

UNIVERSITE DE POITIERS
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Quelle place pour le père lors d'une mort fœtale in utéro ?

Etude du vécu et de la prise en charge proposée aux pères lors de la perte d'un enfant par mort fœtale in utero.

Mémoire soutenu le 21 juin 2024

Par Melle Faubert Marion

Né(e) le 04/10/2000

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

Année 2024

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur BOUIN, sage-femme

Membres : Madame AUBRY, sage-femme

Madame MONTIGAUD, sage-femme enseignante

Directeur de mémoire : Madame BERGER Tiphany, psychologue clinicienne, Docteur en psychologie clinique



UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Quelle place pour le père lors d'une mort fœtale in utéro ?

Etude du vécu et de la prise en charge proposée aux pères lors de la perte d'un enfant par mort fœtale in utero.

Mémoire présenté par Marion FAUBERT,

Née le 4 octobre 2000

Promotion 2020-2024

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

Directrice de mémoire : Tiphany BERGER, psychologue clinicienne, Docteur en psychologie clinique



UNIVERSITE DE POITIERS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

Quelle place pour le père lors d'une mort fœtale in utéro ?

Etude du vécu et de la prise en charge proposée aux pères lors de la perte d'un enfant par mort fœtale in utero.

Mémoire présenté par Marion FAUBERT,

Née le 4 octobre 2000

Promotion 2020-2024

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

Directrice de mémoire : Tiphany BERGER, psychologue clinicienne, Docteur en psychologie clinique

Remerciements

A Madame Berger psychologue clinicienne, Docteur en psychologie clinique, merci d'avoir accepté de diriger ce mémoire, de m'avoir accompagnée, conseillée et inspirée.

A Madame Guinot directrice de l'école de sage-femme de Poitiers. Merci d'avoir été ma tutrice tout au long de ce mémoire, d'avoir su me guider et aider.

A l'école de sages-femmes de Poitiers. Merci de votre accompagnement et de votre pédagogie tout au long de mes 4 années d'études.

A mes parents, ma sœur et à toute ma famille, merci de votre soutien, car sans vous rien n'est possible.

A Alexis mon conjoint pour son soutien, sa bonne humeur et son amour.

A mes amis sages-femmes pour leur folie, leur bonne humeur et tous ces moments passés ensemble.

Glossaire

MFIU : Mort Fœtale in Utero

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

SA : Semaine d'aménorrhée

CU : Contraction utérine

Table des matières

1	Introduction.....	13
2	Méthode.....	15
2.1	Objectifs.....	15
2.2	Type d'étude	15
2.3	Population.....	15
2.4	Période de l'étude.....	16
2.5	Déroulement de l'étude.....	16
2.5.1	Recrutement des pères	16
2.5.2	Elaboration de la trame d'entretien	16
2.6	Critères de jugement	16
2.7	Mode de collecte de données.....	17
2.8	Analyse des données	17
2.9	Aspects éthiques et réglementaires	17
3	Résultats.....	19
3.1	Recrutement des pères.....	19
3.2	Entretiens.....	19
3.3	Caractéristique de la population.....	20
3.4	Vécu et prise en charge des pères	20
3.5	Les fragilités ou les manquements observés	25
4	Discussion.....	26
4.1	Résumé des principaux résultats	26
4.2	Points forts et faibles de l'étude	26
4.2.1	Points forts.....	26
4.2.2	Points faibles.....	27
4.3	Vécu et prise en charge.....	28
4.4	Paternité et deuil	29
4.5	Fragilités et manquements observés.....	31
4.6	Perspectives	32
5	Conclusion	36
	Bibliographie	38
6	Annexes	42
7	Summary	46
8	Résumé.....	49

1 Introduction

La majorité des grossesses se déroulent de manière physiologique mais il existe des situations particulières au cours desquelles la grossesse aboutit au décès de l'enfant à venir. Le CNGOF définit les MFIU comme arrêt spontané de l'activité cardiaque à partir de 14 semaines d'Aménorrhée (3).

La mort de l'enfant peut survenir à tout moment de la grossesse en pré partum, per partum ou parfois peut être indéterminée et son taux est de 9,2 pour 1000 naissances vivantes en 2010 en France (2,5,10).

La mort fœtale in utero constitue un évènement impensable pour les parents, elle peut être délicate à prendre en charge quelles que soient les circonstances médicales du décès.

Il n'est jamais simple d'accompagner le couple pour l'accouchement dans un premier temps, mais aussi dans le processus de deuil. La plupart du temps, le couple a déjà fait de nombreux projets et a des attentes envers l'enfant. Lorsque ces plans sont interrompus en raison d'une perte périnatale, cela s'avère être une expérience traumatisante pour la famille. La mort fœtale in-utéro est un accident brutal et inattendu. Ce sont des naissances qui peuvent potentiellement être à l'origine d'une importante souffrance psychique. Certains deuils peuvent atteindre un degré de douleur pouvant nécessiter un accompagnement psychothérapeutique ou psychiatrique (1,5). L'état de sidération et le sentiment d'injustice peuvent être majeur et associés à un fort sentiment de culpabilité. Les MFIU ont des conséquences physiques, psychologiques et sociales et une incidence sur la dynamique familiale des parents et sur leur environnement familial, social et professionnel (7).

En France, le soutien des parents dans le deuil de leurs enfants est relativement récent. De nos jours, les maternités proposent un accompagnement adapté à chaque couple, en s'adaptant à leurs demandes et souhaits, sur les projets de naissance, les procédures pour les funérailles et le souhait ou non de garder le témoignage de la venue au monde de leur enfant (5).

C'est pour cela qu'il est important de maintenir un accompagnement humain, pour aider les couples dans le processus du deuil. Celui-ci peut nécessiter un parcours long et difficile pour les parents (5). La reconnaissance de la perte d'un enfant dans l'environnement social et familial aiderait les familles à faire face à leur chagrin (7). Avec les protocoles de prise en charge des MFIU mis en place dans les différents centres hospitaliers, des accompagnements pluridisciplinaires sont proposés aux couples afin de les aider et les soutenir dans les différentes phases du deuil (2).

Concernant la prise en charge des pères, des études, ont montré que les pères endeuillés éprouvent une gratitude générale pour les soins psychosociaux centrés sur la personne à la suite de la MFIU, en particulier lorsqu'ils se sentent validés en tant que père en deuil et que leurs enfants sont reconnus avec respect (8).

Au regard de ces résultats nous avons décidé d'étudier le vécu du père lors d'une MFIU afin de recueillir leurs avis sur la prise en charge dont ils ont pu bénéficier. Et voir si des fragilités ou des manquements sont observés. Ainsi qu'étudier la possible différence de prise en charge entre les deux parties du couple (4).

2 Méthode

2.1 Objectifs

Les objectifs principaux de notre étude sont de recueillir :

- Le vécu des pères face à une mort fœtale in utéro lors d'une première grossesse
- Leurs impressions concernant la prise en charge dont ils ont bénéficié

L'objectif secondaire était d'identifier les points de fragilités et les manquements dans la prise en charge.

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-directifs.

Six entretiens ont été réalisés, retranscrits et analysés pour arriver à une saturation des données.

2.3 Population

Cette étude concernait tous les pères majeurs ayant vécu une MFIU lors d'une première grossesse.

Seuls les pères volontaires qui avaient accepté un entretien ont été inclus dans l'étude.

Critères d'inclusion :

- Francophones

Critères de non inclusion :

- MFIU lors d'une grossesse précédée d'une naissance vivante

Critères d'exclusion :

- Pères désirant quitter l'étude avant la fin de l'étude.
- Pères ayant accepté l'étude mais refusé l'entretien ou l'enregistrement

2.4 Période de l'étude

Le recrutement des pères a débuté en mars 2023 et s'est achevé en juin 2023.

2.5 Déroulement de l'étude

2.5.1 Recrutement des pères

Le recrutement des pères a été réalisé grâce à une affiche rassemblant des informations concernant l'étude, proposée à des associations de deuil périnatal, des groupes de soutien sur les réseaux sociaux, des comptes publiques tenues par des sages-femmes sur les réseaux sociaux. Les associations ont diffusé l'affiche sur une période de 3 mois.

