homme pendant le curetage comme un moment propice pour recevoir des informations et du soutien, ce qui n'a pas toujours été le cas. Il est donc bon de rencontrer et d'informer le couple à plusieurs reprises, de répéter les informations et d'accueillir les nouvelles questions, parfois à distance de l'événement. Le délai pour revoir le couple est variable en fonction des besoins de chacun, et des modalités de la PEC (expulsion spontanée, traitement médical ou chirurgical).

Littérature

L'information des couples doit avoir lieu ni trop tôt après la FC, ni trop tard.

Pas trop tôt, car dans les 24 premières heures les parents ne sont pas capables d'absorber les informations (24). Pour Diedisheim (32) : « *Dans l'engourdissement du début de deuil, les personnes retiennent tout mais n'assimilent rien. Cela demande donc de répéter inlassablement les mêmes informations* ».

Pas trop tard, pour limiter les sentiments de colère et de frustration. Certains le proposent dès que possible après la FC pour limiter les conséquences négatives (18). Pour Rosenfield (24), un mois semble trop tard. Selon l'étude de Speraw (21), la détresse psychologique étant maximale les trois premiers mois suivant la FC, les interventions thérapeutiques doivent avoir lieu proches de l'événement. Diedisheim (2) propose un suivi en plusieurs entretiens : le premier le plus proche du diagnostic (même s'il ne s'agit que d'une prise de contact, pour montrer son soutien et sa disponibilité), le deuxième lors de l'hospitalisation (si elle a lieu), le troisième à proposer systématiquement, quelques semaines plus tard, pour vérifier l'évolution du deuil.

2.4.3.7. Les limites de cette prise en charge

Elles sont aussi bien liées à l'homme qu'aux soignants.

- **Limites de l'homme**

Nos résultats

Les hommes sont nombreux à dire qu'ils n'ont « *pas besoin d'aide* » et ne se sentent pas proches des médecins. Beaucoup de facteurs les freinent pour accepter cette proposition de prise en charge médico-psychologique : au nom de leur virilité ou de leur pudeur, par inhabitude de parler de leurs sentiments, par peur de l'introspection, ils peuvent la refuser.

Littérature

Par son expérience clinique, Rousseau constate que le plus souvent la proposition d'aide est vouée à l'échec, surtout chez les hommes (1).

Cette complexité de la PEC peut être renforcée par le type d'attachement que présente l'homme. S'il a un attachement de type « *secure* », il est capable de solliciter du soutien émotionnel et du support social, et tirera bénéfice d'une intervention de soutien. S'il a un attachement « *insecure* » : il peut être anxieux et donc ambivalent face à la recherche de soutien ; ou évitant, et aura tendance à percevoir le soutien comme inutile, à le refuser ou à le rechercher qu'une fois qu'il ira mieux (3).

Pour pallier ces résistances masculines face à l'accompagnement psychologique, Rinehart (18) propose une psychothérapie dite « *positive* ». Celle-ci vise à encourager l'homme en l'aidant à reconnaître ses forces masculines. Elle l'aide à distinguer dans ses réactions ce qui est de l'ordre de l'adaptation, donc positif, et du dysfonctionnement, donc négatif.

- **Limites des soignants**

Les somaticiens ne sont pas toujours à l'aise pour proposer une aide psychologique (1). L'accompagnement du deuil périnatal demande une grande sensibilité de communication. Les soignants doivent faire preuve de disponibilité et de compassion, sans pour autant franchir la barrière personnelle qui les entraînerait vers un surinvestissement (21) , les exposant à un risque de burnout (32) (3).

Habitué à prendre en charge à la fois les dimensions physiques et psychologiques d'une pathologie, compétent dans le diagnostic et l'accompagnement bio-psycho-social, suivant les couples ou les familles dans les différentes étapes de leur vie, et ayant la possibilité de se déplacer au domicile, **le médecin traitant est le soignant le plus à même d'offrir une réponse aux besoins de ces hommes et de ces couples touchés** par la FC. Dans un travail coordonné avec lui, les SF libérales peuvent apporter, par leur spécialisation et leur proximité, une complémentarité dans l'accompagnement de ces nombreux couples fragilisés. Une formation spécifique sur les pertes de grossesses et le deuil périnatal, ainsi que sur la prise de conscience de leur propre réaction face à la mort, pourrait être dispensée aux médecins généralistes pour les aider dans ce rôle.

