

2011, 2922, 2

Université de Montréal

Les réactions des hommes à l'avortement spontané précoce de leur
conjointe et l'impact sur leur vie

par
Monique Gagnon

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc)
en sciences infirmières

Octobre 2001

©Monique Gagnon, 2001

Université de Montréal

WY

5

U58

2002

v. 003

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les réactions des hommes à l'avortement spontané précoce de leur
conjointe et l'impact sur leur vie

Présenté par :

Monique Gagnon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

président-rapporteur

directeur de recherche

Membre du jury



RÉSUMÉ

Cette étude descriptive avait pour but d'évaluer si les réactions des hommes lorsque leur conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse, s'apparentent à des réactions de deuil et de vérifier l'impact de cet évènement dans leur vie. Vingt participants ont répondu aux échelles de deuil périnatal et d'impact dans les trois mois suivant la perte du fœtus.

Les résultats obtenus permettent de croire que les hommes vivent l'expérience de l'avortement spontané précoce comme s'apparentant au deuil pour certains et que cette expérience varie grandement d'un individu à l'autre. Quant à l'impact de l'évènement sur leur vie, les résultats laissent supposer qu'en général les hommes ne vivent pas l'avortement en tant qu'évènement stressant. Aucun lien significatif n'a pu être démontré entre les deux variables principales et l'âge, l'expérience de paternité, le nombre de grossesses antérieures, la durée de cohabitation et la durée de la gestation au moment de la perte.

Les résultats de cette étude montrent la nécessité de se pencher à nouveau sur l'expérience des hommes lors d'un avortement spontané précoce. Des implications cliniques pour les soins infirmiers auprès de cette clientèle sont présentées ainsi que des pistes pour de nouvelles recherches.

Mots clés : hommes, avortement spontané et précoce, réactions de deuil, impact sur la vie.

RESUME

The goal of this descriptive study was to evaluate if men experience reactions similar to grief when their spouses abort spontaneously during the first pregnancy trimester, and to assess the impact of such event on their lives.

Findings showed that some men experience a condition similar to grief, but there is a wide variation amongst the participants. Men do not seem to experience the abortion as a stressful event as the impact was minimal on their lives. No significant relationship has been demonstrated between these two variables and selected personal variables such as age, fatherhood experience, number of previous pregnancies, duration of cohabiting relationship and duration of pregnancy at the time of miscarriage. Important methodological limits such as small size preclude any conclusions regarding the issue. Clinical implications in nursing care among such clientele are presented herein.

Key words :men, early miscarriage, grief reactions, life impact.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	iii
Resume.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Dédicace.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	11
Problématique.....	14
But de la recherche.....	21
Questions de recherche.....	21
Recension des écrits.....	22
Cadre théorique.....	23
Origine et but.....	23
Processus.....	23
Étapes.....	24
Appropriation de la réalité de la grossesse et de l'enfant..	24
Reconnaissance du rôle de parent.....	25
Création du rôle de père impliqué.....	26
Expérience du devenir père.....	28
Désir d'enfant.....	28
Développement de la paternité.....	30
Implication de l'homme durant la grossesse.....	32

Avortement	36
Avortement spontané	36
Types d'avortement spontané.....	37
Statistiques.....	37
Différences entre les réactions des hommes et des femmes...	38
Expérience des hommes.....	40
Avortement spontané tardif.....	44
Réactions des hommes.....	45
Méthode.....	48
Devis de recherche.....	49
Milieu et échantillon.....	49
Critères d'inclusion.....	51
Critères d'exclusion.....	51
Caractéristiques des hommes rencontrés.....	52
Instruments de mesure.....	54
Échelle de deuil périnatal.....	54
Échelle d'impact d'un événement stressant.....	56
Déroulement de la collecte des données.....	58
Considérations éthiques.....	59
Plan d'analyse des données.....	60
Présentation des résultats.....	61
Échelle de deuil périnatal.....	62
Échelle d'impact d'un événement stressant.....	66

Discussion.....	70
Deuil périnatal.....	72
Impact d'un événement stressant.....	77
Limites de l'étude	79
Implications cliniques et de recherche.....	80
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	85
Annexe A.....	xi
Instrument de mesure : Échelle de deuil périnatal.....	xii
Annexe B.....	xvii
Instrument de mesure : Échelle d'impact d'un événement stressant.....	xviii
Annexe C.....	xx
Questionnaire des données socio-démographiques.....	xxi
Annexe D.....	xxii
Formulaire d'information au participant.....	xxiii
Annexe E.....	xxv
Formulaire de consentement.....	xxvi

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Distribution des caractéristiques des hommes.....	53
Tableau 2	Résultats des hommes selon l'Échelle de deuil périnatal.....	63
Tableau 3	Résultats des hommes selon l'Échelle d'impact d'un événement stressant.....	66

DÉDICACE

À mon père

REMERCIEMENTS

Un remerciement particulier à Madame Céline Goulet pour sa direction, ses conseils judicieux, sa patience et son appui inconditionnel. L'auteure désire souligner la collaboration et le soutien de Madame Maude-Christine Chouinard ainsi que Madame Françoise Courville, professeures à l'Université du Québec à Chicoutimi.

L'auteure tient à souligner la compréhension, la patience et les encouragements de son époux Jacques qui a toujours eu foi en sa capacité de réussite. Elle remercie de plus ses filles ainsi que tous les membres de sa famille pour l'avoir appuyée jusqu'à l'aboutissement de ce projet.

INTRODUCTION

La nécessité d'appuyer les hommes dans le développement précoce de leur futur rôle paternel ainsi que dans leur implication parentale est importante dans un contexte de soins à la famille. Si, depuis quelques années, l'implication du père dès le début de la grossesse est reconnue et encouragée, les réactions des hommes sont négligées voire même ignorées lors d'un avortement spontané du premier trimestre. L'intérêt à la base de cette étude est de mieux connaître les réactions des hommes lors de cette expérience de vie, peu d'écrits ayant abordé le sujet jusqu'à maintenant. L'étude a été réalisée auprès d'hommes dont la conjointe a avorté spontanément au premier trimestre de la grossesse depuis moins de trois mois.

Les objectifs poursuivis dans cette étude sont premièrement d'évaluer si les réactions des hommes dont la conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse s'apparentent à des réactions de deuil et de vérifier l'impact de cet événement dans leur vie. Le premier chapitre situe le problème dans un contexte de soins infirmiers dispensés aux hommes dont la conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse. Le deuxième chapitre décrit le développement de la paternité durant la grossesse et l'expérience du devenir père. La méthodologie utilisée en rapport avec l'échantillonnage, les instruments de collecte de données, les vérifications de la cohérence interne des instruments de mesure utilisés, les considérations éthiques ainsi que le plan d'analyse sont décrits dans le troisième chapitre. L'information concernant les résultats obtenus dans les analyses est présentée dans le quatrième chapitre. Finalement, une discussion sur les résultats mis

en lumière par l'étude, les implications pour la pratique infirmière ainsi que des pistes de recherches futures sont présentées au dernier chapitre.

PROBLÉMATIQUE

Lors d'avortement spontané du premier trimestre de la grossesse, les infirmières en milieu hospitalier remarquent que cet événement entraîne chez les conjoints des réactions diverses. Certains hommes semblent plus affectés que d'autres par la perte de l'enfant attendu et manifestent leurs émotions de façon évidente ; ils s'inquiètent de la santé de leur conjointe, s'informent de l'évolution de la situation et des conséquences de l'évènement. D'autres encore, manifestent leur implication en répondant aux questions à la place de leur conjointe, téléphonant eux-mêmes à l'entourage pour les informer de la situation. Plusieurs cependant réagissent stoïquement, verbalisent peu et communiquent rarement leurs sentiments. Pour les infirmières, l'interprétation des réactions des hommes en regard de cette expérience est souvent complexe. Elles interprètent leur réponse de façon équivoque, ne sachant pas si elle est représentative de la peine ressentie ou de l'impact de l'évènement.

