



HAL
open science

Etude IMProVE : analyse qualitative du discours de 8 pères ayant fait face à l'interruption médicale de grossesse de leur compagne

Kahina Aliouat-Kecir

► **To cite this version:**

Kahina Aliouat-Kecir. Etude IMProVE : analyse qualitative du discours de 8 pères ayant fait face à l'interruption médicale de grossesse de leur compagne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932087

HAL Id: hal-01932087

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932087v1>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

ANNEE 2017

THESE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisée

Par

Kahina ALIOUAT-KECIR

Le 28/06/2017

Etude IMProVE : analyse qualitative du discours de 8 pères ayant fait face à l'interruption médicale de grossesse de leur compagne

Examineurs de la thèse:

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Monsieur le Professeur Olivier MOREL

Madame le Docteur Sophie ROTHENBURGER

Madame le Docteur Fabienne LIGIER

Président de jury

juge

juge

juge et directeur

juge et directeur



16 février 2017

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY – Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER – Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ – Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT – Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET – Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-
section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :
(*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur

Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves

JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*) Professeur
Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-
section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre
Maître et Président de Thèse
Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN
Professeur de Psychiatrie de l'Adulte

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Nous avons eu le privilège de travailler dans votre service, de suivre vos enseignements et de bénéficier de votre expérience et de vos conseils durant nos années d'internat.

Nous avons beaucoup apprécié vos qualités pédagogiques et humaines et nous sommes honorée de la confiance que vous nous portez en nous permettant de poursuivre notre projet professionnel au sein de votre équipe.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre vive reconnaissance et de notre haute considération.

**A notre
Maître et Juge
Monsieur le Professeur Bernard KABUTH
Professeur de Pédopsychiatrie
Docteur en psychologie**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Nous avons beaucoup apprécié vos enseignements durant notre internat. Nous tenons à vous témoigner toute notre admiration pour la passion et l'investissement avec lesquels vous prenez en charge les jeunes patients.

Soyez assuré du respect et de l'estime que nous vous portons.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre vive reconnaissance et de notre haute considération.

**A notre
Maître et juge
Monsieur le professeur Olivier MOREL**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissante d'avoir permis la réalisation de ce travail en nous accueillant dans votre service.

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre juge

Madame le Docteur Sophie ROTHENBURGER

Pédopsychiatre

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et d'accepter de juger notre travail.

Nous avons pu apprécier pleinement votre investissement auprès des patients et de leurs familles ainsi que votre intérêt à nous faire partager vos connaissances.

Merci de nous avoir fait découvrir et aimer la psychiatrie périnatale.

Nous tenons aussi à vous remercier de votre patience et de vos précieux conseils durant ce travail et nous vous en sommes reconnaissante.

Puisse ce modeste travail être pour vous, l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre juge

Madame le Docteur Fabienne LIGIER

Pédopsychiatre

Vous nous avez fait l'honneur de diriger et d'accepter de juger notre travail.

Durant nos semestres d'internat, nous avons particulièrement apprécié vos enseignements en séminaires clinique et de recherche.

Nous tenons à vous remercier de votre patience et de vos précieux conseils durant ce travail et nous vous en sommes reconnaissante.

Puisse ce modeste travail être pour vous, l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

Pour avoir permis la réalisation de ce travail :

A toute l'équipe du service de « RICHON3 » pour leur accueil durant les mois de l'inclusion.

A Fabienne Morel, Marie-Christine Renard, Virginie Chery les assistantes sociales de la maternité pour leur soutien et leur accueil dans la bonne humeur durant mes passages à la maternité.

A l'Association des Médecins du Centre Psychothérapique de Nancy (AMC) pour leur contribution à la traduction de l'article.

A ma très chère amie Aline Probst pour sa relecture et ces précieux conseils en anglais.

Aux pères qui ont acceptés de collaborer à ce travail et sans lesquels ce travail n'aurait pas pu être réalisé.

Pour ma formation,

Au Dr Pierrette Witkowski, pour son accompagnement et sa bienveillance lors de mes débuts dans la psychiatrie.

Au Dr Pauline Kieffer avec qui c'était un plaisir de travailler dans les Vosges cela reste un plaisir de travailler avec elle à l'unité 6. Merci pour ton soutien ces derniers mois.

A toute l'équipe soignante du service de psychiatrie et de psychologie clinique (USL, USP et CMP).

Aux secrétaires avec qui ça a été et cela sera un plaisir de travailler : Astrid, Agnès, Claire, et Cindy.

Au Dr Rothenburger, à l'équipe du Centre Médico-Psychologique de la Madeleine, pour leur accueil durant mon stage de psychiatrie périnatale.

Au Dr Pascale Olivier pour sa générosité, sa bonté et sa bienveillance à notre égard durant notre stage dans son service.

Au Dr Marius Mocodean pour sa culture ses précieux conseil et son soutien durant mes deux semestres dans les Vosges. A toute l'équipe du service d'Apollinaire et du CMP de Saint-Dié-des-Vosges avec qui j'ai particulièrement apprécié travailler durant une belle année.

A toute l'équipe du CMP de Lunéville : le Dr Saad Saint- Gilles, le Dr Vigier, le Dr Kieffer et à toute l'équipe soignante avec lesquels j'ai aimé prendre en charge des jeunes patients.

A mes co-internes et amis rencontrés durant ces quatre années d'internat : Claire, Léa, Virginie, Alice, Mélanie, Fred, Alexandros, Anne, Jean- Marc, Sophie, Valentina, Géraldine, Charlotte, Cyril, Hugo, Audrey, Julie, ...

Plus personnellement,

A mon mari Kaci

Sans ton soutien et tes encouragements pour cette dernière P1 je ne serais probablement pas là aujourd'hui. Merci pour ta patience et ton soutien ces derniers mois.

*A mon petit garçon **Rani** qui illumine notre vie depuis maintenant près de 3 ans.*

A notre petite famille et au bonheur d'être ensemble.

A mes chers parents

Merci pour votre amour et soutien durant ces longues, très longues années d'études, voilà enfin ce jour ou votre grande (dernière diplômée) finit ses études. Je vous aime.

*A mes trois sœurs : **Lydia, Mélissa et Laetitia**, malgré la distance c'est toujours un plaisir de se retrouver. Merci d'avoir toujours cru en moi. Je vous aime.*

*A mes beaux-frères **Sofiane et Lyes** grâce à qui la famille s'agrandit.*

*A ma belle-famille : merci de m'avoir si bien accueilli dans la famille. **Djamel et Kahina**, merci pour votre bonne humeur et vos encouragements ces derniers mois.*

*A tata **Malika** et sa petite famille, merci d'avoir toujours été là dans les bons moments comme dans les moments difficiles.*

*Parce que je ne peux pas ne pas penser à toi **mémé Melkhir** qui malgré les difficultés, a toujours œuvré pour que tes enfants et tes petits-enfants fassent des études. Et toi **mémé Tassadite** qui m'avait tant soutenue durant cette période difficile qu'était la P1. « Rebbi yerhemkoum nchallah » (reposez en paix).*

*A mes amis qui ont rendu ces années d'équivalence plus agréables : **Leila, Pierre, Hakim, Mourad, et Aline**.*

*A **Katia, Lydia, et Fella** et à cette amitié qui a survécu aux kilomètres et à la vie de famille et professionnelle. Merci d'être toujours là 10 ans après mon départ.*

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Sommaire

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	18
2. MÉTHODOLOGIE.....	22
2.1. Population étudiée	22
2.1.1. Critères d'inclusion.....	22
2.1.2. Critères de non inclusion	23
2.2. Recueil de données.....	23
2.3. Outils	24
2.4. Législation.....	24
3. ARTICLE.....	25
4. RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES	40
5. DISCUSSION	43
6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES DE LA THÈSE.....	46
7. BIBLIOGRAPHIE	47

1. Contexte et justification de l'étude

Durant notre internat, nous avons eu l'opportunité d'effectuer un stage de psychiatrie en périnatalité à la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy. Durant cette période, il nous a été donné la possibilité d'accompagner des couples qui faisaient face à une interruption médicale de grossesse (IMG). Parmi ces couples, un homme nous a interpellé par ses propos: « je n'ai pas le droit de ne pas aller bien, je dois tenir le coup pour ma femme, si elle me voit craquer, elle, c'est fini », alors que tous deux vivaient la perte d'un enfant à 8 mois de grossesse pour diagnostic de mucoviscidose. La rencontre de ce couple a suscité en nous des interrogations relatives au déroulement et à l'encadrement législatif des IMG, mais surtout à la place réservée au père par les soignants, à son éprouvé et à la place qu'il s'autorise à prendre dans cette épreuve. C'est ainsi qu'est né le projet de ce travail.