CONCLUSION

En inversant l'ordre naturel des choses, puisque la mort survient avant la naissance (1), la FC constitue la plupart du temps un **événement traumatisant** pour le couple au sein duquel elle survient. Alors que le traumatisme est surtout reconnu pour la femme, nous constatons qu'il concerne également son conjoint, le père de l'enfant qui aurait dû naître.

Néanmoins **les vécus sont très variés**. Chaque situation est unique, la FC prend un sens différent pour chaque homme, en fonction de son passé, de sa situation vis-à-vis de la paternité, et surtout du lien d'attachement qu'il a établi avec l'enfant en devenir. Mais au milieu de cette diversité de réactions dominent les émotions du chagrin et du deuil : choc, manque, tristesse, colère, déception, désespoir, culpabilité, puis émergence de nouveaux projets, avec notamment celui de mettre en route une nouvelle G « *pour ne pas rester sur un échec* ». **Le deuil d'une FC est très particulier**, car la perte subie est multiple : celle d'un enfant, considéré comme réel ou imaginaire ; celle d'un avenir chargé de rêves et de projets ; celle de son identité de « futur père » ; celle de sa capacité à engendrer ; celle de sa propre « immortalité ». Face à cette complexité, mais aussi devant l'abstraction de la G rendant difficile l'établissement d'un lien père-enfant, les hommes se montrent souvent très ambivalents face à la signification de la perte. Le ressenti de l'homme est fortement marqué par un **sentiment d'impuissance et de perte de contrôle** face aux événements ; mais aussi de vulnérabilité vis-à-vis de la santé de sa femme. Il endosse subitement le rôle d'aidant naturel principal, lui-même affaibli et endeuillé, et qui a parfois du mal à trouver sa place dans cet événement. La FC fait naître en lui de nombreux questionnements sur les causes, sa part de responsabilité éventuelle, et les conséquences, notamment vis-à-vis de la G suivante. Ces questions restent souvent sans réponse, ce qui témoigne d'un manque de dialogue avec les soignants. La FC demeurant un sujet socialement tabou, l'homme intériorise la plupart du temps ses émotions et vit une souffrance cachée, qu'il a parfois du mal à reconnaître lui-même. Il considère celle de sa femme plus grande que la sienne. Il a tendance à refouler ses sentiments pour la soutenir, et garder son image « *d'homme fort* » mis à mal par la FC.

Ainsi, l'homme et la femme ne réagissent pas de la même façon face à la FC. Si ces différences peuvent fragiliser le couple, la FC reste la plupart du temps une épreuve qui sollicite la solidarité des conjoints et renforce leurs liens. En interagissant sur l'équilibre conjugal, la FC n'est donc pas un événement anodin dans la vie d'un couple. Lorsque la situation se répète, elle peut même avoir des conséquences sur la sexualité.

C'est ce couple, potentiellement fragilisé, qu'il va falloir accompagner au cours de ce deuil. Se sentant particulièrement responsable d'un rôle de soutien auprès de sa femme, l'homme tient à l'accompagner lors des soins, même si les contraintes professionnelles limitent souvent son investissement. Lorsque les professionnels font preuve d'écoute et de disponibilité, il est satisfait de la relation soigné-soignant. Mais les conjoints sont nombreux à ressentir une banalisation de la perte, un manque de considération, d'informations, d'échange ou de soutien. Le comportement de l'homme lors de la FC soulève un paradoxe : alors qu'il se sent souvent seul, il ne sollicite pas pour autant l'aide des soignants, ne s'en sentant pas légitime. Il n'exprime pas d'attentes spécifiques vis-à-vis des médecins alors qu'il manifeste un fort besoin d'explications et de réassurance. Ce paradoxe renforce l'importance d'une prise en charge préventive de ces hommes et de ces couples fragilisés. Praticien de premiers recours, « médecin de famille » ayant une connaissance privilégiée du contexte familial et la confiance de ses patients, le médecin généraliste a un rôle capital à jouer dans l'accompagnement de ces couples endeuillés, et également lors de la G suivante. Il doit veiller à proposer cette prise en charge préventive globale, dans un souci de bienveillance. A ses côtés, la SF pourrait également l'aider dans cette mission d'accompagnement.