Les associations, groupes et personnes contactés sont : IMG et Deuil périnatal, le deuil périnatal-Stop au tabou, AGAPA, Hespéranges, Parents Plumes, Naître et Vivre, Spama, Petite Emilie, Nos tout petits, Souvenanges, Enfants sans nom, SOS bébé, Vivre son deuil, Léa Vie, Couvr'anges de Lola, Deuil périnatal, Nos petits anges aux paradis, Mam'anges, des enfants partis trop tôt, Par'anges, Charline.sagefemme, La.sage.femme, Sage-femme mais pas que. Sur cette affiche figuraient le nom, le prénom et la fonction de l'investigateur ainsi que le projet du mémoire.

2.5.2 Elaboration de la trame d'entretien

Faisant suite à la diffusion de l'affiche, les pères volontaires pouvaient contacter l'investigateur par le biais d'une adresse mail prévue à cet effet.

Pour la création de la grille d'entretien à question ouverte, nous avons effectué une revue de littérature sur les sujets du deuil périnatal, IMG, MFIU, sur les familles, les couples, les mères et les pères. Grâce aux résultats, nous avons pu créer notre questionnaire adapté aux vécus et ressenti des pères ayant vécu une MFIU.

Les pères donnaient également leur consentement en vue de l'enregistrement de l'entretien par dictaphone. Ainsi les entretiens ont été planifiés, réalisés, enregistrés et retranscrits tout au long de la période de recrutement.

Une fois les retranscriptions terminées, l'analyse des données a pu débuter.

2.6 Critères de jugement

Les critères de jugement principaux étaient :

- Vécu de l'annonce, prise en charge, services au sein desquels s'est déroulée la prise en charge, souhaits du couple, projet de naissance.
- Description de l'accompagnement proposé lors de l'annonce, l'accouchement et le séjour à la maternité.

- Vécu du séjour en maternité, prise en charge proposée aux pères lors du séjour.
- Questionnement afin d'observer si des futures grossesses sont envisagées et savoir si des peurs, des angoisses et des interrogations sont apparues suite à la MFIU.

Les critères de jugement secondaires sont :

- Les possibles fragilités ou manquements observés par les pères lors de leur séjour sur la prise en charge proposée, proposition d'un suivi psychologique, écoute, accompagnement, légitimité de la place du père.

2.7 Mode de collecte de données

Premièrement, une grille d'entretien a été réalisée pour structurer l'entretien et obtenir des éléments comparatifs. Puis une relecture et un entretien test ont été effectués pour remanier le questionnaire.

La collecte des données s'est effectuée par le biais d'entretiens individuels avec les sujets qui avaient préalablement donné leur accord. Les pères décidaient du format de l'entretien, en appel téléphonique ou en visioconférence. Ces derniers étaient enregistrés et cela était rappelé au père en début d'entretien. Ces derniers ont été enregistrés et retranscrits pour être analysés.

2.8 Analyse des données

Pour analyser les données, les entretiens étaient retranscrits mot à mot sur le logiciel de traitement de texte WORD® afin de constituer le verbatim des pères. Des données identifiantes du verbatim ont été enlevées pour préserver l'anonymat des pères lors de la retranscription des entretiens. Par la suite, les verbatims ont été analysés afin d'identifier et visualiser les différents thèmes abordés.

La méthode d'analyse choisie est le codage descriptif dit « ouvert ». Celui-ci a pour but de résumer et rassembler les informations en différents concepts. Le codage dit « axial » avait pour but de réorganiser ces différents concepts et de les hiérarchiser afin d'identifier les thèmes. Et enfin le codage matriciel dit « sélectif » a permis de cadrer ces thèmes autour du thème central identifié.

2.9 Aspects éthiques et réglementaires

- Seuls les pères désirant participer à l'étude ont été inclus. Pour cela un consentement éclairé a été remis par mail au moment de la mise en relation entre le père et l'investigateur. L'identité de la personne qui a collecté ces données a été mentionnée ainsi que l'objectif de cette collecte

de données et le caractère non obligatoire de l'étude. La confidentialité des données, le droit de retrait et le droit d'accès y étaient également mentionnés.

- L'anonymat des pères a été respecté.

3 Résultats

3.1 Recrutement des pères

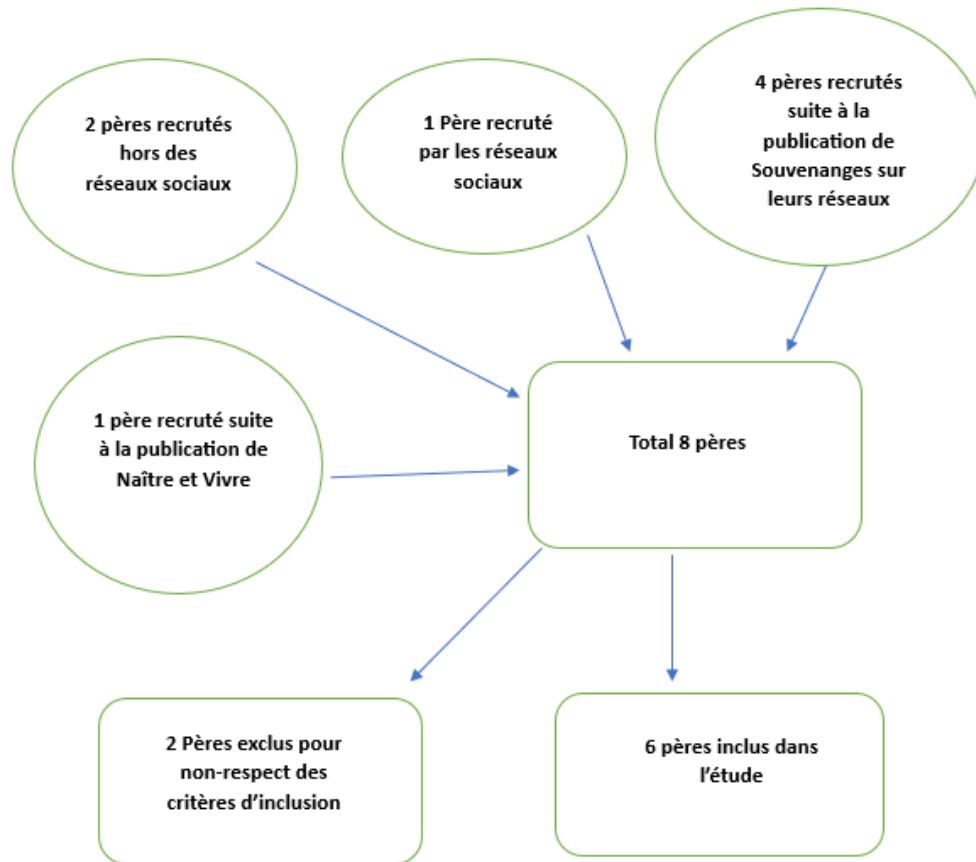


Figure 1 : Recrutement de la population

3.2 Entretiens

Les six entretiens ont été réalisés entre mars 2023 et juin 2023.

La durée moyenne des entretiens était de 46 minutes [23 minutes – 1 heure et 10 minutes].

3.3 Caractéristique de la population

Père	Terme	Sexe de l'enfant	Mode de Mode d'Accouchement	Motif de consultation	Année
Père A	> 37 SA	Fille	Césarienne	CU	2017
Père B	> 37 SA	Fille	Voie Basse	Arrêt MAF	2022
Père C	> 37 SA	Garçon	Césarienne	Arrêt MAF	2023
Père D	> 37 SA	Fille	Voie Basse	CU	2022
Père E	> 37 SA	Fille	Voie Basse	Arrêt MAF	2022
Père F	> 37 SA	Garçon	Voie Basse	Arrêt MAF	2015

Figure 2 : Caractéristiques de la population

Les pères ont été recrutés dans différentes régions de France : 2 en Île-de-France, 1 en Nouvelle Aquitaine, 1 aux Pays de la Loire, 1 en Centre Val de Loire et 1 en Occitanie.