L'expérience individuelle et les réactions des hommes en regard de l'avortement spontané précoce, c.-à-d. l'expulsion naturelle du produit de la conception durant le premier trimestre (les 14 premières semaines de la grossesse), sont rarement documentées. La plupart des recherches faites auprès des hommes concernent les pertes du troisième trimestre de la grossesse (Lasker & Toedter, 1991 ; Hutti, 1988). Rares sont les études qui décrivent les réactions des pères lors d'une perte du premier trimestre (Johnson & Puddifoot, 1996). Selon Stirtzinger et Robinson (1989), un sentiment de douleur et de peine, après un avortement spontané précoce, n'est pas une réaction pathologique mais plutôt une réponse normale à une perte significative. La notion de perte est liée à la séparation d'un être ayant une valeur significative tandis que le deuil est associé aux réactions émotionnelles suite à la séparation (Hétu,

1989 ; Beutel, Wilner, Deckart, Von Rad & Weiner, 1996). Cependant, la signification de la perte est définie individuellement et subjectivement par l'individu lui-même (Robinson, McKenna, 1998).

Les études qui traitent des réactions des hommes lors d'un avortement spontané ont surtout cherché à établir des comparaisons entre les hommes et les femmes (Brost & Kenney, 1992 ; Lasker & Toedter, 1991 ; Hutti, 1988 ; Smith & Borger, 1988 ; Bowlby, 1982 ; Peppers & Knapp, 1980) ou à démontrer le rôle de soutien qui leur est attribué (Chapman & Miron, 1992 ; Black, 1991). Aussi, les réactions de chagrin chez les hommes sont souvent évaluées de la même façon que chez les femmes (Wallerstedt & Higgins, 1996) et indirectement par le biais des témoignages des femmes (Chapman & Miron, 1992 ; Black, 1991).

Les hommes, non seulement se sentent inconfortables et vulnérables face à leur propre chagrin, mais éprouvent aussi de la difficulté à exprimer leurs émotions en même temps que celles de leur conjointe (Wallerstedt & Higgins, 1996). Ils sont souvent appelés à soutenir leur conjointe malgré le fait qu'ils aient également à vivre la perte (Miron & Chapman, 1992). D'ailleurs, ils définissent leur propre rôle comme étant un rôle de soutien (Miron & Chapman, 1992). Ils croient que la peine des femmes est plus importante que la leur (Miron & Chapman, 1992 ; Helmrath & Steinitz, 1978) et sont donc enclins à ne pas manifester leurs émotions devant leur conjointe de crainte d'intensifier les réactions de celle-ci. Lasker et Toedter (1991) concluent que les hommes intériorisent leurs sentiments lors d'une perte de cette nature.

Les résultats des recherches sont contradictoires quant à l'impact de l'événement ou à sa signification pour les futurs pères. Certaines recherches (Miron & Chapman, 1992 ; Dyregrov & Mathiesen, 1987) tendent à prouver que cette perte est importante pour eux tandis que d'autre (Black, 1991) démontre que cette expérience est plus importante pour les femmes. Dyregrov et Mathiesen (1987) ainsi que Helmuth et Steinitz (1978) affirment que les pères éprouvent un chagrin aigu moins important que les mères, n'ayant pas le même degré d'attachement biologique et psychologique à l'enfant. Ces derniers soutiennent également que les hommes résolvent leur responsabilité face à la perte ainsi que leurs sentiments de culpabilité plus rapidement que les femmes, probablement à cause des différences inhérentes liées aux changements psychologiques et biologiques chez la femme durant la grossesse. Au moment où se produit l'avortement spontané précoce, l'homme est encore au stade d'intégrer la réalité de la grossesse car l'enfant est une réalité virtuelle pour lui. En effet, en début de grossesse, peu de signes physiques chez la femme annoncent la venue de l'enfant.

Selon Berezin (1982) la perte d'un premier bébé semble plus dévastatrice pour l'homme qu'une interruption de grossesse subséquente. Les recherches qui ont été publiées sur les pertes du 2e et du 3e trimestre de la grossesse ou les pertes néonatales mettent en évidence le chagrin ressenti par les parents et les différences dans l'expression de leurs émotions respectives (Brost & Kenney, 1992 ; Ponzetti, 1992 ; Lasker & Toedter, 1991 ; Hutti, 1988 ; Bowlby, 1982). Cependant, aucune des études recensées ne parle de deuil chez l'homme lors d'avortement spontané du premier

trimestre, mais plutôt de chagrin. Le chagrin se définit comme une souffrance morale, une tristesse ou une peine causée par un événement précis (Larousse, 1997 ; Petit Robert, 1996). Quant au deuil, il est décrit comme un cheminement universel par lequel une personne ayant subi une perte importante parvient à résoudre son chagrin (de Montigny & Beaudet, 1997). Il est ressenti plus profondément et s'exprime par un ensemble d'émotions et de réactions englobant de l'anxiété et de la colère liées à la séparation de l'être cher ainsi que de la tristesse, un sentiment de vide et de la dépression reliées à la perte; finalement le tout est intégré dans un processus à travers lequel la personne passe afin de se reconstruire un rapport au monde (Bowlby, 1984, Lasker et Potvin, 1989). Selon Horowitz, Wilner & Alvarez (1979), l'impact de la perte est associé à l'importance du stress de l'avortement et se manifeste, entre autre, par de fortes émotions.

Selon la théorie substantive élaborée par Jordan (1990a), les hommes travaillent afin de s'approprier leur rôle paternel, de l'intégrer à leur identité et de se faire reconnaître en tant que père et ce, à la fois selon un aspect intra et interpersonnel. L'homme désire être perçu par son entourage comme jouant un rôle important durant la grossesse et dans l'éducation de l'enfant. Ce processus comprend trois étapes : l'appropriation de la réalité de la grossesse et de l'enfant, l'émulation pour la reconnaissance de son rôle de père et enfin, la création de son rôle de père impliqué. La force conductrice est le cheminement de l'homme à l'intérieur du devenir père. Les transformations à l'intérieur de ce processus sont de nature développementale et se produisent à l'intérieur d'un contexte environnemental de société et d'interactions interpersonnelles plus larges. La reconnaissance ou la non-reconnaissance de cette

implication par les personnes de l'entourage du père, ainsi que par les intervenants de la santé, stimulent ou gênent son engagement.

Les prémisses de la théorie de Jordan (1990a) nous amène à énoncer que la grossesse et l'enfant doivent devenir une réalité avant même que l'homme ne s'identifie à son rôle de père. Initialement, pour l'homme, la grossesse correspond uniquement à un diagnostic et les premiers symptômes de la grossesse tels que les nausées et la fatigue sont perçus comme étant reliés à une maladie et non à la venue d'un enfant. Certaines situations telles que le désir d'enfant ou de paternité peuvent inciter davantage l'homme à s'impliquer et ce, très tôt dans la grossesse (May, 1978). Certains événements servent de catalyseurs et stimulent la réalité de l'enfant à venir. Les plus fréquemment identifiés sont l'écoute du cœur fœtal et la vue du fœtus lors de l'échographie. Le fœtus devient un enfant en formation plutôt qu'un diagnostic ou une réalité virtuelle. De plus, la reconnaissance par l'entourage de son futur rôle de père accroît cette réalité. Lors d'un avortement spontané, le médecin confirme avec l'échographie la présence de l'enfant dans l'utérus et aussi, par la même occasion, sa mort. Pour certains hommes, l'étape du diagnostic de la sans personnalisation de l'enfant n'est pas dépassée. Aucun lien, ni attachement n'a été ressenti à ce stade de la grossesse ; ceci est d'autant plus vrai lorsque la grossesse est non planifiée et associée à une augmentation des responsabilités ou des obligations.

Les pressions sociales en regard de l'implication de l'homme dans la paternité ont été considérables au cours des deux dernières décennies. Les hommes sont de plus en plus confrontés à des normes de paternité qui mettent l'accent sur sa présence

affective et effective dès le début de la grossesse (Dandurand, Bernier, Lemieux & Dulac, 1992). En effet, le type de soutien offert aux hommes par les infirmières, et la façon dont celles-ci le dispensent, n'a pas suivi l'évolution de l'implication des hommes durant la grossesse.