Sur le plan légal, en France, une IMG peut être pratiquée à tout moment de la grossesse pour motif maternel quand celle-ci « met en péril grave la santé de la femme » ou pour motif foetal quand il existe « une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic » (1). Cette décision est légitimée par un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), saisi par la femme ou le couple. Sur le plan légal, seule la signature de la femme est requise. Sur le plan juridique, le fœtus a un « non- statut ». A partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA), ce qui correspond à un critère de viabilité du fœtus, l'enfant aura un acte « d'enfant déclaré sans vie » inscrit dans le registre de décès de l'état civil. Son inscription à ce registre est obligatoire, alors que son inscription sur les registres des naissances est impossible. Un prénom peut lui être attribué mais il ne portera pas de nom de famille. L'enfant figurera en partie basse du livret de famille réservé aux décès si les parents en font la demande. Si le livret ne préexiste pas à la naissance de l'enfant, les parents peuvent demander sa création (2). Des progrès ont été effectués pour promouvoir le statut et la place des hommes dans le deuil périnatal en général. Ainsi, depuis le 9 janvier 2008, les pères peuvent bénéficier du congé paternité pour tout enfant « né » après le délai légal des 22 SA. Ce congé est ouvert à tout père salarié, ainsi que demandeur d'emploi ou stagiaire en formation professionnelle (3).

En ce qui concerne le devenir du corps de l'enfant, la famille peut choisir de prendre en charge les funérailles mais ce n'est pas obligatoire. Le couple peut aussi opter pour le « don du corps » et dans ce cas, l'hôpital se charge du corps du bébé qui est incinéré au

crématorium. A Nancy, les cendres sont dispersées dans un lieu spécifique du Cimetière du Sud.

En ce qui concerne le déroulement de l'IMG, selon le terme de la grossesse au moment de l'acte, différentes techniques répondant à des protocoles bien définis sont utilisées (4). Ainsi au premier trimestre et au début du 2^{ème} trimestre, la majorité des IMG se fait par aspiration. A partir de 17-18 SA, la plupart des équipes préconise le déclenchement médicamenteux. A partir de 22-24 SA, l'anesthésie-fœticide est recommandée au regard des connaissances sur la douleur chez le fœtus (4). Ce geste est réalisé au bloc opératoire sous analgésie péridurale de la patiente. Un obstétricien procède à une injection écho guidée de chlorure de potassium en intracardiaque chez le fœtus préalablement anesthésié. Pour des raisons d'asepsie, mais aussi du fait de la difficulté technique et émotionnelle du geste pour le praticien et son équipe, le père ne peut assister à cette intervention à Nancy. Il se retrouve alors souvent seul à vivre cette attente avec tout ce qu'elle comporte d'inquiétudes et d'interrogations. Il peut ensuite rejoindre sa femme et rester à ses côtés durant le déclenchement qui peut être long, et l'accouchement dans une salle de naissance, située un peu à l'écart des autres salles. Ainsi, il voit sa femme consciente, accoucher et aider à l'expulsion du bébé « sans vie ».

A l'annonce de l'IMG, la majorité des couples demande une césarienne sous anesthésie générale, pour « en finir au plus vite » et tenter d'occulter l'événement. Or, sauf indication spécifique, l'accouchement se déroule par les voies naturelles, la césarienne pouvant compromettre le pronostic obstétrical de la mère et ralentir sa récupération physique (4).

En 2014, 7104 attestations d'anomalie fœtale de particulière gravité en vue d'une IMG ont été délivrées par l'ensemble des CPDP français. Parmi elles, 2653 concernaient des grossesses supérieures ou égales à 22 SA; 63% de ces fœtus présentaient un syndrome malformatif (5). En 2015, 109 demandes de recevabilité d'IMG pour des grossesses supérieures à 22 SA ont été soumises au CPDP du CHRU de Nancy et 41 IMG ont été réalisées au-delà de 22 SA, dont 36 pour motif fœtal.

La succession de toutes les étapes qu'impose l'IMG est d'une telle violence pour les parents, qu'un accompagnement est nécessaire et indispensable afin de les aider à faire face à l'événement. A la maternité du CHRU de Nancy, comme dans la majorité des maternités, cet accompagnement est pluridisciplinaire. Il commence dès l'annonce du diagnostic. Lorsque l'IMG est décidée, l'obstétricien explique son déroulement, l'arrêt de vie in utero et

l'importance de l'examen fœto-pathologique. La sage-femme référente de « l'unité de médecine fœtale » informe les couples sur les modalités d'hospitalisation et la disponibilité d'un « lit accompagnant » pour le père. Elle évoque également avec eux les différents rituels d'accompagnement de l'enfant : le voir, le porter dans leur bras, prendre des photos, le prénommer, choisir la sépulture. Ils sont ainsi informés que des traces mémorielles seront réalisées sous forme de photographies, d'empreintes de pieds et de mains du fœtus, données aux parents ou gardées dans le dossier obstétrical. Ils peuvent récupérer le bracelet d'identification du bébé. Les photographies pourront être demandées à tout moment par les parents, s'ils n'avaient préalablement pas choisi de voir leur enfant à la naissance, ou de ne pas récupérer ces traces mémorielles.

Parallèlement, un accompagnement psychologique ou psychiatrique est systématiquement proposé au couple. Cet accompagnement a une fonction préventive afin de déceler et de pouvoir prendre en charge rapidement l'émergence de deuils pathologiques. Il permet surtout l'élaboration de sentiments, affects, liés à l'IMG. Pour les couples qui le souhaitent, une rencontre avec un représentant du culte est aussi proposée. Enfin, les coordonnées des associations relatives au deuil périnatal sont données aux couples avant leur sortie.

Ce recours à l'IMG confronte les parents à un deuil périnatal particulièrement difficile, deuil d'un enfant qu'ils n'auront jamais vu vivant. A ce sujet Hanus écrit : « Comment perdre ce que l'on n'a pas eu ? L'enfant ne devrait-il pas être la plus belle des espérances ? » (6) Par le désir d'enfant, les parents ont aussi un désir de filiation, avec un enfant qui est sensé leur survivre si les choses suivent « normalement » leur cours.

Selon Freud (7), un deuil comporte toujours une dimension narcissique, deuil étroitement lié à la relation et aux souvenirs de l'être perdu. Qu'en est-il du deuil de ces tout-petits avant leur naissance ? Leur singularité encore très restreinte se confronte souvent avec le désir de l'enfant imaginé idéal. Lors de la découverte d'une malformation fœtale, l'enfant imaginaire est brutalement désinvesti par les parents qui demandent qu'on leur enlève « ça », le bébé perdant alors toute caractéristique humaine (8). Les propositions de voir le bébé ont pour objectif de le « ré humaniser » et de rencontrer l'enfant réel. Les choix que les parents ont à faire par rapport à la sépulture les mettent dans une position active parentale. Toutes ces particularités font du deuil après une IMG un deuil parmi les plus difficiles (9). Différents facteurs font obstacle à sa résolution (10) : l'impossibilité de donner un sens à la perte, avec

un vécu de non-sens, l'ambivalence et la culpabilité, ainsi que d'un sentiment de devoir envers l'enfant en s'imposant de ne pas l'oublier.