RÉFÉRENCES

1. Rousseau P. Les pertes périnatales, la famille, les soignants et la société. *Devenir*. 1995;7:31-60.
2. Diedisheim M. Accompagnement psychologique lors des pertes foetales. *Fausses couches et morts foetales, prise en charge immédiate et à long terme* Véronique Lejeune, Bruno Carbonne. Elsevier Masson. p. 187-208.
3. Glatigny Dallay E. Le deuil périnatal de « l'enfant né sans vie ». *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2013;171(3):182-8.
4. Delabaere A, Huchon C, Lavoue V. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2014;6(43):756-63.
5. Ezanno V, Canevet J-P. *Vécu des pères autour de la naissance : entretiens semi-directifs avec des pères d'enfants âgés de six à vingt mois*. Nantes; 2012.
6. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X. Epidémiologie des pertes de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. (43):764-75.
7. Carter D, Misri S, Tomfohr L. Psychologic Aspects of Early Pregnancy Loss. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(1):154-65.
8. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):187-94.
9. Symphor M-A, Surrault A. *Le vécu douloureux des fausses couches précoces : étude qualitative à partir de 15 entretiens semi-directifs*. Nantes; 2013.
10. Arnault Pujol H, Senand R. *Le vécu du père pendant l'allaitement [médecine]*. Nantes; 2006.
11. Moreau A. *De la crise de la paternité à l'être père*. *Devenir père, devenir mère*, Michel Dugnat. Eres; p. 144-5.
12. Association AGAPA : soutien après IVG, Avortement, Fausse couche, Mort in utero. [Internet]. AGAPA, un espace de parole pour accompagner ceux et celles qui sont touchés par une perte anténatale ou périnatale. Disponible sur: <http://www.association-agapa.fr/>
13. Amphore. AMPhore : des professionnels de santé bénévoles au service des couples infertiles [Internet]. Disponible sur: <http://www.amphore.fr/>
14. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse thématique, dans l'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Paris; 2012. 231-313 p.
15. Bardin L. L'analyse du contenu et de la forme des communications. *Les méthodes des sciences humaines de Moscovici Serge et Buschini Fabrice*. Presses Universitaires de France. France; 2003. p. 243-70.
16. Jaffe J, Diamond MO. *Reproductive Trauma Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients*. Première. Washington, DC 20002: American Psychological Association; 2011. 275 p.
17. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142-5.

18. Rinehart M, Kiselica M. Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychother Theory Res Prat Train.* 2010;47(3):288-95.
19. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien.* Armand Colin. Paris; 2007. 126 p.
20. Jean M, Petit L. *Le couple face à l'infertilité.* Ablin Michel. 2013. 201 p.
21. Speraw S. The experience of miscarriage : how couples define quality in health care delivery. *J Perinatol.* 1994;14(3):208-15.
22. Frost M, Condon J. The psychological sequelae of miscarriage : a critical review of the literature. *Aust NZJ Psychiatry.* 1996;30:54-62.
23. Rousseau P. La consultation préconceptionnelle après perte périnatale. *Fausse couches : aspects psychologiques* Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique, Mimoun S. Flammarion. 1999. p. 272-7.
24. Rosenfield J. Bereavement and grieving after spontaneous abortion. *Am Fam Physician.* 1991;43:1679-84.
25. GWS K, TKH C, BPY L, IH L. Gender comparison of psychological reaction after miscarriage- a 1-year longitudinal study. Hong-Kong, Chine; 2010;9.
26. Bacqué M-F, Hanus M. *Le deuil.* Presses universitaires de France. 2014. 127 p.
27. Hardy P. Module 6 - Question 70 - deuil normal et pathologique. Collège national des universitaires en psychiatrie. CHU d'Angers. [Internet]. Disponible sur: psyfontevraud.free.fr/cours/70-deuil.htm
28. Lejeune V, Carbonne B. *Prise en charge immédiate d'une fausse couche précoce. Fausse couches et morts foetales : prise en charge immédiate et à long terme.* Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux; 2007. p. 9-13.
29. Soubieux M-J. *Le berceau vide Deuil périnatal et travail du psychanalyste.* Erès; 2008. 228 p.
30. Poncet N, Fradin M. *La perte et le deuil après une fausse-couche [médecine].* Lyon; 2007.
31. Haute Autorité de Santé française. *Recommandations professionnelles de l'HAS : Comment mieux informer les femmes enceintes ?* 2005.
32. Rousseau P. *Le deuil périnatal et son accompagnement. Interventions psychologiques en périnatalité,* Guedeney A, Allilaire JF. Masson. Paris; 2001. p. 133-52.
33. Ministère de la santé. *Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009* [Internet]. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 2009. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/circulaire-interministerielle-dgcl-dacs-dhos-dgs-dgs-2009-182.html>
34. INPES. *La perte du bébé pendant la grossesse* [Internet]. Disponible sur: www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp
35. Garel M, Legrand H. *L'attente et la perte du bébé à naître.* Ablin Michel; 2005. 250 p.
36. Flis-Trèves M. *Le deuil de maternité.* Paris; 2001.
37. De Tychev C, Dolander M. Présentation de l'échelle de deuil de Potvin, Lasker et Toedter : Utilité en clinique pré- et périnatale. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2000;48:245-52.