3.4 Vécu et prise en charge des pères

Dans cette étude, les pères ont exprimé que la grossesse a été pour eux un bon moment, qu'ils ont pu suivre son déroulement petit à petit. Ils disent n'avoir eu aucun doute quant au bon déroulement de la grossesse et à son mode de terminaison (A,B,C,D,E,F).

- VA : « la grossesse ça a été! On n'a pas eu spécialement quelque chose, rien ou de surprise, on n'a rien eu qui aurait pu nous mettre sur la piste, tout s'est très bien passé. »
- VB : « C'est une grossesse qui s'est très bien passé... On n'a jamais eu de soucis pour T... il n'y avait pas de signe d'alerte »
- VE : « C'était une toute première... la première grossesse. Et ça s'est très bien déroulé en fait enfin j'ai envie de dire c'était que du bonheur. »

Suite à l'annonce du décès de leurs enfants, 3 pères ont fait entendre qu'ils souhaitaient vivre l'accouchement comme tout autre accouchement (D,E,F).

- VD : « On voulait que ça soit comme un accouchement comme tout le monde... ça reste un bel accouchement pour nous deux »
- VE : « Tout se déroule comme un accouchement normal juste on sait que le bébé ne sera pas vivant mais en fait tout est similaire »

La présence des professionnels, les explications et le soutien donnés par l'équipe médicale sont pour cinq pères primordiaux pour un meilleur vécu de ce moment difficile (B,C,D,E,F).

- VC : « *J'ai toujours été intégré, ça a été direct le couple, les ressentis du couple* »
- VD : « *On a eu de la chance, les gens ont pris du temps pour tout nous expliquer, nous aiguiller etc...* »
- VF : « *Pour moi c'était bien, je n'ai pas de regret et il n'y avait rien à faire de plus* »

Pour cinq pères, avoir pu créer des souvenirs et avoir des traces de leurs enfants et de leurs naissances a été important à leurs yeux (A,B,C,D,E).

- VD : « *Des vêtements, des doudous, on a aussi pris des photos... ma femme a même un doudou qu'elle emmène avec nous* »
- VE : « *On a pu prendre des photos, créer des souvenirs* »

Apprendre le décès de son enfant pas encore né est une chose brutale et inattendue que les pères n'ont pas imaginée (B,C,D,E,F).

- VB : « *On l'a vécu vraiment comme une injustice... c'est difficile à accepter, à encaisser surtout que ça n'était pas un bébé difforme... je lui disais ce n'est pas possible en plus tu as vu la gynéco il y a 2 semaines tout va bien* »
- VC : « *Il y a tout qui s'effondre, moi j'ai fait une mini-crise de panique... c'est le ciel qui nous tombe sur la tête... le mot c'est traumatisme* »

Les pères avaient investi et préparé l'arrivée de leur enfant durant la grossesse (A,B).

- VA : « *Dans la maison on avait tout préparé, il y avait le lit, la table à langer* »
- VB : « *Je vous laisse imaginer tout était prêt, la chambre, les vêtements, la poussette, le siège auto* », « *et puis tous les cartons, ranger tous les vêtements, les couches etc...* »

Peu de temps après l'annonce du décès de leur enfant, 4 pères disent avoir été confrontés à beaucoup d'informations et de questions (A,B,E,F).

- VA : « *au début tu as énormément d'infos dès le décès, tu n'as pas accouché encore. Mais on te demande ce que tu veux faire du corps, l'enterrer, l'inhumer, si c'est l'hôpital qui garde le corps, tous les papiers à gérer* »
- VF : « *donc c'est vrai sur le coup c'est un peu dur, elle n'avait pas accouché, on n'avait pas vu notre fille et il faut déjà choisir tout ça quoi, c'est pas facile* »

Quatre pères ont confié s'être sentis mis à l'écart lors de la prise en charge de l'équipe médicale (A,C,D,E).

- VA : « *On m'a pas accompagné... je trouve pas qu'on a été plus aidé ou accompagné que ça* » ; « *Mais en fait on ne connaissait pas on ne sait rien, on ne sait pas comment ça doit se passer, enfin moi on me l'a pas expliqué* »
- VD : « *On s'aperçoit que le papa ne sert pas à grand-chose mais voilà on est là juste pour soutenir sa femme quoi, c'est vrai qu'avant qu'il y ait le travail on me demandait si j'avais besoin de quelque chose mais c'est vrai que après pendant l'accouchement ouai on nous explique rien quoi...* »

Cinq pères ont vécu de façon difficile le fait d'être dans des chambres proches des bébés vivants pendant leurs séjours à la maternité (A,B,D,E,F).

- VB : « *on était dans le même service que les nouveau-nés... on était dans notre chambre et on entend pleurer mais dans la nôtre c'est vide* »
- VE : « *C'est vrai que le peu qu'on a entendu des pleurs de bébés pendant le séjour euh... ouai c'était dur à entendre du coup* »

Deux pères ont reçu des informations erronées et ont ressenti que les professionnels n'avaient pas de temps à leur consacré (D,E).

- VD : « *le seul truc négatif c'est la cadre sage-femme le lendemain qui a été un peu expéditive, il fallait que ça aille vite pour elle* »
- VE : « *la sage-femme cadre qui nous avait pas donné des infos bonnes le premier jour avec toutes les infos donc on était un peu déçu là-dessus* »

Le temps consacré, l'écoute et l'accompagnement de l'équipe médicale ont d'après quatre pères une incidence positive sur le vécu de la prise en charge (B,C,D,F).

- VB : « *répondre à toutes nos interrogations c'est important, c'est rassurant, c'est ce qui nous maintient en vie* »
- VC : « *on nous avait tout expliqué avant... tout ce qu'on nous a dit ça c'est vraiment passé comme ça* » ; « *le soir elles n'hésitaient pas à rester 10, 30 min pour rester dans la chambre pour répondre à toutes nos questions* »

La prise en charge proposée par les sages-femmes et l'équipe soignante a pour les six pères un impact positif sur le vécu du décès de leur enfant (A,B,C,D,E,F).

- VB : *"en fait pour tout ce qui était sage-femme, ceux qui venaient dans la chambre , franchement pour moi vraiment super, ils prenaient des nouvelles, ils étaient vraiment gentils, ils essayaient de nous remonter le moral" ; " la sage-femme a été super elle a pu nous accompagner comme elle le pouvait... pour moi c'était au-delà du professionnel c'était de l'humain"*
- VC : *« on ne s'est jamais senti seul, on a été accompagné tout au long. Il y a toujours eu une oreille, un geste, une parole pour nous aider à surmonter cette étape"*

Pour cinq pères, être présent et aux côtés de leurs femmes était primordiale (A,B,C,D,E).

- VA : *"Ils m'ont autorisé à dormir sur place"*
- VB : *"les sages-femmes ont été vraiment top, on l'a appris le soir et elles ont très vite trouvé un lit pour moi tout au long pour que je puisse rester avec ma femme."*

Considérer les pères et demander leurs souhaits pour l'accouchement, la prise en charge de leur enfant tout en leur laissant le temps nécessaire avec leur compagne et leur enfant était indispensable pour les six pères (A,B,C,D,E,F).

- VD : *" on nous a proposé et on a accepté de le prendre dans nos bras... on souhaitait le prendre dans nos bras et le montrer à notre famille... on l'a vue autant qu'on souhaitait"*
- VE : *" du début de la maternité jusqu'aux funérailles on a pu clairement profiter de passer du temps avec elle, on nous a pas mis de barrière."*

Pour cinq pères, la prise en charge psychologique proposé était reliée à celle de leur conjointe (A,B,C,D,E).