Il existe un consensus sur le déroulement du deuil, décrit en trois étapes (11):

- La phase initiale, d'impact ou de choc, située immédiatement après le décès,
- la phase d'état : il s'agit de la phase essentielle du deuil, appelée phase de dépression ou de repli. Cette période se traduit par une symptomatologie dépressive. Le sujet a tendance à idéaliser la personne disparue. Cet état dépressif dure un temps variable et ce n'est pas parce qu'il semble long qu'il est pathologique. Ce qui est « normal », c'est qu'il évolue avec le temps.
- la phase de résolution, de guérison, de restitution. Le sujet accepte la réalité de la perte du défunt. Il existe un retour au bien-être. Le sujet peut de nouveau se réinvestir dans ses activités et loisirs habituels.

De nombreuses études se sont intéressées au vécu des femmes confrontées à une perte périnatale dans le contexte de l'IMG (12–14), et les auteurs s'accordent sur la fréquence des troubles anxieux, dépressifs, voire de stress post-traumatique dans les suites de cette épreuve. Autant de réactions qui nécessitent une prise en charge spécifique, prise en charge soulignée comme très importante par la littérature (15–17). Cependant, peu d'études sont centrées sur le vécu des pères, alors qu'ils vivent la grossesse différemment de leur femme. L'homme, contrairement à la femme, n'a pas de satisfaction libidinale directe par l'enfant pendant la grossesse. Il est absent du corps-à-corps de la gestation et la naissance d'un enfant relève pour lui d'un processus purement psychique avec un remaniement narcissique. Le processus de paternité s'effectue de façon indirecte, identificatoire par rapport à son propre père, à sa propre mère, et projective sur son futur enfant (18). En effet, la grossesse, et la mise au monde d'un enfant sont pour le père d'une très grande violence car il est confronté à ce qu'il ne pourra jamais vivre. Les rares études qui se sont intéressées au vécu du père dans l'IMG sont souvent quantitatives ou comparatives : elles retrouvent une différence dans l'intensité de la douleur morale chez l'homme et la femme ayant vécu un deuil périnatal dans un contexte d'IMG, ainsi que des mécanismes d'adaptation différents entre les pères et les mères face à l'IMG (19,20). Ces facteurs peuvent favoriser l'émergence de difficultés conjugales (21).

Au niveau national, une équipe de l'Université de Toulouse s'intéresse particulièrement au deuil périnatal ; elle a mené une étude qualitative sur le vécu des femmes ayant fait face à

l'IMG (22) et une étude en analyse thématique sur le vécu des hommes après une fausse couche (23). Les auteurs avaient souligné l'impact psychologique d'une fausse couche chez certains hommes et leurs difficultés à soutenir leur femme malgré leur souhait.

Ainsi, se pose la question du vécu des pères qui accompagnent leur femme dans le processus particulier de l'IMG : comment perçoivent-ils cet événement, eux qui vivent, de fait, la grossesse différemment de leur compagne? A quels sentiments sont-ils confrontés? Quels moyens de défense mettent-ils en place? Ont-ils, eux aussi, besoin d'un accompagnement spécifique? Et le souhaitent-ils?

Afin de pouvoir répondre en partie à ces questions, nous avons mené une étude qui a pour objectif de décrire le vécu et les besoins des pères face à l'IMG, afin de leur proposer un accompagnement le plus adéquat possible et d'améliorer la prise en charge proposée.

Notre étude s'est déroulée en deux parties, avec une première investigation des pères le lendemain de l'IMG de leur compagne et une deuxième, 6 semaines après l'IMG. Pour des raisons pratiques, seuls les résultats de la première partie figurent dans l'article scientifique soumis à publication.

Notons que, dans notre étude, sont appelés pères/ mères, les hommes/femmes ayant perdu un fœtus après 22 semaines d'aménorrhée.

2. Méthodologie

2.1. Population étudiée

La population étudiée était constituée d'hommes répondant aux critères d'éligibilité, rencontrés au sein de la Maternité du CHRU de Nancy durant la période allant d'avril 2016 à décembre 2016.

2.1.1. Critères d'inclusion

- Conjoint (père désigné du fœtus) de femmes bénéficiant d'une IMG pour indication fœtale après 22 SA. *Le seuil de 22SA a été retenu dans un souci d'homogénéité. En*

effet ce seuil correspond à un des critères de viabilité du fœtus et rend nécessaire le recours à « l'arrêt de vie in utero » lors d'une IMG. A ce stade du terme, la grossesse est généralement bien investie par les parents : la déclaration de grossesse est déjà effectuée et les mouvements fœtaux sont perçus.

2.1.2. Critères de non inclusion

- Père mineur
- Maladie génétique connue dans la famille et à l'origine de l'indication de l'IMG
- Grossesse gémellaire (afin d'exclure les IMG sélectives)
- Père présentant un déficit intellectuel, un trouble psychopathologique chronique.
- Impossibilité de s'exprimer de manière fluente en français.

2.2. Recueil de données

Un recueil de données générales auprès de la population des pères a été réalisé à partir d'une grille de recueil spécifique à l'étude. Deux entretiens semi-dirigés ont été proposés aux participants. Le premier durant le séjour hospitalier de la mère du fœtus pour l'IMG, le deuxième à six semaines de l'intervention, au moment du rendez-vous avec l'obstétricien, programmé systématiquement pour la visite post-IMG.

Tous les entretiens ont débuté par la même phrase : « Certains hommes, qui ont traversé les mêmes évènements que vous, nous ont dit que c'était parfois difficile. Est-ce le cas pour vous ? Qu'est-ce qui vous est le plus difficile ? ». Ensuite, l'expression libre du discours était privilégiée et quand celui-ci s'épuisait, et en fonction du discours du père, une relance sur l'un des thèmes suivants élaborés en fonction de la littérature (24), était effectuée :

- le désir d'enfant et les rêves relatifs au bébé,
- le déroulement, les perceptions et les émotions depuis l'annonce de l'anomalie jusqu'à l'accouchement,
- la prise en charge médicale et psychologique du couple,

- les changements dans la perception de soi,
- la perception de la relation de couple et du conjoint,
- ou la réactivation des deuils et conflits antérieurs.

Notons que nous ne recherchions pas à être exhaustifs, le but étant d'étudier l'élaboration spontanée du père.

L'entretien était enregistré et a été retranscrit mot à mot et rendu anonyme. Le texte ainsi obtenu a été étudié par analyse thématique de discours, avec un double encodage pour assurer la triangulation. L'inclusion des pères s'est arrêtée lorsqu'il n'y avait plus de matériel nouveau à l'étude du discours (effet de saturation).

2.3. Outils

Une grille de recueil de données générales des pères a été spécifiquement élaborée pour cette étude, comprenant :

- l'âge des pères,
- l'âge gestationnel lors de l'IMG,
- les antécédents de deuil périnatal personnel,
- les antécédents d'IMG connus dans la famille ou l'entourage,
- et le nombre d'enfants vivants.

2.4. Législation

Notre étude a été approuvée par la Direction de la Recherche et de l'Innovation du CHRU de Nancy et a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro R2016-07.

3. Article

Soumis le 18 mai 2017 à la revue: « Archives of Women's Mental Health »

Experiences of fathers having faced with termination of pregnancy for foetal abnormality

Kahina ALIOUAT KECIR, resident in psychiatry in Faculty of medicine of Nancy, France, kahina.KECIR@cpn-laxou.com

Sophie ROTHENBURGER, psychiatrist in pole infanto-juvenile, psychotherapeutic center of Nancy-Laxou, France, sophie.rothenburger@cpn-laxou.com, 0033383928400.