Les infirmières savent intervenir de façon efficace auprès des femmes qui vivent cette expérience de vie, cependant elles sont inconfortables face à l'aide à apporter aux conjoints. Pourtant, si on prend en considération les éléments ci-dessus mentionnés, il est plausible de croire que l'homme vit la perte de la grossesse et de l'enfant à naître comme un événement douloureux amenant des réactions s'apparentant à celles ressenties lors d'un deuil. Si tel est le cas, il est essentiel de leur offrir un soutien adéquat lors de l'expérience de l'avortement afin de prévenir d'éventuels problèmes d'attachement et d'implication précoce lors de grossesses subséquentes. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'information spécifique à ce sujet qui pourrait guider les infirmières dans leur approche lorsqu'elles accompagnent les couples au moment de l'avortement. D'où la pertinence d'évaluer si les réactions des hommes dont la conjointe vit un avortement spontané du premier trimestre sont de réactions de deuil et de vérifier l'impact de cet événement dans leur vie.

BUT DE LA RECHERCHE

Le but de la recherche est de d'évaluer si les réactions des hommes, lorsque leur conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse, sont des réactions de deuil et de vérifier l'impact de cet évènement dans leur vie.

QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Est-ce que les hommes vivent des réactions de deuil lorsque leur conjointe avorte spontanément lors du premier trimestre de la grossesse?
2. Quel est l'impact de cet évènement dans leur vie?

RECENSION D'ÉCRITS

Ce chapitre comprend trois sections : la première expose le cadre théorique qui sous-tend cette recherche, la deuxième présente l'expérience du devenir père et la troisième décrit l'avortement spontané.

Cadre Théorique

Origine et But

Jordan (1990a), une infirmière, a élaboré une théorie substantive sur le développement de la paternité durant la grossesse. L'élaboration de cette théorie dont le but est d'expliquer le processus d'appropriation de la paternité repose sur une base de 180 entrevues faites auprès d'un échantillon de 56 nouveaux pères et pères en devenir, cohabitant avec leur conjointe. Vingt-huit répondants (gr.1) ont choisi une participation longitudinale tandis que les 28 autres (gr.2) furent réunis dans un groupe croisé. Les participants du premier groupe ont été interrogés de six à sept fois au cours de la période s'échelonnant de la conception jusqu'à un an après la naissance. Les participants du deuxième groupe furent interrogés une seule fois à un ou l'autre des temps de mesure du premier groupe. Au moins 13 pères ont été interrogés à chacune des sept étapes de la collecte de données.

Processus

Le développement de la paternité chez les futurs pères n'est pas statique, mais progresse à travers différentes étapes, lesquelles sont sujettes à des adaptations

individuelles. Jordan (1990a) abonde dans le sens que l'expérience des pères face à la grossesse est fondamentalement exigeante. Elle identifie et décrit trois étapes développementales : l'appropriation de la réalité de la grossesse et de l'enfant, la reconnaissance de son rôle de parent et la création du rôle de père impliqué. La grossesse et l'enfant doivent devenir une réalité préalablement à l'identification au rôle de père.

Étapes

Appropriation de la réalité de la grossesse et de l'enfant. L'appropriation de la réalité de la grossesse et de l'enfant est l'élément central de l'expérience de la paternité. Le développement de la réalité de l'enfant sert de stimulant dans l'acquisition du rôle de père. L'enfant devient progressivement plus réel à travers l'évolution de la grossesse mais l'image ne se concrétisera qu'à la naissance. Initialement, la grossesse et l'enfant ne sont qu'une pensée dans l'esprit du père et de la mère. Avant la conception, et précocement durant la grossesse, leurs pensées et discussions portent sur l'enfant virtuel. L'homme imagine un enfant comme un être animé et interactif avec certaines compétences comportementales. La concrétisation de la grossesse stimule l'homme à penser davantage à l'enfant virtuel et au fait de devenir un parent. En dépit de la fiabilité du test de grossesse fait à la maison, l'homme aspire au diagnostic officiel de la part des professionnels de la santé et le considère davantage comme une confirmation de la réalité de la grossesse. « L'enfant devient alors un diagnostic » (traduction libre) (Jordan, 1990a).

Durant cette période, l'homme observe chez sa conjointe des changements physiologiques et comportementaux. Les nausées et la fatigue perçus initialement comme des symptômes de maladie se modifient en gain pondéral. L'augmentation du volume des seins et l'épaississement de la taille sont perçus comme des indices de grossesse. L'écoute du cœur fœtal prouve la réalité de la grossesse et de l'enfant. Un des catalyseurs les plus importants dans le développement de la réalité est l'observation du bébé lors de l'échographie. La vision du bébé dans le ventre de sa mère confirme la réalité de l'enfant et dissipe l'idée de la maladie ou du simple gain de poids chez sa conjointe. L'homme développe une relation plus directe avec son enfant lorsqu'il peut sentir les mouvements du bébé vers la vingtième semaine de la grossesse. Une interaction s'amorce entre l'enfant et son père. La préparation de la chambre du bébé renforce la réalité de l'enfant à naître. Cette préparation peut être la première occasion pour le père de poser des gestes concrets pour son bébé et sert de déclencheur dans le développement de cette réalité.

Reconnaissance du rôle de parent. Le deuxième élément influençant l'expérience des pères est leur émulation pour la reconnaissance de leur rôle de parent vis-à-vis de leur conjointe, de leurs compagnons de travail, des intervenants de la santé et de la société en général qui les perçoivent trop souvent comme ne détenant qu'un rôle de soutien.

La réalité de l'enfant se développe dans un contexte d'interaction élargi dans l'entourage du père. Il s'agit de personnes significatives de son entourage qui, par leurs attitudes, comportements et interactions, favorisent ou empêchent le développement de son implication. Une défaillance dans la reconnaissance du rôle

accompagnée d'un sentiment d'exclusion nuit à la validation du développement de la réalité de la grossesse et de l'enfant, autant qu'à l'acquisition de son nouveau rôle de père. Les hommes sont vraiment troublés par toute l'attention portée à leur conjointe tandis qu'eux en retirent un rôle de second ordre. Le soutien reçu des personnes significatives de son entourage affecte donc certains pères dans leur implication face à leur enfant. Le message qu'ils retiennent est celui que leur rôle de père en est un de soutien et de support à la femme enceinte. L'exclusion et la défaillance dans la reconnaissance de leur rôle renforcent la notion de père « observateur » tel qu'énoncé dans la théorie de May (Jordan, 1990a).

La mère joue un rôle majeur lors de cette étape : elle peut partager ou non l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement avec son conjoint. La mère qui incite le père à partager avec elle toutes ces expériences, favorise le devenir père car l'environnement social et l'attention des professionnels de la santé sont majoritairement dirigés vers ses besoins à elle. La famille, les amis et les compagnons de travail jouent aussi un rôle prépondérant dans la reconnaissance de la réalité de la grossesse et de l'enfant ; leurs attitudes, comportements et commentaires donnent un renforcement positif à l'homme face à sa paternité.

Création du rôle de père impliqué. Finalement, l'homme doit aussi faire preuve de détermination dans la création de son rôle de père impliqué. Le développement et l'apparition de la réalité de la grossesse et de l'enfant est la force conductrice de l'évolution paternelle. Le cheminement central de toute cette évolution est le mouvement de l'homme vers le devenir père et son implication parentale. Ces étapes

se produisent à l'intérieur d'un contexte de reconnaissance de l'entourage qui peut soit catalyser ou empêcher la création d'un environnement aidant ou non. Les hommes sont à la recherche de modèles dont celui d'éducateur masculin pour développer leurs habilités et augmenter leur assurance. La plupart des hommes perçoivent leur propre père comme une personne distante et non engagé dans leur rôle de père. Bien que leur famille d'origine ait joué un rôle important dans la socialisation des rôles, la majorité des hommes désirent endosser un rôle parental différent.