38. Garel M, Legrand H. Une fausse couche et après ? deuxième. Paris: Albin Michel; 1995. 224 p.
39. Clerget S. Quel âge aurait-il aujourd'hui ? : le tabou des grossesses interrompues. 2007. 313 p.
40. Lavoué V, Huchon C, Deffieux X. Recommandations françaises pour les critères diagnostiques d'arrêt de grossesse au premier trimestre et stratégie de prise en charge des patientes présentant une menace de fausse couche ou une grossesse arrêtée (hors évacuation utérine). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2014;6(43):776-93.
41. Site des associations du réseau deuil périnatal [Internet]. Réseau Deuil Périnatal. Disponible sur: <http://www.lenfantsansnom.fr>

ANNEXES

Annexe n° 1 : Note d'information destinée aux internes

Je réalise ma thèse sur le vécu des pères lors d'un avortement spontané, précoce ou tardif (sont donc exclus IVG et IMG). De nombreuses études ont été réalisées sur le vécu des femmes confrontées à ce douloureux événement, mais peu de choses sont écrites sur le vécu de leurs conjoints.

L'objectif principal de ce travail de thèse qualitative est de **recueillir le vécu des pères lors de la fausse couche de leur conjointe, ainsi que leur besoin de soutien psychologique ou non, à partir d'entretiens semi-directifs.**

Nous analyserons l'impact de cet événement, à court, moyen et long terme, sur leur santé globale, physique ou psychique, et sur leur dynamique conjugale et familiale. Nous observerons également les contacts que les pères ont pu avoir avec les professionnels de santé dans ce contexte.

Nous commençons le recrutement de patients, et sollicitons ainsi votre aide.

Nous effectuerons des entretiens jusqu'à saturation des données, donc probablement de janvier à avril 2014 (voire plus).

Nous vous demandons :

De remettre à vos maîtres de stage la feuille d'information qui leur est destinée, et si vous en avez l'occasion, de les sensibiliser au sujet en leur demandant de **repérer dans leur patientèle « les fausses couches » qu'ils ont prises en charge pendant ces trois dernières années** (depuis début 2010 environ), puis de **contacter les patient(e)s concernés afin de leur proposer un entretien**, prochainement, sous forme de rencontre avec un médecin interne (moi-même).

De proposer vous-même, lors d'une consultation, ou par un appel téléphonique,

de participer à l'étude :

Aux patients que vous avez pris en charge, dont vous avez connaissance du vécu de FCS de leur conjointe dans les 3 dernières années ; ou

Aux patientes que vous avez prises en charge, qui ont eu une FCS dans les 3 dernières années, de **proposer à leur conjoint** de participer à l'étude.

De remettre la fiche d'information destinée aux patients, aux personnes volontaires.

Merci d'envoyer les coordonnées (téléphone portable et/ ou fixe ; mail) des patients volontaires, ou conjointes de patients potentiellement volontaires à :

anne.deheeger@gmail.com ou 06.78.97.62.88

au fur et à mesure de votre recrutement.

(Ou de les recenser sur papier libre et de le rapporter au prochain GEP en février).

Merci de votre participation à ce travail.

Anne DEHEEGER

Annexe n° 2 : Information destinée aux patientes et conjoints

VOTRE (*médecin, sage-femme, psychologue*) PARTICIPE A UNE ETUDE SUR

« LES HOMMES ET LES FAUSSES COUCHES ».

Il s'agit de remplir un **questionnaire anonyme**,
Et de participer à un **entretien confidentiel** (20 à 50 min environ) avec un jeune
médecin, si vous le voulez bien.