Eliane ALBUISSON, Methodologist Biostatistician, Pôle S²R, PARC, UMDS, CHRU Nancy, Vandoeuvre lès Nancy, France, Université de Lorraine, Faculté de Médecine, InSiDens, Vandoeuvre lès Nancy, France : e.albuisson@chru-nancy.fr.

Fabienne LIGIER, psychiatrist in department of child and adolescent psychiatry, psychotherapeutic center of Nancy-Laxou, France, fabienne.ligier@cpn-laxou.com, 0033383154553 - APEMAC EA 4360, university of Lorraine, France.

ABSTRACT

Purpose

The development of medical ultrasound techniques and progress in prenatal diagnosis allows for the discovery of foetal malformations. Their diagnosis can sometimes force the parents to choose a termination of pregnancy for foetal abnormality (TOP). The goal of this work is to describe the feelings of the fathers who accompany their partners throughout this process and their strategies for coping, a subject which has received little attention in the literature.

Methods

Our study was performed in the maternity department of the Nancy University Hospital, between April and December 2016 and concerns TOP which were performed following 22 weeks of amenorrhoea. Semi-structured interviews were offered to the fathers the day after the TOP. These semi-structured interviews were transcribed and studied by thematic analysis. Eight men agreed to participate in this study.

Results

Among the fathers we found intense and violent emotional strain throughout the TOP. Hearing the diagnosis of foetal malformation had a traumatic effect. They

experienced a fear of losing their partner, feelings of anger, loneliness and exclusion. They used internalisation, minimisation and avoidance by distraction. In addition, they all insisted on their desire to be beside their partners throughout the TOP.

Conclusion

This work reveals the progress still to be made in assisting fathers by offering them personalised support and providing them with a specific role in the TOP process.

KEY WORDS

Termination of pregnancy; foetal abnormality; bereavement; father's; qualitative.

INTRODUCTION

The development of medical ultrasound techniques and progress in prenatal diagnosis allows foetus malformations to be discovered during pregnancy. These outcomes are often a source of anxiety for the parents, as they are faced with decisions, which they never imagined having to make. In some countries, the parents have the possibility to resort to a termination of pregnancy (TOP) for foetal abnormality. In France, this “anomaly” must be “recognised as being particularly serious and incurable at the time of the diagnosis”, for the TOP to be legally authorised (« Code général des collectivités territoriales - Article L2213-1 | Legifrance »). Resorting to a TOP confronts the parents with a difficult bereavement. Numerous studies have considered the experience of women faced with TOP (Kersting et al. 2004; Lipp 2009; Zolese and Blacker 1992; Hodgson et al. 2016). The authors are in agreement concerning the frequency of problems of anxiety, depression, and even post-traumatic stress following this ordeal (Kersting et al. 2005; Rosenfeld 1992; Hunfeld, Wladimiroff, and Passchier 1997), all reactions which require special treatment. However, few studies have concentrated on the experience of fathers, and those which have, are often quantitative or comparative: they find a difference in the intensity of the emotional strain, as well as the different mechanisms by which fathers and mothers try to cope with a TOP (Geerinck-Vercammen and Kanhai 2003; Hunt et al. 2009). These factors can trigger the emergence of marital difficulties (White-van Mourik, Connor, and Ferguson-Smith 1992).

For this reason, we wanted to investigate the experience of fathers who accompany their partner in this process: as they experience pregnancy differently from their partner, how do they perceive this event? With which feelings are they confronted? What coping mechanism do they use? Do they also need special support?

In order to try to answer these questions, we carried out a study with the goal of describing the experiences of fathers facing TOP, to offer them the best support possible and to improve current care.

MATERIALS AND METHODS

Population studied

The population studied was composed of men meeting the eligibility criteria, interviewed in the Maternity Department at Nancy University Hospital (CHRU) between April and December 2016.

Criteria for inclusion

- Partner of a woman having a TOP for foetal abnormality after 22 weeks of amenorrhea (WA).
- Signature of the consent form

Criteria for non-inclusion

- Minor father
- Known genetic illness in the family responsible for the TOP indication
- Gemellary pregnancy
- Intellectual deficit
- Chronic psycho-pathological problems
- Inability to express themselves fluently in French.

Data collection

General data concerning the fathers was gathered using a collection grid specifically developed for this study and the participants were offered a semi-directed interview while the mothers of the foetuses were in hospital. All interviews began with the same sentence: "Some men who have gone through the same events as you have, told us that it was difficult. Is this the case for you? What is the most difficult aspect for you?" Then we allowed free expression to open up the discussion and when this ended, one of the following themes was addressed, depending upon what the father had said:

- the desire to have a child and dreams concerning a baby,
- the progression, the perceptions and the emotions since being told of the anomaly up until delivery,
- the medical and psychological care for the couple,
- the changes in their self-perception,
- the perception of the relationship within the couple,
- or the reawakening of earlier bereavements and conflicts.

These themes were taken from the literature.

It should be noted that we did not seek to be exhaustive, the goal being to examine the father's spontaneous expression.

The interview was recorded, rendered anonymous and transcribed word-for-word. The text thus obtained was examined using thematic analysis with double encoding. No more additional fathers were included in the study when no new material was produced in the study of the discussions (saturation effect).

Tools

A general data collection grid was specially developed for this study, to include:

- the age of the fathers,
- the gestational age at TOP,
- personal perinatal bereavement antecedents,
- known TOP antecedents, among family and friends
- and the number of living children.

Legislation

Our study was the subject of a declaration made to the French National Commission on Computing and Freedom of Information (no. R2016-07).

RESULTS

Included population

During the period from 1st of April to 31st of December 2016, 15 TOP beyond 22 WA were performed in the Maternity department at CHRU Nancy and the study was presented to 13 of these couples. Eight fathers were eligible. They were interviewed the day after the TOP. The socio-demographic data of the participants and the length of the interviews are given in table 1.

Reaction to being told and decision-making

Notification of the foetal malformation diagnosis was brutal, giving the participants a feeling of being helpless: *“everything was going well and suddenly, bang.”* This diagnosis was often experienced as a shock: *“we were shell-shocked”*, with a traumatic effect: *“the news was... like being attacked”*, leaving them stunned: *“You feel a bit lost*, and depersonalized: *“you don’t know who you are any more.”* Following this news, the men projected themselves into a future of looking after a handicapped child, needing a great amount of care: *“maybe even needing extensive surgery”* going right through to the spontaneous early death of the child if the decision to continue the pregnancy was taken: *“The child could die later on.”*

Despite the fact that some couples had considered the possibility of an anomalous foetus and a TOP in this scenario from the beginning of the pregnancy, the fathers interviewed were not prepared for this decision: *“we were told before the pregnancy that if there was a risk of handicap... that we might not keep the baby, but this did not make the decision any easier.”* Some were sure of their choice and considered that it was the best decision for the child and the family: *“it’s best for him,” “it would be a burden for our daughter.”* While others expressed more doubts about their decision: *“did we make the right decision?”* and experienced guilt: *“you feel guilty.”*

Several days or even weeks passed between being first told of the possibility of a foetal malformation and the confirmation of the diagnosis. For most men, this was a long wait: *“I found that everything slowed down.”* Some found themselves driven into

early bereavement for their child right from when they first found out: *“as soon as I heard that... I couldn't bring myself to touch my partner's belly”*, while others waited for the final diagnosis: *“there's always a glimmer of hope.”*