Cette conceptualisation du développement de la paternité facilite la compréhension de l'expérience de l'avortement spontané précoce. Le développement de la réalité de la grossesse et de l'enfant pour l'homme est la force conductrice sous-jacente à l'appropriation du rôle paternel. Son sens de la réalité est différent de celui de sa conjointe et asynchrone. La réalité de la grossesse est plus précoce chez la femme ; l'homme ne ressent pas de changements physiologiques, ni les mouvements du bébé comme elle. Il est tributaire du partage de l'expérience physique vécue par sa conjointe. Cet asynchronisme devient plus évident lors de l'avortement spontané précoce de la grossesse (Feeley & Gottlieb, 1989 ; Jordan, 1990b). La femme est souvent dévastée et manifeste ses émotions ouvertement tandis que l'homme peut sembler peu ou non affecté par l'événement ; il est souvent capable de poursuivre sa routine quotidienne. Cette attitude n'est pas une preuve d'insensibilité ou de déni de sa part mais pourrait plutôt refléter l'étape développementale où il se situe c.-à-d. l'appropriation de la réalité de la grossesse. La grossesse et l'enfant ne sont qu'une pensée dans son esprit. Bien souvent, l'avortement précoce spontané survient antérieurement ou peu de temps après la confirmation officielle de la grossesse par le

médecin traitant. Les signes tangibles sont peu manifestes chez sa conjointe. Toutefois, puisque le processus développemental de la paternité est enclenché, il y a raison de croire que l'homme puisse vivre des réactions de deuil et que la perte ait un impact sur sa vie et ce, malgré l'absence d'expression de ses sentiments.

Expérience du devenir père

Cette section comprend les écrits et les recherches qui traitent de l'expérience du devenir père tel que le désir d'enfant, le développement du rôle de père et l'implication de l'homme durant la grossesse. Les écrits et les recherches de cette section sont exposés dans cet ordre.

Le désir d'enfant

Le désir d'enfant est la première étape du cheminement vers la paternité. Peu d'auteurs (Tiedje & Darling-Fisher, 1996 ; Dandurand et coll., 1994 ; May, 1982a) ont décrit le concept du désir d'enfant chez l'homme. Ce désir d'avoir des enfants est étroitement lié à celui d'acquérir le statut social de père, ainsi qu'à l'idée de fonder une famille. Le désir d'enfant se manifeste principalement par l'affirmation du goût d'investir dans la réalisation du projet d'enfant c.-à-d. le désir de procréer, de donner la vie et d'être en présence d'un enfant.

La majorité des hommes envisagent, dès le début de leur vie d'adulte, d'avoir des enfants, mais l'idée de devenir père les rend plutôt ambivalents (Bobak, Jensen &

Zalar, 1989). Certains hommes sont profondément motivés par l'amour et l'éducation d'un enfant ; ils sont enthousiastes et confiants face à leur futur rôle de père. Ce choix d'avoir un enfant représente une liberté d'engagement à l'intérieur d'un processus éducationnel. Pour d'autres, il signifie une période de solitude et d'abandon mais aussi une preuve de leur masculinité (Bobak et al., 1989). Le passage à l'acte c.-à-d. l'évolution du désir d'enfant vers sa réalisation est une étape décisive dans le développement de la paternité. La planification de la grossesse, la facilité de procréation, l'âge, la perception du rôle de père, la situation économique du couple, la transmission des modèles éducationnels sont autant de facteurs qui jouent sur le désir même d'avoir un enfant (Dandurand et coll., 1994).

Le passage du désir d'enfant à sa réalisation, est considéré comme une période nécessitant une adaptation importante pour l'homme. La planification de la grossesse est un élément important dans la perspective développementale de la paternité. Elle est l'expression de la concrétisation du désir d'enfant et un facteur important de son implication dans le processus (Siegel, Gardner & Merenstein, 1998). May (1982a) a démontré que l'implication émotionnelle de l'homme durant la grossesse est reliée à son empressement à la paternité. Le facteur central de cet empressement est le désir de l'homme de devenir père. Parmi les facteurs qui contribuent à cet empressement May (1982a) a identifié l'intention de devenir père, la sécurité financière, un sentiment de satisfaction maritale et la perception de la stabilité de la relation maritale.

Développement de la Paternité

Le développement de la paternité est un processus évolutif qui est fonction de l'intégration successive des rôles masculins et de la personnalité de l'homme (Naziris & Dragonas, 1994). Il débute avec la grossesse, parfois même avant, et se poursuit jusqu'aux premiers mois de la vie du nouveau-né (Krampe & Fairweather, 1993). Le processus de développement de la paternité est sous-estimé selon May (1978) et représente une étape développementale importante pour l'homme (Bobak, Jensen & Zalar, 1989). Cette étape prend des dimensions considérables lorsqu'il s'agit d'un premier enfant (Naziris & Dragonas, 1994). Selon Hawkins, Christiansen et Sargent (1993), bien qu'il entre dans la vie d'un enfant lors de la conception, l'homme ne réalise concrètement sa paternité qu'à la naissance de son premier enfant. Selon Krampe et Fairweather (1993), devenir un père représente une transition significative dans l'évolution personnelle de l'homme.

Historiquement, les chercheurs se sont surtout intéressés au développement du rôle maternel. Les études empiriques qui traitent de la signification de la paternité et des facteurs qui influencent son développement sont très récentes et peu nombreuses.

La recherche de Daly (1993) avait pour but de connaître la signification de l'expérience de la paternité telle que rapportée par les hommes eux-mêmes (n=32). Cette recherche qualitative, faite au moyen d'entrevue non directive, voulait déceler les significations et les contradictions qui composaient le processus d'appropriation de l'identité paternelle. Trois thèmes découlent des témoignages des participants. Dans

un premier temps, l'auteur affirme que les hommes ont beaucoup de difficultés à identifier un individu spécifique comme modèle de père. Il rapporte que, chez les répondants, leur propre père sert souvent de modèle de rôle négatif ou de point de référence de ce qu'ils veulent changer dans leur vie. Ceci vient confirmer l'affirmation de Jordan (1990a) à cet égard. Dans un deuxième temps, il démontre que les pères en devenir ne tentent pas d'identifier les comportements d'un modèle individuel particulier mais choisissent plutôt des comportements sélectionnés dans un large éventail de choix. Les femmes présentes dans leur vie, particulièrement leur mère et leur conjointe, semblent avoir une influence significative sur ces choix. Dans un troisième temps, il souligne l'importance pour les hommes de devenir un modèle de rôle pour leurs enfants, particulièrement en l'absence de modèle dans leur propre vie.

Les écrits de Nichols et Zwelling (1997), ainsi que ceux de Daly (1993), s'accordent pour affirmer que la perception du rôle de père chez l'homme est influencée par son estime de soi, son propre empressement à expérimenter la paternité, par les souvenirs de paternité reliés à son enfance et par son appartenance culturelle. Cette dernière comprend les normes, valeurs et croyances ainsi que les stéréotypes et comportements idéaux de ce qu'un père peut penser, ressentir et faire (Tiedje & Darling-Fisher, 1996). Ces mêmes facteurs présents dans la vie de l'homme peuvent limiter la façon dont il exprime son rôle (Daly, 1993). D'autres facteurs tels que son âge, sa personnalité, la relation avec sa conjointe, l'importance de son propre père ainsi que l'effet de certains événements stressants de sa vie influencent à différents degrés le développement de la paternité (Gorrie et al., 1994).

En résumé, l'homme désire un enfant puis, avec sa conjointe, il planifie et concrétise ce désir. Le développement de la paternité est influencé par plusieurs facteurs dont celui de ses expériences avec son père qui est identifié de façon constante dans les études. L'étape suivante dans l'expérience du devenir père est son implication durant la grossesse. Cette implication peut être émotionnelle, comportementale ou les deux à la fois.

Implication de l'homme durant la grossesse

L'expression « implication de l'homme » se réfère à un état subjectif du père c'est-à-dire qu'il correspond à l'investissement émotionnel et intime qu'il développe durant l'expérience de la grossesse et les conséquences de cet investissement sur ses attitudes et comportements (Tiedje & Darling-fisher, 1996 ; Krampe & Fairweather, 1993 ; May, 1982a). Historiquement, l'adaptation émotionnelle à la grossesse vécue par le père a reçu très peu d'attention surtout lorsqu'on la compare à celle de la mère.