Si vous, ou votre conjoint, êtes intéressé(e)s, faites le savoir à votre
ou à sa secrétaire.

Merci de votre attention et de votre participation.

Dr DEHEEGER Anne, médecin interne et généraliste remplaçante.

Annexe n° 3 : Le guide d'entretien

1 Votre ressenti personnel de la fausse-couche

Vous et votre conjointe avez vécu une fausse couche, que voulez-vous me raconter à ce sujet ?

Si besoin, demander de préciser :

- Quel a été votre ressenti au moment de l'annonce ? ou Comment-cela vous a été annoncé ?
- Et après, comment ça s'est passé dans les semaines (ou mois, selon l'ancienneté) qui ont suivi ?

2 Couple : Est-ce que cela a changé des choses dans votre relation de couple ?

Au moment des faits ? Après ?

Sur le plan affectif, communicationnel et sexuel (*précision demandée à partir du 10^{ème} entretien*)

3 Lien avec l'enfant : Par rapport à l'enfant en devenir, pourriez-vous me dire quel a été votre ressenti ?

Si besoin : vous étiez-vous déjà projeté dans l'avenir avec cet enfant ?

4 Comment avez-vous vécu les différents RDV médicaux ?

Si besoin : vous êtes-vous senti « concerné » ? Impliqué ? À l'aise ?

5 Pensez-vous qu'un soutien psychologique pourrait-être (aurait-pu être) utile ?

Si besoin : Pour vous, votre femme, le couple ?

6 Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Annexe n°4 : Questions sur les caractéristiques médico-sociales des hommes

Quel est votre âge ?

Au moment de la fausse couche de votre conjointe,

Quel était votre âge ?

Quel était votre statut conjugal ? (marié, concubin, pacsé)
A-t-il évolué après l'événement ?

Quelle était votre profession ? (ou catégorie socio-professionnelle)

Quel est votre niveau d'étude ?

Quelle est votre nationalité ?

Aviez-vous déjà des enfants ? Si oui, combien ?

Aviez-vous déjà eu la possibilité d'être père avant la FC : fausse couche, interruption volontaire ou médicale de grossesse ?

Quels sont les professionnels de santé vous ont suivi depuis votre naissance, ou qui vous suivent actuellement ? MT, IDE, spécialistes, psychologues, kiné, ...

Annexe n° 5 : Echelle de deuil pré- et périnatal de Potvin, Lasker et Toedter (1989). Traduction française de C. de Tychey (1998), université de Nancy.

Cocher une case sur une échelle de valeur de 1 à 5

- | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|--|---|---|--|--|--|---|---|---|---|---|-----|
| 1. Je n'arrive pas à poursuivre mes activités habituelles | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 2. J'ai du mal à rencontrer certaines personnes | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 3. Je me sens intérieurement vide | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 4. Je me sens déprimé(e) | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 5. Je prends des médicaments pour mes nerfs | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 6. Je me sens coupable quand je pense au bébé | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 7. Je sens un besoin de parler du bébé | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 8. J'ai pensé à me faire du mal depuis la mort du bébé | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 9. Je me sens physiquement malade quand je pense au bébé | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 10. Je suis affligé(e) depuis l'événement | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 11. Je sens que je ne me suis pas bien adapté(e) à la perte | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 12. Je me sens non protégé(e) dans un monde dangereux depuis qu'il (elle) est mort(e) | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 13. Je reste rempli(e) d'effroi depuis l'événement | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |
| 14. J'ai laissé tomber des gens depuis la mort du bébé | NON | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | OUI |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | | |

15. Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup
16. Je vais chez mes amis et ma famille plus souvent que je ne devrais
17. La meilleure partie de moi-même est morte depuis la perte du bébé
18. Il m'est douloureux de me rappeler la perte
19. Parfois je ressens comme un besoin d'avoir un soutien psychologique pour reprendre ma vie en main
20. Je m'en veux de la mort du bébé
21. Je suis bouleversé(e) quand je pense au bébé
22. J'ai l'impression que je suis juste en train d'exister mais que je ne vis pas vraiment depuis la mort du bébé
23. Je me sens sans valeur depuis qu'il (elle)st mort(e)
24. Je pleure quand je pense à lui (elle)
25. Je me sens à l'écart et en retrait même en compagnie de mes amis
26. Mieux vaut ne pas aimer ni s'attacher aux autres
27. Le temps passe trop lentement depuis la perte du bébé
28. Je trouve difficile de prendre des décisions depuis la perte du bébé
29. Quand j'essaye de rire, plus rien ne me semble drôle
30. Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup

NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	
NON	<input type="checkbox"/>	OUI				
	1	2	3	4	5	

31. Je vais chez mes amis et ma famille plus souvent que je ne devrais

NON OUI

1 2 3 4 5

32. La vie ne vaut pas la peine d'être vécue

NON OUI

1 2 3 4 5

33. Etre un parent en deuil donne l'impression d'avoir moins de valeur pour la société

NON OUI

1 2 3 4 5

SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ABSTRACT

While early miscarriage is experienced as both a physical and psychological trauma by the woman who is facing it, what about her partner's experience?

We conducted a qualitative study based on individual semi-structured interviews with 17 men in the Loire Atlantique region in France who have experienced at least one miscarriage in their couple after 2010. The aim was to explore the experience of miscarriage for men, as well as the impact on their marriage, their experience of the relationship with caregivers and the possible need for psychological support.

We find out that miscarriage has a real psychological impact on men. They experience at the same time a grief and the awareness of their helplessness. But the meaning of loss varies greatly from one man to the other. It is often ambivalent and depends on many factors, such as one's life history, or the emotional relationship towards the child. The paternalisation process by which men gradually experience how to become a father is complex and unique. The reaction of men following a miscarriage is often hidden and ignored by his relatives and caregivers. Male feelings and behaviors are different from the women, so the couple relationship can be strengthened or weakened. Men often find it difficult to support their wife and to communicate with her. While men don't dare to ask the caregivers for help, let alone their own doctor, they express a strong need to be listened to and to get information, support and reassurance. The therapeutic challenge when accompanying these bereaved couples is to adopt a comprehensive preventive approach taking into account men in their own right. The general practitioner takes a special supporting role in this care. It nevertheless concerns all caregivers - especially self-employed midwives- who must be sensitized and trained on the subject.

Le vécu de l'homme lors de la fausse couche spontanée précoce de sa conjointe : enquête qualitative à partir de dix-sept entretiens semi-directifs auprès d'hommes résidant en Pays de la Loire.

RESUME

Alors que la fausse couche précoce (FCP) est vécue comme un traumatisme à la fois physique et psychologique par la femme qui y est confrontée, qu'en est-il pour son conjoint ?

Nous avons mené une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés individuels auprès de 17 hommes de Loire Atlantique, ayant vécu au moins une FCP au sein de leur couple après 2010. L'objectif était d'explorer le vécu de la fausse couche (FC) chez l'homme, mais aussi le retentissement sur son couple, son vécu de la relation avec les soignants et son éventuel besoin de soutien psychologique.

Nous constatons que la FC a un réel retentissement psychologique sur l'homme. Il vit à la fois un deuil et la prise de conscience de son impuissance. Mais la signification de la perte est très variable d'un homme à l'autre. Elle est souvent ambivalente et dépend de nombreux facteurs, comme son histoire de vie, ou son lien d'attachement vis-à-vis de l'enfant. Le processus de paternalisation par lequel l'homme se sent progressivement devenir père est complexe et unique. La réaction de l'homme suite à la FC est souvent cachée et ignorée de son entourage et des soignants. Les ressenti et comportement masculins étant différents de ceux de la femme, la relation de couple peut s'en trouver fragilisée ou renforcée. L'homme présente souvent des difficultés à soutenir sa conjointe et à communiquer avec elle. Alors qu'il n'ose pas solliciter l'aide des soignants rencontrés, et encore moins celle de son médecin traitant, il exprime un fort besoin d'écoute, d'informations, de soutien et de réassurance. L'enjeu thérapeutique est celui d'une prise en charge préventive globale prenant en compte l'homme à part entière lors de l'accompagnement de ces couples endeuillés. Le médecin généraliste tient un rôle de soutien privilégié dans cette prise en charge. Celle-ci concerne néanmoins l'ensemble des soignants –notamment les sages-femmes libérales– qui devraient être sensibilisés et formés sur le sujet.

MOTS CLES

Homme, père, fausse couche précoce, perte de grossesse, psychologie, vécu, couple, accompagnement, deuil, médecin généraliste

Man, father, miscarriage, early pregnancy loss, fetal loss, psychology, couple, lived, bereavement, grief, mourning, accompaniment, general practitional