- VB : *" On nous l'a demandé à deux... j'étais avec ma compagne et ça n'a posé aucun souci que je sois présent... on nous a demandé pour un suivi psy on l'a fait ensemble... mais on m'a dit que si je voulais des rendez-vous seul c'était possible"*
- VC : *" on nous a proposé encore une fois tous les deux une prise en charge psy avec une psy de la maternité... c'était un accompagnement pour tous les deux et pas seulement pour ma compagne ou pour moi seul."*

Pour trois pères, la manière utilisée pour annoncer le décès de leur enfant a eu une répercussion négative sur le vécu de ce moment (B,C,E).

- VB : *"C'est plus le médecin qui nous a annoncé, il était vachement froid en fait, il nous a dit en trois mots... il m'a balancé comme ça "bah oui c'est terminé" et puis il s'est barré quoi. Il nous a laissés avec la sage-femme"*
- VE : *" il y a eu 1 médecin, 2 médecins, 3 médecins... et ma femme a demandé au médecin "il se passe quelque chose" et là le médecin nous a annoncé que le cœur de Alba s'était arrêté"*

Les six pères ont tous confié se sentir père de leurs enfants décédés (A,B,C,D,E,F).

- VB : *" Thibaut on le dit et on le considère comme notre fils, Il est sur le livret de famille... le premier décédé"*
- VC : *" on se considère parents même si on sait qu'il n'y aura pas d'aîné s'il y a d'autres enfants"*

Quatre pères ont parlé du décalage entre le père et la mère sur le vécu, le ressenti de la grossesse et le lien créé avec leur enfant (A,B,C,D).

- VA : *" nous les papas on n'a pas tous les ressentis, les sensations d'une grossesse déjà, les mouvements etc..."*
- VD : *" Après la grossesse pour les hommes est différente on n'a pas le même ressenti par rapport à la maman"*

Pour les six pères, parler de leur enfant aîné est une évidence, cet enfant fait partie intégrante de leur famille (A,B,C,D,E,F).

- VB : *« C'est important pour nous de la faire exister car elle est importante et elle fait partie intégrante de notre famille »*
- VC : *« il n'y a pas de tabou car c'est la vie... on est des parents avec un enfant mais qui est décédé »*
- VE : *« c'est quelque chose qui me semble important de parler à un prochain enfant...c'est notre premier enfant »*

Pour six pères, la MFIU n'a pas eu d'influence sur leur envie d'avoir des enfants (A,B,C,D,E,F).

- VA : *« On l'avait dit tout de suite à l'hôpital, on l'avait dit tout de suite on veut savoir pour le prochain »*

- VC : « *oui on veut d'autres enfants... le désir de grossesse pour moi est toujours là* »

Pour cinq pères, voir leur femme souffrir était dur à vivre. Pour eux, leur conjointe devait être la priorité de l'équipe médicale (A,B,C,E,F).

- VB : « *Même si je pensais d'abord à ma femme... j'aurais pu prendre un peu de la douleur je l'aurais fait* » ; « *Ce qui m'importait le plus, c'était pas moi mais ma femme avant tout* » ; « *à l'annonce ma femme ne pouvait plus parler, c'était que des hurlements qui sortaient, c'est dur à entendre* »
- VF : « *c'est déjà dur pour moi donc je peux comprendre que c'est plus dur pour elle* »

3.5 Les fragilités ou les manquements observés

Trois pères ont fait des propositions sur des axes d'améliorations sur la prise en charge proposée, le choix de service pour le séjour, sur la place du père pendant la grossesse, l'accouchement et le séjour à la maternité (A,B,C).

- VA : « *ça serait bien de nous impliquer un peu plus, de nous expliquer un peu plus car nous on ne sait pas en fait... car si ma femme ne m'expliquait pas, je ne savais rien, je n'avais pas d'info* »
- VB : « *Par contre sur la prise en charge j'ai une chose à dire laissé l'opportunité au père de rester* » ; « *prendre le temps de dire les choses, de tout expliquer, prendre le temps que les gens ont besoin pas les brusquer car il y énormément d'info* » ; « *il est important que vous soyez à l'écoute des mamans et même aussi des papas* » ; « *Peut-être pas réserver une aile spécifique mais voilà garder des chambres exprès* »
- VC : « *Laisser le choix aux parents, ce sont eux qui savent ce qu'ils veulent faire et ce qui est bon* » ; « *Ne pas mettre le père à l'écart à moins que ça soit une demande de sa part* » ; « *C'est la mère qui porte mais c'est le couple qui fait l'enfant* » ; « *La maman a besoin du papa pour surmonter cette épreuve* »

4 Discussion

4.1 Résumé des principaux résultats

Tout d'abord, dans cette étude nous avons pu observer que les pères ont eu un très bon vécu de la grossesse et gardent malgré la MFIU un bon souvenir de l'accouchement et de la prise en charge des professionnels durant leur séjour. Les pères de notre étude ont trouvé un décalage dans le vécu de la MFIU entre eux et leur conjointe, la chronologie n'était pas la même pour les deux membres du couple. Pour les pères, avoir le soutien, l'écoute et l'accompagnement des soignants était primordial pour un meilleur vécu de la MFIU. Et avoir pu être aux côtés de leur femme durant toute la prise en charge était une chose importante.

Lors de notre étude, les pères ont qualifié l'annonce du décès de leur enfant de froide et inhumaine ; ce moment restera traumatisant et rempli de sentiment négatif, cette manière d'annoncer le décès de leur enfant a eu une répercussion négative sur leur vécu. Nous avons pu observer que les pères avaient développé des mécanismes de défenses afin de les aider dans ce moment difficile. Lors de notre étude, nous avons observé que pour les pères voir leurs femmes et leurs enfants pris en charge était une priorité.

Pour eux, être père de leur enfant décédé était une évidence, leur enfant fait partie intégrante de leur famille. La MFIU n'a pas eu d'incidence sur l'envie d'avoir d'autre enfant par la suite pour les pères de notre étude. Ces pères avaient investi et préparé l'arrivée de cet enfant tout au long de la grossesse.

Ils ont pu observer un manque de communication ou à contrario une surabondance d'information délivrés aux couples à la suite de l'annonce de la MFIU. Ils demandent aux soignants de laisser la possibilité aux pères de prendre une place principale lors de la grossesse et de pouvoir essayer de les impliquer le plus possible. Ils souhaitent avoir une écoute aussi disponible que pour les mères. Dans notre étude, les pères demandent un lieu dédié et adapté à la prise en charge pour les parents faisant face au deuil périnatal.

4.2 Points forts et faibles de l'étude

4.2.1 Points forts

Les études sur le vécu sont le plus souvent réalisées après les études sur la physiopathologie et les prises en charge. Un mémoire sur le vécu de la mère a été mené par une étudiante sage-femme de Poitiers en 2023.

Les études qualitatives ont pour objectif de comprendre ou d'expliquer un comportement, des motivations et des caractéristiques. Elles sont de plus en plus utilisées dans le domaine médical afin d'étudier des facteurs subjectifs et difficilement quantifiables.

Elle permet ainsi de traiter de manière large le vécu des pères ayant vécu une MFIU vis-à-vis de l'annonce du décès mais également les modalités de leur prise en charge lors du séjour à la maternité et voir l'incidence sur leur paternité et la vie quotidienne.

Cette méthode est la plus appropriée pour notre étude car elle permet d'évaluer les opinions, croyances, sentiments de personnes ou de petits groupes sur un sujet défini.

De plus, nous avons choisi une analyse utilisant la technique de la théorisation ancrée qui permet de construire une ou plusieurs théories à partir du recueil de données.

4.2.2 Points faibles

Le sujet de notre étude étant plutôt intime, des entretiens en face à face auraient été la meilleure option. Cependant, l'étude s'intéressant aux les MFIU survenues dans toute la France, la distance géographique entre les pères et l'investigateur a été un frein pour organiser des entretiens en face à face. Nous avons dû nous réadapter et trouver des manières différentes afin de pouvoir mener les entretiens. Les entretiens téléphoniques ou par visioconférence ont été le choix le plus approprié pour mener cette étude.

Dans notre cas, la méthode qualitative repose en partie sur l'expérience et l'habileté de l'enquêteur à mener les entretiens il est donc possible qu'un biais d'investigation existe. Cependant l'expérience de l'enquêtrice s'est améliorée au fil des entretiens. Il est donc probable que les premiers recueils aient été moins riches que les derniers.