Le niveau de réponse et l'implication de l'homme durant la grossesse sont individuels et influencés par son interprétation personnelle du rôle de père ainsi que par les normes de la société patriarcale dans laquelle il évolue (Tiedje & Darling-Fisher, 1996 ; Krampe & Fairweather, 1993 ; Hawkins et coll., 1993 ; Obzrut, 1976). L'absence de préparation à la paternité et ses conséquences sur la formation d'une identité paternelle est le reflet des modèles de pères que les hommes côtoient. Cette absence d'apprentissage à la paternité confirme la grossesse comme un événement

relativement féminin pour les hommes (May, 1982a). Contrairement aux mères, les pères n'ont pas de préparation biologique à la paternité et sont socialisés depuis leur tendre enfance au rôle de pourvoyeur au sein de la famille (Hawkins et coll.; Obzrut, 1976). Le processus d'attachement des hommes survient plus tard durant la grossesse (Armstrong, 2001). Les attentes face à leur implication sont principalement centrées vers la fin de grossesse, c.-à-d. le travail de l'accouchement. Par ailleurs, pour Hawkins et coll., les gestes et actions posés par les hommes en rapport avec leur implication comme pères durant la grossesse sont proportionnels à l'intensité de leur désir de devenir père.

Certains hommes s'intéressent tellement à la grossesse de leur conjointe qu'ils ressentent des symptômes physiques apparentés à ceux qui sont ressentis par leur conjointe. Ce phénomène est surnommé le syndrome de la couvade. Ces manifestations physiques apparaissent durant le premier trimestre de la grossesse pour diminuer au deuxième et réapparaître au troisième (Conner & Denson, 1990 ; Lamb & Lipkin, 1982).

La recherche de May (1982b) décrit l'implication du père durant la grossesse selon des phases évolutives. Elle identifie trois phases distinctes de l'implication de l'homme durant la grossesse : l'annonce, le moratorium et le focusing. L'annonce comprend la période durant laquelle la grossesse est anticipée, puis confirmée. Cette étape est caractérisée par une grande joie lorsque la grossesse est désirée. Par contre, si la grossesse ne se produit pas au moment jugé opportun par l'homme, il peut ressentir de la colère et de la frustration. Le cheminement de l'homme durant cette

phase l'amène à l'acceptation de la grossesse. Cette phase peut-être plus exigeante pour lui en terme d'investissement émotif étant donné qu'il ne perçoit pas de manifestations physiques de la grossesse chez sa conjointe. Le moratorium comprend la période au cours de laquelle aucun signe visible de la grossesse n'est encore apparent. C'est l'acceptation de la grossesse. Cette étape peut être caractérisée par une distance émotionnelle envers la conjointe et de l'introspection. La grossesse n'étant pas encore réelle pour l'homme, il ne ressent pas les mêmes émotions que sa conjointe. Finalement, le focusing est cette période où les signes de grossesse sont apparents chez la femme. L'homme prend vraiment conscience de la réalité de la grossesse et de l'importance de ce changement dans sa vie. Il se sent très concerné par la grossesse et s'intéresse davantage à l'évolution de la grossesse et aux soins de santé que requiert sa conjointe (May, 1982a).

Les recherches publiées sur la paternité durant les années 80 ont mis l'accent sur la participation du père aux soins et à l'éducation de l'enfant plutôt que sur l'implication de l'homme durant la grossesse (Hanson & Bozett, 1986 ; LaRossa, 1988). Une seule étude (Hall,1994) aborde ce sujet mais de façon très limitée si on s'en tient au rapport publié. Selon l'auteure, les hommes contemporains s'impliquent davantage dans la paternité et, bien que mal définie, la plupart la considèrent comme une « attente », un « devenir ». La recherche de Hall avait pour but de clarifier l'expérience des hommes dans la redéfinition des rôles de père, de conjoint et de pourvoyeur. Les témoignages ont été recueillis au moyen d'entrevues semi-structurées (n=10) et analysés par la méthode de la théorie ancrée. Tous les hommes ont été rencontrés à deux reprises à une année d'intervalle, la première entrevue se

situant après le retour au travail de leur conjointe. Les résultats de l'étude montrent que les hommes qui s'impliquent durant la grossesse, s'engagent davantage dans l'éducation et les soins à l'enfant dès la naissance. L'auteure montre aussi que plusieurs hommes remettent en question l'implication traditionnelle de l'homme. L'auteure ne donne aucune information sur l'implication des hommes durant la grossesse. Elle évalue leur implication face à l'éducation et aux soins donnés à l'enfant et vérifie, a posteriori, si ces comportements correspondent à une implication durant la grossesse.

La majorité des recherches sur l'implication des hommes durant la grossesse ont été effectuées auprès des femmes lesquelles ont attribué à l'homme un rôle instrumental (Black, 1991 ; Daly, 1993 ; Dyregrov et Matthiesen, 1987 ; Hall, 1994 ; Helmuth et Steinitz, 1978 ; Miron et Chapman, 1992). Parfois, leur implication est désirée par leur conjointe et bien acceptée par l'entourage. Par contre, plusieurs femmes voient la grossesse et l'accouchement comme un événement féminin et manifestent de la résistance face à une implication active de l'homme durant cette étape de la vie (Johnson & Puddifoot, 1997).

En résumé, la reconnaissance de l'implication des hommes durant la grossesse a rarement fait l'objet d'études. Contrairement aux mères, les pères n'ont pas de préparation biologique à la paternité et sont socialisés en fonction d'un rôle de pourvoyeur. De plus, les attitudes de leur conjointe et des femmes de leur entourage influencent leur implication durant la grossesse (Jordan, 1990a).

Avortement

Cette section définit les différents types et les caractéristiques des avortements spontanés du premier trimestre, suivi des réactions des hommes lors de cette perte. Par la suite, et de façon très brève, nous abordons les avortements tardifs ainsi que les réactions des hommes face à ce type de perte.

Avortement spontané

Cette partie comprend une définition de l'avortement spontané, une nomenclature des différents types d'avortement spontané et finalement, quelques statistiques sur ce type de perte.

L'avortement précoce est l'interruption de la grossesse au cours du 1^{ier} trimestre de la grossesse qui correspond aux quatorze premières semaines (Cunningham, MacDonald, Gant, Levino, Gilstrap, Hankins & Clark, 1997; Gorrie, McKinney & Murray, 1998; Nichols & Zwelling, 1997; Gorrie, McKinney & Murray, 1994). L'avortement spontané résulte de causes naturelles et non intentionnelles; le terme fausse-couche est alors souvent utilisé. La grossesse peut aussi être interrompue délibérément pour des raisons médicales (avortement thérapeutique) ou pour des raisons personnelles ou sociales (avortement volontaire) (Cunningham & coll., 1997).

Types d'avortement spontané. L'avortement spontané se subdivise en quatre classes selon les signes et symptômes présents chez la femme au moment de l'événement. Il s'agit de la menace d'avortement, de l'avortement inévitable, de l'avortement incomplet et complet (Cunningham & al., 1997; Nichols & Zwelling, 1997; Gorrie, McKinney & Murray, 1998). Le premier symptôme de la *menace d'avortement* est le saignement vaginal. Bien que 10 à 30 % des femmes présentent des pertes sanguines tôt durant la grossesse, environ la moitié de ces femmes auront une grossesse qui se terminera par un avortement spontané. Parfois, plusieurs jours s'écoulent entre le début des pertes sanguines et la perte du fœtus. C'est une période d'incertitude pour les parents. L'*avortement inévitable* est décrit comme étant la perte inévitable du fœtus, habituellement causée par un décollement placentaire important. Les pertes sanguines sont plus importantes et accompagnées de douleurs abdominales sous forme de crampes. L'*avortement incomplet* se produit lorsqu'une partie seulement du produit de la conception est expulsé ; le fœtus mort et le placenta peuvent être expulsés partiellement et des débris adhèrent encore à l'utérus. Plus la grossesse est avancée dans le premier trimestre, plus la quantité de débris dans l'utérus risque d'être considérable; les pertes sanguines sont importantes et le risque d'hémorragie est augmenté. L'*avortement* est dit *complet* lorsque tout le produit de la conception est expulsé. Les douleurs abdominales et les pertes sanguines diminuent de façon très rapide après l'expulsion. Peu importe le type d'avortement, une femme peut avorter spontanément à plusieurs reprises.