The emotional dimension

All the men interviewed associated the painful event of the TOP with having experienced failure: *“I wanted to succeed in giving her a child”*, with emotional strain: *“It hurt me”*, with indescribable suffering: *“I don't have words to tell you”*, or describing it as something unparalleled: *“I have lived through horrible things... but that's the worst.”* Vaginal delivery was often seen as useless: *“it's a lot to go through, just in the end to have a dead baby.”* The men feared losing their partners during this delivery. TOP makes men face anguish and sadness, the loss of their status as father: *“when you have to sign, or say how you are related to a baby, it's really strange to write father at that moment”*, but also the bereavement for an imagined child that most have already invested so much in: *“we did everything, looked for first names, bought clothes...”* giving way to a sense of emptiness and solitude: *“you just feel empty.”* Tears were often mentioned: *“well, I cried...it's normal to cry.”* Among the sentiments reported by the participants, was the sense of injustice: *“to lose a child is just not fair”* and of anger towards parents who mistreat their children: *“You feel rage, anger towards people who abandon their baby.”* The fathers also expressed guilt for having been responsible for the anomaly found: *“I was afraid it came from me.”*

The perception of the couple's relationship

Many men had a virile image of their role, insisting on the need to contain their sadness to support their partner: *“I just tried to hold on, to be there for her.”* However, most underlined their perception of differences in the couple: *“you don't live the same trauma as your partner, because she was the one who carried the child”* and their difficulties in identifying with their partner's suffering: *“it's hard to gauge her reactions...you don't necessarily understand.”* Some men minimised their own grief: *“the baby lived inside her; as for me, the baby was already dead, and so for her, her loss is much greater”*, while others admired the courage of their partner: *“she was strong... I cry more than she does.”*

The coping process

The majority of men internalised their emotions: *“feelings - you bury them.”* Some minimised the consequences or distanced their personal experience by referring to other couples.

The participants often expressed their desire to have information on the aetiology of the defect: *“the baby had a malformed brain, but we still don’t know why... I hope we will one day.”*

Many men relied on their family and friends to face up to their pain: *“I have a wonderful daughter who helps us a lot”, “they’ve got our backs, we have got a good support network”*. For some fathers, they turned to their faith when facing the psychological consequences of TOP: *“he has gone to heaven.”* While others were avoiding it and escaped through work and sport: *“I keep working and I try not to think of it”, “sport allows me to escape.”* Sometimes, the idea of trying for another child was mentioned: *“we don’t lose hope to have a child.”*

Experience of support rituals

All the men wanted to see their baby *“it’s a way of saying goodbye”*, some idealised it: *“it’s a very beautiful baby.”* This meeting was a source of traumatic flash-back for one of the participants: *“I see his image all the time.”*

While all the fathers were attached to the importance of having memories: *“I have a footprint... I have a little pullover that she wore”*, two men expressed their regret of not being able to offer a funeral for their child: *“If you had a little grave... and yes my only regret was the money.”*

Expectations and reservations regarding the care system

While all the men expressed their satisfaction with the availability, the professionalism and the empathy of the care team during their stay in the maternity department: *“All the people who assisted us, the medical team, the surgeons, all the people there were very competent and very nice and that greatly helped the delivery”*, the majority criticised the brutality of the news of the diagnosis: *“he told us that the baby was not viable, that we had to be prepared to bury it, in fact he was quite blunt.”* In addition, the feeling of exclusion was reported by the participants, in

particular due to their absence during the TOP and the standard of their accommodation while in hospital: *“the father is a bit left out all the same... he has to eat. You’re not there when they stop the baby’s heart... that’s when you know your child is dying.”*

These fathers expressed a lot of expectations concerning the care system. They wanted to be near their partners the whole time. They also wanted to be protected from the cries of babies in the birthing room: *“there are others around, also in labour, but they end up with a living baby”*, to have their uniqueness taken into account and to benefit from better conditions during their stay: *“there should be... at least two beds in the room.”*

Expectations with regard to society

The participants mentioned the painfulness of the administrative processes with which they were confronted: *“there were always so many forms to fill in afterwards... They complicated our lives with all those administrative details.”*

DISCUSSION AND CONCLUSION

Amongst the fathers we found intense emotional strain throughout the TOP. They experienced a fear of losing their partner, feelings of anger, loneliness and exclusion. They used internalisation, minimisation and avoidance by distraction. In addition, they all insisted on their desire to play a bigger role to support their partners throughout the TOP.

Our interviews underlined the fact that being told about a foetal malformation was an unexpected trauma, the violence of which inflicted a psychological shock on the fathers. Their suffering is even often indescribable, with them saying repeatedly *“it’s hard.”* They feel stunned and depersonalized, with this feeling even developing into a post-traumatic stress disorder (PTSD). In the literature, the potential for PTSD to develop is estimated at 17% (Korenromp et al. 2005). Studies have also shown that the shock increases the more the foetal anomaly is compatible with life and also reflects the level of investment in the child (Korenromp et al. 2005). When they are told, the fathers are propelled into an uncertain future with a handicapped – not the most ideal – child. These anxieties, the ambivalence and the aversion related to the foetus translate into deciding on a TOP, which can be a source of doubt and guilt.

These sentiments are often less strong than experienced by the mothers (Geerinck-Vercammen and Kanhai 2003), probably because of the fathers' tendency to internalise their emotions (Korenromp et al. 2005). Other feelings and emotions emerge, such as a feeling of impotence faced with the passiveness imposed by waiting for more results with alternating moments of hope and despair. Once the diagnosis is confirmed, the fathers lose their place in the world of happy parents, transforming them into the parents of a handicapped child or a childless couple, a sentiment associated with a strong feeling of isolation. The fathers interviewed for this work manifested the fear of losing their partner. They expressed anger, directed to the medical community or towards happy or abusive parents. Do such couples kindle feelings of being unable to have a healthy child? Do they force them to face the feeling of having abandoned their child? This experience of failure and rupture in the family line also triggers significant narcissistic injury. All these emotions make up an integral part of the early stages of the bereavement process, which can last physiologically up to two years following the loss. Despite their difficulties, the fathers pursue their idea of having a child as a way of being active in bereavement and as a way of "surviving." (Geerinck-Vercammen and Kanhai 2003)

Previous studies have shown that men have a more rational experience of bereavement (Korenromp et al. 2005), with real suffering, even though it is described as being less than that endured by their partners. In addition, the majority of these fathers hung onto their virile image, with their role as men providing protection to their partner during her pregnancy, a position favoured by society and which can allow them to distance themselves from the dramatic event. Sometimes they have difficulties identifying with the suffering of their partners and comforting them. The latter can even sometimes seem strange to them. While our study has not been pursued for sufficiently long to explore this, earlier research has identified a significant risk of marital conflict, which in 12% of cases, leads to a break-up after such an ordeal (White-van Mourik, Connor, and Ferguson-Smith 1992).

To cope with all these difficulties, the men develop different adaptation strategies. They often try to rationalise and search for information on the problem, which for them is a way of protecting themselves from the guilt of what they might have transmitted to their child. But they essentially use emotion-centred processes such as the internalisation of emotions, avoidance and escape through distractions. This may

explain the frequency of late bereavement reported in studies. Fathers can also minimise the consequences of TOP and can seek to pass the fault onto the doctors who gave the diagnosis too late. We have also identified that, faced with the violence of a TOP; some fathers tend to take refuge in their faith, which coincides with studies recognising religion as being a protective factor in parental bereavement (McIntosh, Silver, and Wortman 1993).

Contrary to studies which report that men rarely turn to the support of their entourage (Korenromp et al. 2005), family support seemed to have a great deal of importance for all the fathers we interviewed. If they already have family, they rely on their children, thus confirming the protective role of living children in the occurrence of pathological bereavement reported in the literature (Korenromp et al. 2005). Our results on the importance of memories of the baby and the experience of seeing the dead baby agree with other work, which has found that seeing the baby and being able to say farewell represent factors, which can ease the suffering of the fathers (Geerinck-Vercammen and Kanhai 2003). Saying farewell and choosing the grave and clothing enable them to keep their status as parents.