Certains entretiens ont été réalisés plusieurs mois ou années après l'annonce de la MFIU, il pouvait donc exister un biais de mémoire dans certains entretiens.

Les pères interrogés étaient volontaires et ont eu envie de raconter et de partager leur histoire ainsi que leur vécu. Sur une étude plus large, il est possible que les réponses aient été différentes. Cependant nous pouvons supposer que seuls les pères ayant eu un vécu positif de la prise en charge aient voulu raconter leur vécu. Un vécu négatif et/ou traumatique de l'accompagnement peut se trouver être un frein pour les pères à participer à cette étude. Ainsi le recrutement des pères a pu être biaisé.

Le recrutement a débuté par la diffusion de l'affiche (Annexe I) auprès des associations de deuil périnatale et sur des groupes de deuil périnatale sur Facebook . Cette méthode a été testée pendant 3 mois mais les réponses ont été très rares.

Afin de recruter plus de père et poursuivre l'étude, une publication a été faite sur la page Instagram d'une association de deuil périnatal. Grâce à cette publication le nombre de père a augmenté plus rapidement et l'étude qualitative a pu être menée.

4.3 Vécu et prise en charge

Dans notre étude, tous les pères ont eu un excellent vécu de la grossesse. Selon eux, aucun signe ou symptôme alarmant n'aurait pu les mettre sur la piste du décès de leur enfant. Cinq pères ont qualifié leur accompagnement de bon et adapté. De plus, pour quatre d'entre eux, se consacrer à leur conjointe et leur enfant décédé paraît primordial pour une bonne prise en charge à leur égard. Donner de l'importance à favoriser le bien-être de leur femme durant leur séjour semble être pour eux fondamental à leur propre bien-être.

Arrêtons-nous un moment sur la place du père et la représentation que la société se fait de celui-ci. Tout d'abord, un père est un homme avec une envie d'enfant, un rêve de paternité, une envie de fonder une famille. Dans les articles écrit par Samuelson et l'article du site « Mot du deuil », nous avons pu lire que la question d'être père passé par la question d'être un homme. Dans notre société, le père semble être qualifié comme un grand chêne fort et sans faiblesse, l'image d'un être invincible, qui paraît être introverti et autonome. Un être qui devrait prendre soin et protéger sa partenaire et son enfant. Il est présent pour soutenir sa famille afin de les accompagner lors des différentes étapes de la vie. Nous avons ici l'image de la famille que notre société se représente ; le père qui est le pilier de la famille, qui doit subvenir à leurs besoins. Les attentes de notre société envers les hommes semblent démodées de nos jours mais elles n'en restent pas moins très fortement inscrites dans notre culture. On demande aux hommes de rester en contrôle dans toutes les situations, d'être courageux, capables de supporter la peine sans broncher ou se plaindre, tout en étant capables de prendre en charge les autres (12,13).

Lors de notre étude, nous avons pu observer combien ces préjugés sur les hommes restent encore très enracinés dans l'éducation des garçons. Pendant le recrutement des pères, nous avons fait face à une difficulté car les hommes ne souhaitaient pas participer à l'étude puisqu'il semblait difficile pour eux d'envisager de parler lors d'un rendez-vous téléphonique ou en visioconférence avec l'investigateur. Certains pères souhaitaient participer à l'étude mais seulement en communiquant par écrit. Ainsi nous pouvons observer l'impact et l'influence que les dictats de notre société ont sur la manière dont les hommes expriment leurs émotions et leurs sentiments. Nous pouvons donc nous interroger sur l'influence de l'image sociétale de

l'homme sur le choix de la prise en charge et l'accompagnement proposé par les soignants aux pères.

A contrario lors du recrutement de notre étude, plusieurs mères ont proposé de répondre à la place de leur conjoint et ainsi raconter leur vécu ; mais les mères sont tout d'abord des femmes. Et dans notre société la femme semble le plus souvent représentée comme une personne plus sensible, plus fragile, plus émotive, qui aurait besoin de s'exprimer par des mots. Elles seraient plus extraverties que les hommes. Dans les représentations de notre société, une femme aurait besoin d'aide et de soutien, elle semblerait plus douce et douée d'empathie. Elle aurait plus de facilités à partager son vécu et ses émotions. La femme serait donc décrite par notre société comme une personne dont nous devrions prendre soin et qui devrait être protégée par le père (12, 26). Mais depuis le mouvement Me too nous avons pu observer une autre image de la femme : forte, courageuse et indépendante.

Ainsi lors d'un deuil, les hommes et dans notre cas les pères devraient rester silencieux face à la perte de leur enfant. Ils doivent mettre sous silence leurs pensées et leurs émotions afin de pouvoir soutenir, aider et accompagner leurs femmes comme la société le leur a inculqué. L'image de l'homme et donc du père dans notre société est encore tellement ancrée qu'elle pose problème lors d'étude qualitative.

4.4 Paternité et deuil

Souvent lors d'un deuil, l'homme semblerait être qualifié d'un être insensible, il ne demanderait pas d'aide, d'accompagnement et de soutien ; on pourrait lui reprocher un manque de communication et de partage de ses sentiments (13). Mais lors de notre étude, six pères ont exprimé un sentiment d'injustice, d'incompréhension et de souffrance. Pour eux, le décès brutal de leur enfant, l'évènement traumatisant qu'est la MFIU viennent entacher les rêves et les projets du couple. Ils se considèrent père à la suite de la naissance de leur enfant décédé. Ils se sentent père mais expriment malgré tout une ambiguïté lors de leur vie sociale. Ils utilisent des phrases types ou stratégies afin de faire comprendre qu'ils ont un enfant mais que celui-ci est décédé. Les six pères nous ont confié que malgré la MFIU pour leur premier enfant, leur envie d'avoir d'autre enfant par la suite n'avait pas changé. Cependant, ces pères laissent libre arbitre à la mère le choix d'avoir d'autre enfant, car pour eux c'est important de ne pas voir leur femme souffrir encore une fois.

La grossesse est un moment imaginé comme magnifique et rempli de joie, un moment à l'issu duquel on donne la vie. La naissance d'un père naît tout d'abord par le désir inconscient de grossesse. L'homme devient père sans connaître réellement la définition du mot paternité; elle se décrit par la présence réelle de celui-ci auprès de son l'enfant, dans le concret de la vie quotidienne. L'enfant et l'envie de paternité est imaginé par l'homme bien avant même le début de la grossesse, ces fantasmes lui permet de rêver, de se projeter an tant que père. Cependant, dans notre étude un père nous a décrit avoir été privé de cette paternité ; les seuls moments qu'il a pu partager avec son enfant ont été très restreint car il a pu seulement partager avec lui les jours précédents les funérailles.

Malgré ce moment controversé qu'est la MFIU, c'est un moment de naissance mais aussi de mort. La MFIU permet aux hommes de devenir père. Ils ont un enfant aîné mais qui n'est pas présent avec eux. Cet enfant est reconnu comme partie intégrante de leur famille pour les six pères de notre étude. Ils ont pu donner un prénom et un nom à cet enfant décédé, le faire paraître dans leur livret de famille ce qui était très important pour eux afin de pouvoir le faire vivre. Cependant, à la suite de cette naissance, les pères doivent faire face à un deuil.

Le deuil est un processus intrapsychique, un travail à faire sur soi, une transformation indispensable afin de progresser sur l'élaboration psychique et la perte d'un être cher. Le deuil des pères passe par la confrontation à la réalité de la perte de leur enfant et l'acceptation de celle-ci afin de pouvoir achever leur travail de deuil. Néanmoins dans cette étude, ce n'est pas un deuil comme les autres. Le deuil périnatal représente l'irruption de la mort là où la vie devait advenir. Les pères endeuillés doivent à la fois élaborer leur nouveau statut de père et en même temps en faire le deuil. Ils doivent ainsi renoncer à l'enfant qui devait naître et à leur fantasme de paternité. Leur lien avec leur parentalité est rompu avant même d'avoir pu exister. C'est pour cela que certains pères ont pu développer des mécanismes de défenses afin de les aider dans leur travail de deuil.