Statistiques. Selon les statistiques du Québec (Med-Echo, 1996), entre 17 % et 20 % des grossesses se terminent par un avortement spontané précoce. La majorité de ces

avortements surviennent durant les 12 premières semaines de la grossesse puis l'incidence diminue rapidement par la suite (Gorrie et coll., 1998). Toutefois, il est difficile de déterminer, de façon précise, la fréquence de l'avortement spontané car lorsqu'il se produit très tôt durant la grossesse, un diagnostic n'est pas toujours posé entraînant ainsi une non-reconnaissance de la perte (Gorrie et coll., 1998). De plus, les statistiques gouvernementales ne rapportent que les femmes qui ont été hospitalisées suite à un avortement ou celles ayant recours au service de chirurgie d'un jour. Les services de cliniques externes et services ambulatoires ne sont pas inclus dans les chiffres statistiques.

Différences entre les réactions des hommes et des femmes. Les premières recherches sur l'expérience des hommes lors d'avortement spontané ont été faites auprès des femmes ; depuis quelques années, les auteurs se sont intéressés plus directement à l'expérience des hommes. Ils décrivent cette expérience et les réactions spécifiques des hommes telles que rapportées par les hommes eux-mêmes. Cette section présente les études sur ce thème selon l'évolution des recherches sur le sujet.

L'avortement spontané précoce, jusqu'à tout récemment, a été considéré, dans les écrits psychiatriques et obstétricaux, comme étant une expérience négligeable chez les femmes (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad & Weiner, 1996). Les écrits quant aux réactions des hommes lors d'un avortement précoce sont d'autant plus rares. Des auteurs (Dyregrov & Matthiesen, 1987 ; Helmrath & Steinitz, 1978) ayant fait des recherches auprès des femmes ont conclu que les hommes, n'ayant pas le

même degré d'attachement biologique et psychologique à l'enfant en devenir, manifestent des réactions moins importantes que les femmes.

Certaines recherches (Black, 1991 ; Leppert et Palka, 1984 ; Miron et Chapman, 1992) ont évalué les besoins émotionnels des femmes lors de la perte du fœtus et leurs perceptions du rôle de leur conjoint. Les participantes attribuent à l'homme un rôle de soutien. Les conjoints sont souvent perçus comme des spectateurs et des accompagnateurs des femmes durant et après les manifestations physiques de l'avortement (Black, 1991). Selon Cecil (1994) et Thomas (1995), les femmes rapportent que les hommes s'inquiètent davantage de leur santé que de la perte du bébé. Cependant, à court terme, le soutien des hommes est jugé le plus favorable et rassérénant pour leur partenaire (Miron et Chapman, 1992).

Les hommes ne manifestent pas leurs émotions devant leur conjointe de crainte d'intensifier les réactions de celles-ci (Frost & Condon, 1996 ; Miron & Chapman, 1992 ; Stirtzinger & Robinson, 1989). Ils croient que la peine des femmes est plus importante que leur peine (Helmrath & Steinitz, 1978 ; Murphy, 1998 ; Miron & Chapman, 1992). Certains hommes se sentent impuissants devant les besoins de leur conjointe et deviennent irritables et distants devant l'expression de leur tristesse (Stirtzinger et Robinson, 1989).

Somme toute, l'expérience de l'homme lors d'avortement précoce spontané est psychologiquement différente de celle de sa conjointe selon plusieurs aspects ; il est inquiet de la santé de sa conjointe et manifeste peu ce qu'il ressent face à l'événement

(Beutel, 1996 ; Stirtzinger & Robinson, 1989 ; Wallerstedt, 1996). Les informations concernant les réactions des hommes lorsque leur conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse provient en majorité des perceptions des femmes.

Expérience des hommes. Contrairement aux femmes, les réactions émotionnelles des hommes, lors de ces situations ont été peu évaluées. Des chercheurs (Armstrong, 2001 ; Frost & Condon, 1996 ; Hutti & de Pacheco, 1998, Laurion & Kiely, 1996) ont démontré que l'intensité des réponses à l'avortement spontané précoce est associée à la réalité de la grossesse et de l'enfant. Pour certains hommes, l'expression de leurs sentiments peut se concrétiser uniquement par le soutien à leur conjointe. En soutenant leur conjointe, il semble que les hommes travaillent sur leurs propres sentiments de colère, d'impuissance et d'émotions liées à la perte (Cook, 1988). Les hommes passent une grande partie de leur temps à réfléchir, à cerner leurs émotions et quand ils pleurent, ils pleurent seuls. Ils centrent d'abord leur attention sur les émotions liées à la perte vécue par leur conjointe, et en second lieu, et souvent de façon solitaire, sur ce que représentait cet enfant ou ce projet d'enfant pour eux. Les hommes sont moins expressifs dans leurs émotions et expérimentent leur chagrin de façon plus stoïque (Dyregrov & Mathieson, 1991 ; Goldbach, Dunn, Todter & Lasker, 1991).

Des études (Leppert & Palka, 1984 ; Stirtzinger & Robinson, 1989) démontrent que l'expression du chagrin est moins intense chez l'homme que chez la femme et directement liée à l'âge gestationnel du fœtus. Dans une étude longitudinale (n=56) sur les similarités et les différences des réactions chez les

couples suite à un avortement, Beutel et coll. (1996) concluent que les réactions des hommes s'apparentent à celles des femmes, cependant ils pleurent moins et ressentent moins le besoin d'en parler.

Wallerstadt et Higgins (1996) ainsi que Johnson et Puddifoot (1996) démontrent cependant que depuis l'utilisation fréquente et précoce de l'échographie, l'attachement des pères et l'image qu'ils se font de leur enfant semble plus précoce et que cet élément augmente le niveau de stress et de chagrin lors de la perte précoce de la grossesse. L'échographie permet de voir le fœtus et d'entendre ses battements cardiaques. Elle confirme la réalité de l'enfant ; le futur père réalise de façon particulière son engagement à devenir père et son implication dans la grossesse. L'enfant, jusqu'alors réalité virtuelle, devient un être plus tangible en voie de concrétisation.

L'étude de Johnson et Puddifoot, en 1996, avait pour buts d'explorer l'incidence des réponses de chagrin chez les hommes dont la conjointe a vécu un avortement, précoce et tardif, d'explorer comment leur processus d'engagement dans la grossesse affecte leur réponse à l'avortement et de décrire l'expérience de l'avortement d'un point de vue masculin. Moins de deux mois après l'évènement, 126 conjoints de femmes ayant avorté spontanément ont été contactés. Les chercheurs ont divisé les groupes selon l'âge gestationnel lors de l'avortement, soit entre 6-12 semaines (n=42), entre 13-16 semaines (n=39) puis finalement entre 17-24 semaines (n=45). Les données ont été colligées à l'aide de deux instruments de mesure, le « *Perinatal Grief Scale* » (Potvin, Lasker & Toedter, 1989) et l'« *Impact of Event*

Scale » (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) auxquels se sont ajoutés quelques questions d'ordre socio-démographiques. Les résultats indiquent que l'avortement entraîne un impact psychologique considérable chez les hommes, mais que certains d'entre eux sont affectés plus profondément que d'autres. Selon les résultats, un lien entre la durée de la grossesse et le chagrin exprimé par les hommes semble exister : plus l'âge gestationnel est élevé, plus l'homme manifeste un chagrin aigu. Pour certains hommes, la déception de ne pas devenir père comporte une sorte de signification psychologique, comme si l'accession à un rêve s'est brutalement terminée. L'expérience antérieure d'avortement et le nombre d'enfants dans la famille ne modifient pas de façon significative les scores obtenus.