Lastly, our study has revealed the men's general great satisfaction with the hospital care and the multi-disciplinary assistance offered by the Maternity Department at Nancy University Hospital for couples facing a TOP. They sometimes expressed reservations however, concerning the words employed while announcing the diagnosis as well as the lack of attention accorded to them during their hospital stay. All expressed a feeling of solitude, most particularly at the moment of the TOP, when they could not be present. The experience of exclusion can also make reference to the special role of a man during pregnancy.

Our study had the advantage of dealing with a subject, which has received little attention in literature, by means of a thematic analysis that allowed people's personal experiences to be better taken into account.

In conclusion, this work has highlighted the progress, which remains to be accomplished, in the role reserved for fathers and the support they are offered. It would be useful to be able to provide personalised support, taking into account the fathers' wishes to remain with their partners throughout the process and improving their accommodation conditions during the hospital stay. It would also be beneficial to

use these results to draft a questionnaire enabling this study to be reproduced on a larger sample and to be able to follow up the fathers over longer time in order to explore the established coping mechanisms.

Acknowledgements

We wish to thank the Medical Association of the Psychotherapy Centre in Nancy for their contribution to the translation of this article.

Table 1: General population data

	Age (years)	Number of children	Gestational age during the TOP (WA)	Antecedent of perinatal bereavement	Antecedent of TOP in family & friends	Length of the interview
Participant 1	37	1	34	N	N	41'22"
Participant 2	36	0	30	Y	N	30'28"
Participant 3	37	1	24	N	N	40'10"
Participant 4	29	0	27	Y	Y	21'10"
Participant 5	44	2	28	Y	N	57'28"
Participant 6	28	0	24	N	N	13'49"
Participant 7	30	1	30	N	N	38'22"
Participant 8	33	1	28	N	Y	22'58"
Mean	34,25		28,13			33'13"
Standard deviation	5,34		3.32			13'57"

WA: Weeks of amenorrhea, N: No, Y: yes

REFERENCES

- Code de la santé publique - Article L2213-1 (2014)<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00006070633&idArticle=LEGIARTI000006390169&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- Geerinck-Vercammen CR, Kanhai HHH (2003) Coping with Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in a Supportive Environment. *Prenatal Diagnosis* 23 (7): 543-48. doi:10.1002/pd.636.
- Hodgson J, Pitt P, Metcalfe S, Halliday J, Menezes M, Fisher J, Hickerton C, Petersen k, McClaren B (2016) Experiences of Prenatal Diagnosis and Decision-Making about Termination of Pregnancy, A Qualitative Study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 56 (6): 605-13. doi:10.1111/ajo.12501.
- Hunfeld JA, Wladimiroff JW, Passchier J (1997) The Grief of Late Pregnancy Loss. *Patient Education and Counseling* 31 (1): 57-64.
- Hunt K, France E , Ziebland S, Field K, Wyke S (2009) My brain couldn't move from planning a birth to planning a funeral, A qualitative study of parents' experiences of decisions after ending a pregnancy for fetal abnormality. *International Journal of Nursing Studies* 46 (8): 1111-21. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.12.004.
- Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Arolt V (2005) Trauma and Grief 2-7 Years after Termination of Pregnancy Because of Fetal Anomalies a Pilot Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 26 (1): 9-14.
- Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbusch W, Lanczik M, Arolt V (2004) Grief after Termination of Pregnancy Due to Fetal Malformation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 25 (2): 163-69.
- Korenromp MJG, Christiaens CML, Bout J, Mulder EJH, Hunfeld JM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser GHA (2005) Long-Term Psychological Consequences of

Pregnancy Termination for Fetal Abnormality: A Cross-Sectional Study. *Prenatal Diagnosis* 25 (3): 253-60. doi:10.1002/pd.1127.

Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, van den Bout J, Eduard J H, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser GHA (2005) Psychological Consequences of Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly: Similarities and Differences between Partners. *Prenatal Diagnosis* 25 (13): 1226-33. doi:10.1002/pd.1307.

Lipp A (2009) Termination of Pregnancy. A Review of Psychological Effects on Women. *Nursing Times* 105 (1): 26-29.

McIntosh DN, Silver RC, Wortman CB (1993) Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping with the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology* 65 (4): 812-21.

Rosenfeld JA (1992) Emotional Responses to Therapeutic Abortion . *American Family Physician* 45 (1): 137-40.

White-van Mourik MC, Connor JM, Ferguson-Smith MA (1992) The Psychosocial Sequelae of a Second-Trimester Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality . *Prenatal Diagnosis* 12 (3): 189-204.

Zolese G, Blacker CV (1992) The Psychological Complications of Therapeutic Abortion. *The British Journal of Psychiatry. The Journal of Mental Science* 160 (juin): 742-49.

4. Résultats complémentaires

Population

Quatre pères ont pu être revus à six semaines de l'IMG, soit la moitié des pères rencontrés au premier entretien. La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes (écart type 2,8).

Analyse des discours enregistrés à 6 semaines de l'IMG

L'étude des entretiens à 6 semaines retrouvait la majorité des thèmes recensés aux entretiens initiaux ; seule la réaction face à l'annonce n'était plus évoquée par les participants. Aucun thème nouveau n'a par ailleurs émergé lors de cette analyse.

La dimension émotionnelle

Les pères exprimaient encore leur souffrance six semaines après avoir été confrontés à l'IMG : « *c'était pas facile* ». Ils rapportaient une labilité de leur humeur : « *y'a des jours où tout va bien, y'a des jours où tout va mal... c'est cyclique* », avec des moments d'émergence du chagrin dont ils pouvaient prendre conscience quand leur compagne allait mieux et une fois la phase de sidération passée : « *ce n'est qu'une fois... que la femme va mieux, ... On se prend un peu le boomerang* », « *C'est quand on lâche, qu'on se relâche un peu... que tout revient* ».

Ces hommes vivaient le deuil de leur enfant avec un intense sentiment de manque: « *C'est quelque chose que j'attendais, que je n'ai pas eu* ». Ils exprimaient leur colère envers les soignants leur imputant le retard du diagnostic : « *ils auraient pu le voir avant, ça aurait été cent fois mieux* », ainsi que leur jalousie envers les couples en phase de devenir parents : « *dès qu'on entend qu'une femme est enceinte, ben ça remet une couche* » et leur sentiment d'injustice: « *pourquoi ça m'arrive à moi?* ». La culpabilité du choix: « *on est en conflit en nous-mêmes et la culpabilité, elle est quand même là* » et le doute de la décision persistaient encore à ce moment-là : « *je me pose la question, si on a fait le bon choix ?* ». La résignation face à l'épreuve de l'IMG était d'avantage rapportée par ces pères que lors des entretiens initiaux : « *ce qui est fait, est fait de toute façon* ». Ils faisaient état d'un certain apaisement au fil des semaines par rapport au déroulement de l'acte: « *ça s'est un peu plus apaisé, un peu plus calme* ».

La perception de la relation de couple

Les participants avaient bénéficié de leur congé de paternité, cela leur avait permis de soutenir leur compagne mais aussi de recevoir leur soutien : « *puis, je reste câlin avec elle... elle me soutient, on se soutient* ». Par ailleurs, la minimisation de leur vécu qu'ils comparaient à celui de leur femme persistait à 6 semaines de l'IMG: « *j'ai l'impression qu'elle a plus besoin, je pense que elle, elle est plus en mal-être que moi* ». La différence de ce vécu apparaissait dans la temporalité du processus du deuil au sein du couple : « *on a des hauts et des bas chacun de notre côté, par intermittence* ».