Dans notre étude, nous avons pu observer :

- Le déni : VD « *moi j'essayais de me raccrocher ils vont le retrouver mais ce n'était pas le cas* »
- La mise à distance des affects : VA: « *dans mon malheur j'ai eu de la chance, je n'ai pas créé de lien avec ma fille comme ma femme à créer* »

- La dissociation : VC : « *Moi j'ai le souvenir, comment dire... cet évènement je m'en suis détaché, je me vois vivre l'évènement mais je m'en rappelle pas être là* »
- La projection agressive : VA : « *pour moi c'est elle (la sage-femme) qui n'a pas fait son truc, elle n'écoutait pas... elle faisait rien de toute façon* »

Les mécanismes de défenses sont des processus psychiques automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente. Ce sont des stratégies d'adaptation ou processus de maîtrise afin de contrôler ses pensées et émotions (11). Nous pouvons donc voir que les pères ont recours à des stratégies afin de s'aider dans leur travail de deuil et leur permettre de surmonter cette épreuve.

4.5 Fragilités et manquements observés

Les soignants ont pour objectif de réussir à prendre soin des femmes et de leur enfant. Malheureusement, la MFIU est vécue comme un échec par les soignants. Ils doivent accompagner la mort là où ils ont l'habitude d'accompagner la naissance et la vie. Lors de la MFIU c'est le médecin qui fait l'annonce du décès de l'enfant et la sage-femme qui prend en charge le couple et l'enfant. Le médecin doit venir consulter le couple pour lui annoncer une mauvaise nouvelle. Le médecin intervient en plein milieu de la consultation le plus souvent faite par la sage-femme et se présente auprès des parents seulement pour faire le diagnostic et l'annonce de la MFIU. Ainsi les couples, les médecins et les sages-femmes se retrouvent face à face. Ils se retrouvent tous confrontés à leurs propres émotions et doivent en plus faire face à celles des personnes présentes autour d'eux. Les couples ressentent des émotions qu'ils vont plus ou moins partager avec les professionnels en face d'eux. Les soignants doivent être capables d'accueillir ces émotions tout en étant à même de maîtriser les leurs.

Lors de notre étude, nous avons pu observer que lors des entretiens, trois pères ont décrit une certaine froideur, une distance et une rapidité dans la manière dont les médecins décidaient de faire leur annonce. Pour ces trois pères, la manière utilisée pour annoncer le décès de leur enfant s'apparenterait à une grande violence et un choc. Nous pouvons donc nous demander si la fatigue compassionnelle développée par les professionnels peut être la conséquence de l'épuisement physique, émotionnel, la pression au travail et la confrontation régulière à la même situation. Cette méthode est un moyen pour eux de se protéger, une manière de continuer à prendre en charge les patients et les aider à affronter les situations difficiles. Cependant cette manière de se protéger peut se traduire pour les couples par de la froideur et de la distance de la part des professionnels (19).

Chaque soignant est différent, son émotion et sa manière d'agir est influencé par son vécu personnel et sa sensibilité. Il peut faire face à la peur de craquer face aux parents et ne pas être capable de surmonter cette situation et donc ne pas réussir à accompagner les couples. De plus, il peut avoir déjà été confronté à la même situation et donc développer à son tour des mécanismes de défenses afin de pouvoir faire face et se mettre en sécurité. Les mécanismes les plus souvent développés par le professionnel est : l'identification projective, la fuite, la banalisation (11,19, 20). Ici nous pouvons donc parler d'effet miroir, être face au patient lors d'un soin ou d'une prise en charge peut sembler être une difficulté pour le soignant. Les émotions, la détresse ou les cas auquel le soignants est confronté peut le renvoyer à sa propre histoire et blessure personnelle (24).

Dans notre société, le plus souvent le médecin s'avère être représenté par un homme et la sage-femme par une femme. Le médecin devrait avoir une certaine prestance et garder une distance avec ses patients. Il détiendrait tout le savoir scientifique et médical. Cependant la sage-femme serait représentée par une femme douce. Elle posséderait une voix apaisante, elle ferait preuve d'empathie, d'altruisme et resterait calme et sereine (21). En aucun cas ici nous avons l'impression de décrire des personnes pouvant ressentir des faiblesses et pouvant être confrontée à des difficultés. Cette situation peut éclater au visage des professionnels et les mettre à nu face aux couples. Le médecin qui semble être représenté par un homme fait face au père et la sage-femme qui s'avère représentée par une femme fait face à la mère. Nous avons donc ici le miroir du couple de parents, par le couple de la sage-femme et du médecin. Ainsi ce couple de soignants doit être capable de gérer les émotions des parents et rester fort tout au long de la prise en charge, sachant que les émotions des parents restent imprévisibles et ne peuvent pas être anticipées. Les soignants restent des personnes qui ont vécu des choses que ce soit professionnellement ou personnellement. Il faut donc comprendre que soigner peut être compliqué quand il faut faire face aux émotions des couples et aux siennes propres (24).

4.6 Perspectives

Grâce à cette étude nous pouvons proposer une lecture des modalités actuelles de prise en charge proposée aux père lors d'une MFIU. Les pères ont mis en avant un manque de communication sur l'accompagnement en cours pour leur femme et leur enfant de la part des soignants. Au contraire les pères ont subi un trop plein d'informations juste après l'annonce du décès de leur enfant alors que le diagnostic venait tout juste de se faire. Ils ont pu évoquer

que les soignants ne se sont pas adaptés aux besoins et la temporalité psychique et émotionnelle des parents au moment de l'annonce de la MFIU. Encore une fois, les professionnels afin de se protéger peuvent aller vite pour se décharger du fardeau de toutes ces informations à donner aux parents. C'est une mise à distance de l'affect qui est un mécanisme de défense développé afin de ne pas craquer ou faiblir face aux couples.

Nous savons, grâce au mémoire de fin d'étude de Chauchard qui a étudié l'annonce des mauvaises nouvelles dans le cadre de MFIU, que les années d'expérience des professionnels jouaient un rôle crucial dans la manière de faire l'annonce et de prendre en charge les couples. Malgré tout, la situation de la MFIU reste difficile même si le soignant a plusieurs années de pratique. Les formations initiales et continues ont une place importante dans la profession de sage-femme. Le soignant doit toujours penser à la méthode du Docteur Bailleux qui a repris les recommandations de la Haute Autorité de santé sous forme de l'acronyme : CAHIER. Cette méthode est un moyen mémo technique afin de penser aux bases principales pour que l'annonce d'une mauvaise nouvelle soit la moins traumatique possible. Il faut un cadre intime, un lieu calme et dédié où personne ne peut venir s'immiscer entre le couple et le professionnel, une certaine anticipation dans la prise en charge, ce qu'il faut faire et pouvoir répondre aux interrogations des parents sur ce qui va se passer. Il faut une harmonie entre les différents professionnels. Il est nécessaire d'éviter la multiplication du nombre de personnel sur le dossier afin de laisser un fils conducteur pour les couples tout au long de la prise en charge. Il conviendrait que les professionnels aient la capacité d'adapter leurs discours aux profils et aux situations des patients. Ils doivent soumettre une invitation à la communication et au discours afin de montrer aux parents qu'ils sont disponibles pour parler et être présents pour les accompagner. De plus, les couples ont besoin d'empathie de la part des professionnels.

Enfin, les soignants doivent savoir résumer, ne pas partir dans des explications trop scientifiques mais pouvoir donner les informations dont le couple a besoin au moment où ils en ont besoin. Nous pouvons donc résumer que le temps dédié, le calme et l'écoute sont primordiaux afin de pouvoir s'adapter à la chronologie des événements et aux besoins des parents (20).