Cette recherche descriptive effectuée uniquement auprès des hommes est d'une grande importance puisque peu de recherches ont été effectuées dans le seul but de connaître l'expérience masculine lors d'un avortement spontané. De façon habituelle, les chercheurs qui s'intéressent aux avortements du premier trimestre le font en fonction des réactions des femmes, ce qui renforce l'absence de reconnaissance de la perte de l'enfant en devenir et du développement de la paternité. La recherche de Johnson et Puddifoot (1996) met en évidence le dilemme psychologique auquel les hommes font face, ils sont à la fois préoccupés par leur conjointe, affligés par l'avortement, et sentent qu'on attend d'eux qu'ils offrent du soutien plutôt que d'en recevoir.

L'étude de Puddifoot et Johnson, en 1997, décrit les émotions et perceptions des hommes durant et après l'avortement de leur conjointe dans le but, à long terme,

de générer un cadre de référence explicatif de cette expérience. Des volontaires (n=42) de l'étude précédente ont répondu à une invitation pour discuter de leur expérience et réactions lors de l'avortement récent de leur conjointe. Vingt (n=20) d'entre eux ont été choisis de façon aléatoire afin de participer à l'étude. Les données ont été recueillies au moyen d'entrevues semi-structurées. L'âge gestationnel lors de l'avortement variait entre 9 et 24 semaines avec une moyenne à 15 semaines. L'hypothèse selon laquelle les hommes ne peuvent pas être affligés par la perte puisqu'aucun lien émotionnel n'a été créé avec le fœtus, n'est pas soutenue par les témoignages de ces hommes. En effet, leurs témoignages montrent que les hommes éprouvent un ensemble d'émotions telles que du chagrin, de la confusion, de la culpabilité, de la colère et de la révolte, lesquelles émotions sont semblables à celles observées chez les femmes. Les répondants s'attribuent le rôle de soutien, rôle reconnu par les autres membres féminins de la famille. Quant à son rôle de futur père, c'est le plus négligé, le moins reconnu par l'entourage et les intervenants de la santé ; c'est aussi celui que l'homme extériorise le moins, d'où l'absence de reconnaissance de la perte chez l'homme. Un des répondants rapporte que s'il exprime ses émotions devant sa conjointe, subtilement elle lui fera comprendre que son rôle est de la soutenir plutôt que de manifester ses émotions ; s'il ne les exprime pas, elle juge qu'il semble indifférent. Certains hommes croient inapproprié de partager leurs émotions avec d'autres, durant et après l'avortement, croyant que le fait d'en parler n'est pas très viril. Par contre les participants à l'étude, qui étaient activement impliqués depuis le début de la grossesse, étaient plus enclins à exprimer leur chagrin ouvertement face à la perte. Cette recherche qualitative permet d'enrichir les résultats obtenus par la recherche quantitative par les mêmes auteurs en 1996. Toutefois, elle ne renseigne

pas de façon spécifique sur les émotions et perceptions des hommes lors d'un avortement spontané précoce puisque les témoignages ne sont pas présentés en fonction de l'âge de la grossesse au moment de l'avortement. Aussi, l'âge gestationnel au moment de l'avortement était très étendu, variant de 9 à 24 semaines.

Bref, lorsque les réactions à l'avortement ont été étudiées chez l'homme, c'est généralement en relation avec la détresse de sa partenaire et pour démontrer qu'il est moins affecté que sa conjointe. Deux recherches récentes ont démontré que les réactions de certains pères semblent toutes aussi importantes que celles des femmes lors d'avortement précoce. Toutefois, les échantillons des études rapportées sont mixtes, c.-à-d. qu'ils comprennent des participants ayant vécu un avortement précoce et d'autres un avortement tardif. Aucune étude n'a tenté de se concentrer sur les hommes qui ont perdu leur bébé très tôt durant la grossesse.

Avortement Spontané Tardif

Cette partie comprend une définition de l'avortement tardif et une brève description des réactions des hommes lors de la perte à cette période de la grossesse.

On dit d'un avortement qu'il est tardif, lorsqu'il survient entre la 14^{ième} et la 20^{ième} semaine de la grossesse (Bobak, Jensen & Zalar, 1989 ; Buckley & Kulb, 1990; Cunningham et al., 1997). On parle d'avortement si le fœtus pèse moins de 500 grammes et naît avant 20 semaines complétées. Un fœtus est toutefois considéré non viable lorsqu'il a moins de 23 semaines de gestation (Cunningham et al., 1997 ;

Nichols & Zwelling, 1997 ; Gorrie, McKinney & Murray, 1998). Même à ce stade de la grossesse, l'avortement peut être spontané, résultant de causes naturelles et non intentionnelles. La béance isthmique ou dilatation prématurée du col utérin est la principale cause d'avortement pendant le deuxième trimestre (Ladewig, London & Olds, 1992). L'avortement peut aussi survenir suite à l'apparition prématurée de contractions utérines (Ladewig, London & Olds). Le travail prématuré peut être provoqué par des facteurs d'origine maternelle, fœtale ou placentaire.

Les réactions des hommes. Les recherches concernant les réactions des hommes suite à un avortement tardif de la grossesse sont plus nombreuses quoique toujours orientées vers la comparaison avec les réactions des femmes. L'étude de Leppert et Pahlka (1984) montre que les réactions des futurs pères semblent être reliées à l'âge gestationnel ; plus la grossesse est avancée, plus les manifestations de chagrin sont importantes. La réalité de l'enfant est de plus en plus visible ; des mouvements du bébé dans le ventre de la mère confirment cette présence (Jordan, 1990b). Cependant, les réactions des hommes sont davantage rapportées comme étant reliées à un deuil, un processus d'attachement étant déjà amorcé par les signes tangibles de la présence de l'enfant (Wallerstedt & Higgins, 1996 ; Theut, Pedersen, Zaslow, Cain, Rabinovitch & Morihisa, 1989 ; Rousseau, 1985). Certaines réactions suite à l'avortement sont documentées de façon plus précise lors des études faites à un stade plus avancée de la grossesse (Goulet & Lang, 1996).

Dans leur étude sur l'avortement tardif, les auteurs Dyregrov et Matthiesen (1987) montrent que l'homme semble avoir plus de facilité à camoufler ses émotions

lors de l'avortement, ce qui a pour effet de minimiser le soutien qu'il reçoit à moyen et long terme. Selon Cook (1988), l'attitude culturellement acceptable pour l'homme d'exprimer et de contrôler ses émotions bouleversantes et angoissantes lors de la perte périnatale engendre un conflit intérieur. Cette retenue laisse parfois croire à l'entourage qu'il est insensible à la perte. Dyregrov et Matthiesen (1991) montrent que l'image de l'homme fort, protecteur de la famille et émotionnellement peu affecté semble empêcher l'expression de ses propres besoins de soutien. Ces auteurs montrent que les manifestations de chagrin sont associées à l'âge gestationnel. Cette hypothèse n'est pas soutenue par l'étude de Puddifoot et Johnson (1997) ainsi que celle de Johnson et Puddifoot (1996) qui révèlent que l'homme éprouve un éventail d'émotions, incluant de la confusion et un sentiment de culpabilité, même lors d'avortement précoce.

L'étude de Goldbach et al. (1991), montre que les avortements qui surviennent plus tardivement durant la grossesse obtiennent des niveaux de réactions de peine plus élevés que lors d'avortements précoces parce que la durée de la grossesse est associée à des liens affectifs plus intenses. Les réactions de chagrin lors d'avortements tardifs sont intenses et persistantes (Goldbach et al.). Selon certaines études (Goldbach et al.; Leppert & Palka, 1984), pour l'homme, l'association entre deux variables telles que l'âge gestationnel et le sexe de l'enfant semble être un facteur déterminant lors de l'expression de leurs réactions.

Très tôt après l'avortement, même s'il est tardif, les hommes retournent au travail et donnent l'impression d'avoir résolu cette séparation (Feely & Gottlieb,

1988). Leurs collègues de travail sont inconfortables devant l'opportunité d'aborder le sujet, ce qui nuit à l'expression des émotions chez eux (Thomas, 1995). Les hommes attendent la permission d'exprimer leurs sentiments (Buckley & Kulb, 1990). Selon des auteurs (Benfield & al, 1978 ; Wallerstedt & al, 1996), la prise en charge des arrangements funéraires par l'homme confirme la finalité de la vie de l'enfant et pourrait faciliter la résolution de son deuil. Selon Rousseau (1985), pour un tiers des hommes, le deuil évolue vers la chronicité. Ils refusent à leur compagne de reparler de l'événement et se réfugient dans les activités extérieures.