Les processus de coping

La majorité du discours des pères était centré sur leurs stratégies d'adaptation. Tout comme lors des entretiens initiaux, ils avaient un vécu rationnel de l'IMG et pour y faire face, certains se réfugiaient dans l'hyperactivité : « *moi ça va, je vais au travail* », « *j'arrive toujours à me faire une occupation pour oublier et... penser à autre chose, d'aller de l'avant* », d'autres dans la fuite : « *on a réussi à se prendre des vacances* » ; mais tous les pères étaient en recherche de soutien familial : « *on a notre petite qui est là,...heureusement qu'elle est là quoi* » ou social : « *Maintenant j'ai repris contact avec des gens* »

Vécu des rituels d'accompagnement

Le besoin de traces mémorielles plus personnalisées semblait continuer à revêtir une importance majeure : « *On s'est fait chacun une médaille avec sa date de naissance... on a ses empreintes* », « *On a récupéré la photo* ». Un des pères avait exprimé sa détresse devant l'absence d'un lieu de recueillement identifié et son regret de ne pas avoir pu offrir des funérailles à son enfant : « *j'ai vu qu'il y avait plein de trous de creusés... on se demandait c'était où?... J'aurais su, mais c'est cher un emplacement de cimetière* ». Alors que la majorité des pères n'évoquait plus les rituels d'accompagnement, pour l'un d'entre eux, la rencontre avec son enfant avait été à l'origine d'une symptomatologie pouvant faire évoquer un syndrome de stress post-traumatique: « *Je revois toujours son image, c'est toujours son image qui me revient* ». Il avait d'ailleurs débuté une psychothérapie pour faire face à ses flash-back.

Attentes et réserves par rapport au dispositif de soins

Au niveau des attentes quant au dispositif de soins, c'est surtout la douleur de revenir en consultation sur les lieux de l'IMG qui a été exprimée par l'un des participants qui proposait

un lieu distinct pour le suivi psychologique ultérieur : « *c'est dur de revenir à l'endroit où on sait que notre enfant est mort* », « *S'il y'avait... un petit bureau en dehors* ».

Attentes par rapport à la société

Des difficultés sociales ont aussi été rapportées par les hommes que nous avons revus : ils avaient le sentiment de ne pas être compris par leur entourage professionnel. Ils ont particulièrement exprimé une critique et une colère envers l'administration qui nous semblait plus intense qu'aux premiers entretiens : « *L'administration française, c'est une catastrophe, on avait reçu une lettre de félicitations et de demande de rattachement de l'enfant* », « *on avait passé de bonnes vacances... et bim on se prend un courrier comme ça de félicitations de l'assurance maladie* ».

A noter que trois pères continuaient à avoir un suivi psychologique dont ils reconnaissaient les bienfaits après qu'ils aient quitté la maternité : « *alors les séances de psy qu'on a, ça nous aide beaucoup*».

5. Discussion

Ce suivi à 6 semaines nous a permis d'une part de confirmer le vécu douloureux des pères qui font face à une IMG et d'autre part d'observer son évolution.

Les entretiens à 6 semaines de l'IMG ont été beaucoup plus courts que ceux réalisés au moment de l'IMG, avec une durée moyenne d'entretien de 16 minutes contre 33 minutes initialement. Ces hommes vivaient le deuil de leur enfant avec une douleur qu'ils estimaient plus intense. Elle s'exprimait par la persistance du doute et la culpabilité du choix, ainsi que par de la colère. Les mécanismes d'adaptation mis en place par ces pères pour faire face à l'IMG avaient très peu évolué durant ces quelques semaines, si ce n'est une majoration de l'internalisation des émotions pouvant expliquer la courte durée des entretiens.

Au niveau de l'évolution du contenu du discours, à 6 semaines, les pères ne font plus référence à l'annonce diagnostique. Les éléments de dissociation, de sidération et de dépersonnalisation ne sont plus retrouvés. Ainsi, les pères ne sont plus dans l'état de torpeur qui semblait jusqu'alors les protéger de la violence des événements. Ils ne sont plus préoccupés par la santé physique de leur compagne, ce qui pouvait constituer initialement un élément d'évitement et de fuite par rapport à leurs propres émotions. Ils se retrouvent ainsi face à leur propre douleur. Celle-ci s'exprime par la persistance de la culpabilité du choix ainsi que de la colère projetée sur les médecins et sur les administrations françaises. Ces sentiments ont déjà été retrouvés dans l'étude quantitative de Geerinck-Vercammen et Kanhai (19) qui portait sur le ressenti des pères le jour de l'IMG (indépendamment du terme), à 6 semaines puis à 6 mois. Les auteurs trouvaient un sentiment de doute, de culpabilité, d'anxiété et de colère à 6 semaines qui tendaient à s'estomper à 6 mois.

La persistance de l'ensemble de ces sentiments chez les pères dans cette étude témoigne du processus de deuil de l'enfant en cours. Cette évolution est physiologique après la perte d'un être cher. Ces pères cheminent différemment dans leur processus de deuil. Alors que l'un d'entre eux est encore dans la phase initiale d'impact ou de choc du deuil (11) et qu'il présente des signes cliniques de syndrome de stress post-traumatique, les autres pères semblent plutôt vivre l'étape suivante, la phase d'état ou dépressive du deuil (11) avec une instabilité de l'humeur, une douleur morale et une tendance au retrait social. Cette phase est la plus longue du deuil, et d'autant plus longue dans les deuils difficiles comme ceux rencontrés dans un contexte de l'IMG (9). Ce processus est en effet rendu difficile par le caractère

inadmissible de la mort d'un enfant d'une part, et par le fait que cet enfant qui n'est pas encore né est principalement investi de façon imaginaire d'autre part et qu'il est donc porteur d'attentes de réparation des parents et de leur histoire dont il faut au moins temporairement faire le deuil. L'évolution physiologique de ce cheminement se fera classiquement vers la dernière étape du processus : phase de récupération ou de résolution, avec la reprise des intérêts et l'investissement nostalgique de l'être perdu (11).

Pour faire face à cette phase dépressive du deuil, les pères mettent en place des stratégies d'adaptation. Pour les pères rencontrés lors de notre étude, il s'agit de la rationalisation, la recherche d'information, l'évitement, la fuite et l'internalisation des émotions. Nous notons toutefois une majoration de l'internalisation des émotions chez ces pères au deuxième entretien. Ce mécanisme leur permet probablement de faire face à la reprise de leurs activités et de leurs obligations, la majorité des pères ayant repris leur travail à 6 semaines, contrairement à leur compagne.

Les participants continuent à accorder beaucoup d'importance aux traces mémorielles. L'un d'entre eux a même cherché à symboliser de façon plus personnelle son bébé perdu, grâce à des médailles. Il s'appuie sur cet objet qui semble aussi contribuer à l'idéalisation de son enfant. Ces souvenirs sont importants pour lutter contre la peur de l'oubli (25).

Enfin, un dernier élément ressort de ces entretiens à 6 semaines de l'IMG : les regrets et doléances à propos du lieu des entretiens psychiatriques. Le fait de devoir revenir à la maternité, lieu de l'IMG mais aussi de naissance d'enfants vivants est qualifié en effet de « traumatisant ». La confrontation à d'autres femmes enceintes, ou à des couples avec de jeunes enfants majore la blessure et la colère des pères endeuillés. Leur suggestion est d'organiser des consultations psychiatriques dans un autre lieu « neutre » par rapport à la maternité. Bien que dans leur discours spontané, les pères n'évoquaient pas le souhait d'avoir un suivi psychologique spécifique et indépendant de celui de leur compagne, nous avons noté que parmi les pères qui ont accepté de revenir pour l'étude à 6 semaines, trois pères bénéficiaient encore d'un suivi psychologique (dont deux à l'extérieur de la maternité). Cette donnée ne reflète cependant pas nécessairement la démarche de la majorité des pères après une IMG : en effet, les pères qui ont accepté de revenir à 6 semaines sont peut-être ceux qui ressentaient davantage le besoin de soutien psychologique ou qui étaient moins défensifs car déjà engagés dans un travail psychothérapeutique.