De plus, les pères de notre étude doivent faire face un deuil tout en étant au contact d'autres couples qui eux sont plongés dans le bonheur de la parentalité. Sachant que pour les couples

étant dans le deuil périnatal, la MFIU est déjà vécue comme un coup de massue, on leur demande durant leur séjour à la maternité de vivre aux cotés de parents qui eux peuvent vivre leur parentalité. Lors de notre étude, les pères ont demandé qu'un lieu dédié et approprié aux parents faisant face au deuil périnatal soit mis en place dans les maternités afin d'optimiser leur bien-être, malgré l'effort des professionnels à trouver une chambre qui pouvait être la plus isolée où à l'écart du service durant leur séjour.

5 Conclusion

Dans cette étude qualitative ayant pour sujet la place du père lors d'une MFIU, nous avons mené des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien à questions ouvertes. Cette étude incluant 6 pères nous permet de faire un état des lieux sur leur prise en charge lors d'une MFIU lors d'une première grossesse, et ainsi en apprendre plus sur les impacts de cet accompagnement sur leur vécu. De plus, elle nous permet de mettre en avant l'influence des dictats de la société et ainsi que la difficulté de la relation entre soignant et patient.

Toute la difficulté de la prise en charge est dans la complexité des relations humaines. Le père avec son vécu et ses émotions au moment « T » fait face au vécu et aux émotions du soignant qui doit le prendre en charge. Nous savons que l'écoute, le respect, la bienveillance, l'empathie et la communication sont des facteurs principaux pouvant influencer le vécu ainsi qu'un lieu adapté à la prise en charge du deuil périnatal. Adapter et donner le meilleur accompagnement peut être difficile quand le professionnel se retrouve confronté à d'autres émotions que les siennes.

Nous pouvons parler ici de l'effet miroir qui est un mécanisme mettant le soignant à l'épreuve l'obligeant à mettre en place des mécanismes de défense afin de se protéger. Cette autoprotection de la part des professionnels peut paraître pour les pères un manque de communication ou une certaine froideur de la part du personnel médical.

Cependant, les pères aussi peuvent de leur côté développer des mécanismes de défense afin de faire face au deuil de leur enfant. Nous savons que l'image populaire de l'homme dans la société reste encore très ancrée. Les pères doivent aussi faire face aux préjugés et aux exigences de la société durant leur deuil afin d'être disponible pour leur femme et leur enfant. Ces préjugés peuvent aussi influencer les pères sur leur ressenti et leur volonté à faire face à leurs émotions, ainsi que les professionnels qui les prennent en charge. Cette étude nous rappelle que soigner peut-être un exercice bien difficile parfois quand il faut faire face aux émotions des couples et à ses propres émotions.

Bibliographie

1. Mercuzot A. Analyse des cas de mort fœtale in utero au CHU d'Amiens. [Thèse d'exercice]. Amiens ; France : Université d'Amiens ;2014
2. Dembi.C. La sage-femme face à la mort fœtale in utero : La sage-femme confrontée à la découverte d'une MFIU et l'accompagnement du couple à l'annonce de l'accouchement. [Mémoire de fin d'étude] Marseille ; France : Université Aix Marseille ;2018
3. Beuzelin.M. Morts fœtales in utero : facteurs étiologiques, rôle du diabète et de l'obésité : étude cas-témoin monocentrique réalisée sur la période 2008-2014. [Mémoire de fin d'étude] Cean ; France : Université de Cean Normandie ; 2016
4. Planetesante.ch. Accompagner les parents dans le deuil périnatal, [en ligne] 2014 [Cité le 8 juin 2022]
Disponible sur : [Accompagner les parents dans le deuil périnatal - Planete sante](#)
5. Akkari.F. La mort fœtale in utero dans le vécu en stage des étudiants sages-femmes : une expérience incontournable [Mémoire de fin d'étude] Strasbourg ; France : Université de Strasbourg ; 2022
6. Pubmed [En ligne] ; 2021. The perinatal bereavement project : development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil-a quasi-experimental before- and- after study. [Cité le 5 décembre 2022]
Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. Pubmed [En ligne] ; 2020. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. [Cité le 5 décembre 2022] Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. Pubmed [En ligne] ; 2013. Fatherhood and suffering : a qualitative exploration of Swedish men's experiences of care after the death of a baby. [Cité le 5 décembre 2022] Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
9. Pubmed [En ligne] ; 2010. A qualitative study of the meaning of fatherhood among young urban fathers. [Cité le 5 décembre 2022] Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
10. Association-agapa.fr. Précision sur la loi visant à nommer les enfants nés sans vie. [en ligne] 2021 [cité le 26 sept 2023]
Disponible sur : [S'informer - Agapa \(association-agapa.fr\)](#)
11. Cairn [En ligne] ; 2012. Les mécanismes de défense, Henri Chabrol, Dans recherche en soins infirmiers 2005/3 (N°82), Pages 31 à 42. [cité le 10 aout 2023] Disponible sur : <https://www.cairn.info/>

12. Ebn.bmj.com. Les pères vivaient la mortinatalité comme un gâchis de vie et devaient protéger leur partenaire et exprimer leur chagrin à leur manière. [en ligne] juin 2001.[cité le 21 oct 2023]
Disponible sur : [61.full.pdf \(bmj.com\)](#)
13. Deuil.comemo.org. Le vécu de l'homme en deuil. [en ligne] juin 2013 [cité le 21 oct 2023]
Disponible sur : [Le vécu de l'homme en deuil - Les mots du deuil \(comemo.org\)](#)
14. Mieux-traverser-le-deuil.fr. Le deuil au masculin. [en ligne] 17 mai 2019 [cité le 21 oct 2023]
Disponible sur : [Le deuil au masculin - Mieux traverser le deuil \(mieux-traverser-le-deuil.fr\)](#)
15. Pubmed [En ligne] ; 2001. Un gâchis de vie l'expérience des pères qui ont perdu un enfant avant la naissance. [cité le 21 oct 2023] Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
16. Pubmed [En ligne] ; 2014. « un sens renouvelé du but » : l'expérience des mères et des pères d'avoir un enfant à la suite d'une mortinaissance récente. [cité le 18 oct 2023] Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
17. Pubmed [En ligne] ; 2020. Expériences des parents en matière de soutien à la suite d'une mortinatalité ou d'un décès néonatal. [cité le 18 oct 2023] Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
18. Cornu.V. L'annonce de fausses-couches par les médecins : étude qualitative dans deux hôpitaux d'Ile de France [Mémoire de fin d'étude] Saint Quentin-en-Yvelines ; France: Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines ;2022
19. Huars.J. La sage-femme face à l'annonce d'une mort fœtal in utéro [Mémoire de fin d'étude] Metz-Thionvilles ; France: Université Henri Poincaré, Nancy I ; 2018
20. Chauchard.P. L'annonce d'une mauvaise nouvelle : le cas de la mort fœtal in utéro [Mémoire de fin d'étude] Limoges ; France : Université de Limoges ; 2017
21. Leonard.E. Evolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ? [Mémoire de fin d'étude] Paris ; France : Université Pierre et Marie Curie ;2015
22. Cairn [En ligne] ; 2011. Mort périnatal : le deuil en kit. [Cité le 15 janv 2024] Disponible sur : <https://www.cairn.info/>
23. Science direct [En ligne] ; 2020. Place de la sage-femme auprès des parents confrontés à une perte fœtale. [Cité le 17 janv 2024] Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/>
24. Chroniques infirmiere misanthrope [En ligne] ; 2015. Le soignant, l'effet miroir et les émotions. [cité le 15 janv 2024] Disponible sur : <https://chroniquesinfirmieremisanthrope.wordpress.com/>
25. Cairn [En ligne] ; 2015. Comment naît-on père ? [Cité le 8 fév 2024] Disponible sur : <https://www.cairn.info/>


26. Weekend [En ligne] ; 2015. Les femmes sont-elles vraiment plus sensibles que les hommes ?

[Cité le 13 fév 2024] Disponible sur : <https://weekend.levif.be/>

6 Annexes

Annexe I

PATERNITÉ ET MORT FOETALE IN UTERO




BONJOUR, JE SUIS MARION ÉTUDIANTE SAGE-FEMME À POITIERS. DANS LE CADRE DE MON MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES, JE FAIS DES RECHERCHES SUR LE VÉCU DU PÈRE LORS D'UNE MORT FŒTALE IN UTERO.