Bien que les coordonnées d'associations leur aient été données lors du séjour hospitalier, les pères n'en font pas référence à ce stade.

Aussi, durant l'étude des différents discours initiaux et à 6 semaines de l'IMG, nous avons noté que les pères utilisaient beaucoup le pronom « on » à la place du « je », un élément qui n'apparaît plus après traduction en anglais, notamment quand ils faisaient référence à la décision et à leurs émotions. Le pronom « on » est plus impersonnel. Cette utilisation est-elle due au cadre de l'étude ? Ou est-elle plutôt un moyen de mettre à distance l'événement violent et le poids de la décision ?

Enfin, notre étude a l'avantage d'aborder un sujet peu traité dans la littérature à travers une analyse thématique qui permet de mieux rendre compte du vécu des pères dans le contexte de l'IMG.

6. Conclusion et perspectives de la thèse

Ce travail souligne les progrès qu'il reste à faire dans la place qui est réservée aux pères et dans l'accompagnement qui leur est proposé. A la suite de cette étude, il nous semble important de sensibiliser les équipes soignantes prenant en charge des couples pour des IMG à la réalité de la souffrance des pères, ainsi que de pouvoir organiser un accompagnement personnalisé à chaque père. Il est tout aussi important de donner la parole à ces pères et de rester à leur écoute avant l'IMG, durant l'hospitalisation de leur femme et lors de la consultation poste IMG. Enfin leur demande est de les prendre en compte en améliorant leurs conditions d'hébergement lorsqu'ils souhaitent rester près de leur compagne tout au long du processus. Ils ont tous affirmé leur souhait d'être présent auprès leur compagne durant l'arrêt de vie in utero.

A partir de ces résultats, il serait également intéressant de pouvoir établir un auto-questionnaire qui permettrait de reproduire cette étude sur un échantillon plus important. Pouvoir suivre ces pères de manière longitudinale au-delà de 6 semaines permettrait d'avoir davantage d'éléments : explorer l'évolution du deuil, observer éventuellement la survenue de troubles psychiques et pouvoir proposer l'accompagnement le plus adapté.

Enfin, une autre perspective à cette étude serait d'étudier la perception des équipes soignantes du vécu de ces pères et leur propre vécu de l'IMG.

7. Bibliographie

1. Code de la santé publique - Article L2213-1.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687544&dateTexte=&categorieLien=cid>.
2. Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille. Legifrance:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019350010&categorieLien=id>.
3. Décret n° 2008-32 du 9 janvier 2008 relatif aux conditions d'indemnisation du congé de paternité. Legifrance:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017855344&dateTexte=&categorieLien=id>.
4. Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français. Extrait des mises à jour.2008.pdf : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_041_houfflin.pdf.
5. Agence de la biomédecine - rapport médical et scientifique: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2015/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.html>.
6. Hanus M. Le deuil de ces tout-petits enfants, Summary. *Études Sur la Mort*. 2001;no 119(1):715.
7. FREUD S. deuil et mélancolie. GALLIMARD. 1968.
8. DAVID D, GOSME-SEGURET S. Le diagnostic prénatal. Aspects psychologiques. ESF. 1996. (La vie de l'enfant).
9. Hanus M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques: *Annales médico-psychologiques*. 2006. Volume 164, Numéro 4.
10. BOURGEOIS M-L. Deuil normal, deuil pathologique: Clinique et psychopathologie. *doin*. 2005. (Références en Psychiatrie).
11. Girault N, Fossati P. Deuil normal et pathologique. 2008.41310: <http://www.em-premium.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/151653/resultatrecherche/2>.

12. Kersting A, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, Klockenbusch W, Lanczik M, et al. Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* juin 2004;25(2):163:9.
13. Lipp A. Termination of pregnancy: a review of psychological effects on women. *Nurs Times.* 13 janv 2009;105(1):26:9.
14. Hodgson J, Pitt P, Metcalfe S, Halliday J, Menezes M, Fisher J, et al. Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: A qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* décembre 2016;56(6):605:13.
15. Kersting A, Dorsch M, Kreulich C, Reutemann M, Ohrmann P, Baez E, et al. Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies--a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* mars 2005;26(1):9:14.
16. Rosenfeld JA. Emotional responses to therapeutic abortion. *Am Fam Physician.* janv 1992;45(1):137:40.
17. Hunfeld JA, Wladimiroff JW, Passchier J. The grief of late pregnancy loss. *Patient Educ Couns.* mai 1997;31(1):57:64.
18. Moreau A. De l'homme au père : un passage à risque. *Dialogue.* 2001. no 152(2):9:16.
19. Geerinck-Vercammen CR, Kanhai HHH. Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn.* juill 2003;23(7):543:8.
20. Hunt K, France E, Ziebland S, Field K, Wyke S. 'My brain couldn't move from planning a birth to planning a funeral': A qualitative study of parents' experiences of decisions after ending a pregnancy for fetal abnormality. *Int J Nurs Stud.* août 2009;46(8):1111:21.
21. White-van Mourik MC, Connor JM, Ferguson-Smith MA. The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn.* mars 1992;12(3):189:204.
22. Gaudet C, Séjourné N, Allard M-A, Chabrol H. Les femmes face à la douloureuse expérience de l'interruption médicale de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité.* mai 2008;36(5):536:42.

23. Lacroix P, Got F, Callahan S, Séjourné N. La fausse couche : du côté des hommes. *Psychologie Française*. 1 sept 2016;61(3):207:17.
24. NEZELOF S. Deuil anténatal : une clinique du chagrin maternel. [UFR Médecine-Pharmacie]: Franche-Comté; 2006.
25. Dumoulin M. Des morts sans souvenir la mort des tout-petits. *Études Sur la Mort*. 1 oct 2009;(133):85:9.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le développement des techniques échographiques et le diagnostic de malformations fœtales peuvent parfois confronter les parents au choix d'une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Ce travail a pour objectif de décrire le ressenti des pères qui accompagnent leur femme dans ce processus et les stratégies de coping qu'ils mettent en place, élément peu étudié dans la littérature. Notre étude se déroule à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Nancy, d'avril à décembre 2016 et concerne les IMG qui ont lieu après 22 semaines d'aménorrhée. Des entretiens semi structurés ont été proposés aux pères le lendemain puis 6 semaines après l'IMG. Ces entretiens ont ensuite été retranscrits et étudiés par analyse thématique du discours. Huit hommes ont accepté de participer à cette étude et quatre d'entre eux ont été revus à 6 semaines. Nous avons retrouvé chez ces pères une intense douleur morale tout au long de la période allant du diagnostic à l'IMG. L'annonce du diagnostic de malformation fœtale a eu un effet traumatique. Les pères éprouvaient une crainte de perdre leur femme, un sentiment de colère, de solitude et d'exclusion. Ils avaient recours à des processus d'internalisation, de minimisation, et d'évitement par la distraction. A 6 semaines de l'IMG, bien que les pères ne fussent plus sous le choc de l'annonce, ces mêmes sentiments étaient toujours retrouvés. En outre, ils avaient tous insisté sur leur souhait d'avoir une place auprès de leur compagne tout au long de l'IMG. Ce travail révèle les progrès qu'il reste à faire dans l'accompagnement réservé aux pères, en leurs proposant un accompagnement personnalisé et en leur réservant une place spécifique durant le processus de l'IMG et ouvre également des perspectives sur d'autres études.

TITRE EN ANGLAIS Experiences of fathers having faced with termination of pregnancy for foetal abnormality

THÈSE DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE – PSYCHIATRIE – ANNÉE 2017

MOTS-CLEFS : IMG; coping; deuil; père; étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