LE BUT DE CETTE ÉTUDE EST D'AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE PROPOSÉE AUX PÈRES, DANS LES MATERNITÉS PICTO CHARENTAISE. L'ÉTUDE PASSE PAR UN RECUEIL DE TÉMOIGNAGES, LES DONNÉES RECUEILLIES SERONT ANONYMISÉES ET PROTÉGÉES PAR LE SECRET MÉDICAL ET PROFESSIONNEL.

VOUS ÊTES UN HOMME, VOUS AVEZ VÉCU UNE MORT FŒTALE IN UTERO LORS DE VOS GROSSESSES.

VOUS N'AVEZ PAS EU D'ENFANT AVANT LA MORT FŒTALE IN UTERO. ELLE EST SURVENUE IL Y A MOINS DE 10 ANS.



Si vous voulez participer ou êtes intéressés par cette étude. Vous pouvez me contacter par mail à l'adresse : marion.faubert@etu.univ-poitiers.fr

Annexe II

Grille d'entretien :

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je réalise une enquête sur le vécu, l'accompagnement et la prise en charge des pères ayant vécu une mort fœtale in utero. Cette étude est réalisée sous la direction de Mme Tiphany Berger, psychologue clinicienne, Docteur en psychologie clinique.

Les réponses à ce questionnaire sont anonymes.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude.

✓ **Annnonce :**

- ✓ Racontez-moi comment s'est passé l'annonce pour votre bébé ?
 - *A quel terme de la grossesse est survenue le MFIU ?*
 - *A quel moment vous a-t-on annoncé la MFIU ?*
 - *Comment s'est déroulé cette annonce ?*
 - *Avez-vous eu des explications sur la MFIU à la suite de l'annonce ?*
 - *A-t-on répondu à vos interrogations ?*

✓ **Accouchement :**

- ✓ Comment l'accouchement s'est-il organisé ?
 - *Dans quel service et dans quel type de structure avez-vous été pris en charge ?*
 - *Dans combien de services différents avez-vous été pris en charge ?*
 - *Avez-vous eu du temps pour préparer cette naissance ?*
 - *Avez-vous reçu de l'aide, vous a-t-on accompagnés pour ce projet de naissance ?*
 - *Es ce que l'équipe soignante a respecté vos souhaits lors de l'accouchement ?*
 - *A-t-on respecté votre souhait de voir votre enfant ? Ou non ?*
 - *Avez-vous pu organiser des funérailles à votre enfant si vous le souhaitiez ?*

✓ **Vécu :**

- ✓ Pouvez-vous me parler de votre vécu et de votre pec par l'équipe soignante ?
 - *Comment vous êtes-vous senti à la suite de l'annonce de la MFIU ?*
 - *D'après-vous l'équipe soignante vous a-t-elle assez pris en compte lors de l'annonce ?*
 - *D'après vous, les professionnels de santé se sont-ils rendus disponible pour vous ?*
 - *Avez-vous demandé du soutien ou de l'aide auprès de l'équipe médicale ?*
 - *Avez-vous suivi un accompagnement psychologique ?*
 - *Quels moyens vous a été proposé par les équipes soignantes lors de la MFIU ?*

- *Quel nom donneriez-vous aux hommes dans le cas d'une MFIU sans enfant ? Père ?*

- ✓ **Prochaine grossesse :**
- ✓ Pouvez-vous me parler des autres grossesses, des futures grossesses ?
 - *Vous sentez-vous prêts pour une autre grossesse ?*
 - *Pourquoi ?*
 - *Avez-vous des appréhensions ?*
 - *Le déroulement de cette nouvelle grossesse est-il différent ?*

- ✓ **Amélioration :**
- ✓ Avez-vous des remarques à faire ou avez-vous observé des fragilités ou des manquements sur la prise en charge proposée par l'équipe soignante ?
 - *Que pensez-vous de la prise en charge que vous avez reçue ?*
 - *Comment auriez-vous aimé être pris en charge par l'équipe soignante ?*
 - *Quelles améliorations pouvez-vous proposer pour la prise en charge des pères lors de MFIU ?*

7 Summary

Objective/Method : This qualitative study was carried out using six semi-structured interviews between March and June 2023. The main goal of the experience was to interview the fathers who have experienced a MFIU during a first pregnancy in order to collect their opinion concerning their experiences and the care they were able to benefit. The secondary objective was to identify the points of weakness and of missing during the care. The interviews were transcribed then analysed by the grounded theory in order to allow the construction of one or more theories from the data collection.

Results: In this study, all the fathers experienced the pregnancy very well, for them there was no doubt about the smooth running of it. The announcement of the death of their child was an intense shock, felt like an unfair event for them. The announcement of the MFIU is, for most fathers, qualified as cold and inhuman. For them, the couples were taken care in their entirety. The caregivers demonstrated attentiveness, empathy, and they were able to support the couples with kindness. Despite everything, the fathers ask for more communication and explanation about the caring of their spouse and their child. They also wish to have a support service dedicated to parents coping with perinatal bereavement, because facing the death of your child alongside living children is a challenge. All the fathers of this study consider themselves as the father of their death child. And for them, talking about their child around them, to their children or future children is something obvious because their deceased elder child is an integral part of their family.

Conclusion: This study allowed to have an idea about the situation of the father's care during an MFIU, and to learn about the results of this support on what they have been through. It also allowed to see the impact of societal dictates that still persist today about men and caregivers caring the couples. We were able to understand in this study that caring can be hard when caregivers have to face their feelings and the ones of the couples. Thus, the mirror effect and the compassion tiredness can influence on the care of the caregivers.

Key-words: Stillbirth, Father, Experience, Mide-wife, Care

8 Résumé

Objectif/ Méthode : Cette étude qualitative a été réalisée à partir de 6 entretiens semi-directifs entre mars et juin 2023. L'objectif principal était d'interroger les pères ayant vécu une MFIU lors d'une première grossesse afin de recueillir leurs avis concernant la prise en charge dont ils ont pu bénéficier et leur vécu. L'objectif secondaire était d'identifier les points de fragilités et des manquements dans la prise en charge. Les entretiens ont été retranscrits puis analysés par la théorisation ancrée afin de permettre de construire une ou plusieurs théories à partir du recueil de données.

Résultats : Dans cette étude, les pères ont tous eu un très bon vécu de la grossesse, pour eux il y avait aucun doute sur le bon déroulement de celle-ci. L'annonce du décès de leur enfant est un choc intense, un événement qualifié par les pères d'injuste. L'annonce de la MFIU est pour la plupart des pères caractérisée de froide et inhumaine. Pour eux les couples ont été pris en charge dans leur globalité. Les soignants ont fait preuve d'écoute, d'empathie et ont su accompagner les couples avec bienveillance. Malgré tout, les pères demandent plus de communication et d'explication sur la prise en charge de leurs conjointe et leur enfant. Ils souhaitent aussi avoir un service de prise en charge dédié aux parents faisant face au deuil périnatal car faire face au décès de leur enfant au côté d'enfant vivant est une épreuve. Tous les pères de cette étude se sont considérés père de leur enfant décédé. Et pour eux parler de leur enfant autour d'eux, à leurs enfants ou futur enfant est une évidence car cet enfant aîné décédé fait partie intégrante de leur famille.

Conclusion : Cette étude a permis de faire un état des lieux sur la prise en charge des pères lors d'une MFIU et apprendre les conséquences de cette accompagnement sur leurs vécus. Elle nous a permis de voir l'incidence des dictats de la société persistant encore de nos jours sur les hommes et les soignants prenant en charge les couples. Nous avons pu comprendre dans cette étude que soigner peut être compliqué quand les soignants doivent faire face aux émotions des couples et aux leurs. Ainsi l'effet miroir et la fatigue compassionnelle peuvent influencer sur la prise en charge des soignants.

Mots clés : MFIU, père, vécu, sage-femme, prise en charge