En résumé, les réactions des hommes lors d'avortement tardif s'apparentent davantage aux réactions de deuil. Puisque la grossesse est devenue plus apparente et que l'enfant devient plus réel. Cependant, les réactions des hommes sont souvent minimisées et comparées à celles des femmes. Certains facteurs semblent influencer leurs réactions tout particulièrement l'âge gestationnel et le sexe de l'enfant mais les résultats des recherches en regard de ces variables sont contradictoires.

MÉTHODE

Cette section présente les éléments de la méthode. En premier, sont décrits le devis de recherche, la description du milieu et de l'échantillon y compris les critères d'inclusion et d'exclusion et les caractéristiques des hommes rencontrés. Viennent ensuite la description des instruments de mesure, la mesure de fidélité des instruments de mesure utilisés, le déroulement de la collecte de données et les considérations éthiques. Le plan d'analyse vient conclure ce chapitre.

Devis de recherche

Un devis de recherche descriptif a été choisi pour répondre au but de la recherche mentionné dans le chapitre premier. Il s'agit d'évaluer si les réactions des hommes, lorsque leur conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse, s'apparentent à des réactions de deuil et de déterminer l'impact de cet événement dans leur vie.

Milieu et échantillon

Le centre hospitalier de la région du Saguenay est un centre tertiaire où 1400 accouchements par année prennent place. Le taux moyen annuel d'avortements spontanés précoces à ce centre est d'environ 12 % (Med-Écho, 1996). La population visée est l'ensemble des hommes dont la conjointe a vécu un avortement spontané précoce et a reçu des soins au centre hospitalier. La taille de l'échantillon a été déterminée à partir du but de l'étude ainsi que des considérations pratiques. Au

départ, lors de la planification, il était anticipé de recruter 50 volontaires sur une période de six mois.

Le recrutement des participants se déroulait à l'unité du bloc obstétrical du centre hospitalier. L'échantillon était de type non probabiliste, c.-à-d. que les participants n'avaient pas une chance égale d'être choisis (Burns & Groves, 1993). La transmission de l'information en vue d'un contact entre l'investigatrice et les hommes était dépendante de la collaboration des infirmières de l'unité. Après cinq mois de collecte de données, seulement cinq participants avaient été recrutés. Un des critères d'inclusion, vivre une perte périnatale pour la première fois, faisait en sorte que la plupart des hommes n'étaient pas éligibles à l'étude. Une demande de modification pour ce critère ainsi qu'une demande de prolongation de la durée de la collecte de données a été adressée au comité d'éthique du centre hospitalier. Cette demande a été entérinée par le comité. De plus, l'investigatrice a demandé une autorisation d'accès à un registre de recherche médicale contenant des données nominatives sur les femmes ayant consulté un médecin à l'hôpital suite à un avortement spontané précoce et qui sont retournées à la maison avec des comprimés de « Misoprostol ». Ces informations auraient permis de contacter directement les couples qui avaient vécu l'expérience de l'avortement. Cette permission a été refusée. Nous devons donc attendre que les infirmières fassent parvenir les références, ce qui a prolongé la durée de la collecte de plusieurs mois. Finalement, après huit mois de recrutement et de modifications des critères de participation, 20 hommes ont accepté de participer à l'étude. Ils constituent l'échantillon final.

Les hommes qui répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants ont été sollicités par l'investigatrice de l'étude.

Critères d'Inclusion

1. Conjointe qui a vécu un avortement précoce spontané depuis plus d'un mois et moins de trois mois.
2. Première expérience de perte périnatale pour l'homme.
3. Comprendre, parler, lire et écrire le français.

Critères d'Exclusion

1. Conjointe actuellement enceinte.
2. Perte antérieure d'un autre enfant.
3. Couple faisant partie d'un groupe d'entraide sur le deuil.

L'avortement devait avoir eu lieu depuis plus d'un mois et moins de trois mois afin de mieux évaluer l'impact de l'avortement. Ce critère était aussi associé au fait qu'habituellement, la recommandation du médecin en regard d'une grossesse subséquente est d'attendre trois mois. Une période plus longue viendrait potentiellement biaiser les réponses, car plus l'événement est rapproché, plus les réactions et l'impact de l'événement sont présents à la mémoire. Aussi, si la conjointe avait à nouveau été enceinte, un biais aurait pu survenir en raison de la possibilité de l'effet de remplacement de la perte antérieure, en particulier lorsque la grossesse est très attendue et planifiée. C'est pourquoi, cet élément est devenu un critère d'exclusion de l'étude. L'expérience de perte de grossesse(s) antérieure(s) pour

l'homme peut modifier l'impact de la perte. L'homme peut manifester de la réticence à s'impliquer durant la grossesse s'il a déjà perdu un enfant. La participation à un groupe d'entraide ainsi que la perte d'un autre enfant modifient l'expérience de vie et influencent les réactions reliées à l'avortement précoce.

Caractéristiques des hommes rencontrés

Les caractéristiques personnelles des 20 participants sont présentées au Tableau 1. Cette information qui a été recueillie pour mieux décrire le contexte socio-démographique des individus participant à cette étude et évaluer leur relation avec les réactions de deuil et d'impact notamment l'âge, la scolarité, l'expérience de paternité, la présence d'autres enfants dans le couple, la durée de cohabitation, la présence à l'échographie durant la grossesse et l'âge gestationnel au moment de l'avortement. La variable perte périnatale antérieure a aussi été considérée dans l'analyse.

En ce qui concerne l'âge des hommes rencontrés, la moitié des hommes se situe dans la catégorie d'âge entre 25 et 34 ans. Pour l'ensemble des participants, la moyenne d'années de scolarité est de 15,15 ans. Cependant, la majorité d'entre eux détiennent une scolarité de 15 ans et plus.

Pour 11 participants rencontrés, il s'agissait d'une première expérience de paternité. Pour évaluer la possibilité que la conjointe ait des enfants d'une autre union, une question fut posée concernant la présence d'autres enfants dans le couple. Treize participants affirment que leur conjointe n'avait pas d'autres enfants provenant

d'une union antérieure. La durée de cohabitation avec leur conjointe varie de 1 an à 13 ans avec une moyenne de 5,33 années. Un peu moins de la moitié de l'échantillon vit en couple depuis plus de cinq ans.

L'âge gestationnel moyen au moment de l'avortement spontané précoce est de 9,85 semaines. La grossesse la moins avancée était de 5 semaines et la plus avancée était de 13,5 semaines. Dix conjointes avaient plus de 10 semaines de grossesse lors de l'avortement. Treize hommes ont assisté à une échographie durant la grossesse parfois avant l'annonce de l'avortement, parfois au moment de l'avortement lors de la confirmation du diagnostic de mort fœtale ou lorsque l'avortement était inévitable. Pour la majorité des hommes (17), il s'agissait d'une première perte périnatale.

Tableau 1

Distribution des sujets selon les caractéristiques personnelles (n=20)

Caractéristiques personnelles	Catégories	n	%
Âge	15-24 ans	4	20%
	25-34 ans	10	50%
	35-44 ans	5	25%
	45 ans et plus	1	5%
Scolarité	9-12 ans	4	20%
	13-15 ans	7	35%
	17 et +	9	45%
Durée de cohabitation	1-7 ans	12	60%
	8-13 ans	8	40%
Pertes antérieures	Aucune	17	85%
	2	1	5%
	3	2	10%

*Instruments de mesure**Échelle de deuil périnatal.*

L'Échelle de deuil périnatal (Potvin, Lasker & Toedter, 1989) traduit par Lang et Goulet (1998) (Annexe A), est un instrument servant à mesurer les réactions de deuil. Cet instrument de mesure est spécifique aux pertes de la grossesse. La version originale du « Perinatal Grief Scale » (PGS) a été élaborée à partir de certaines questions utilisées dans le Texas Inventory of Grief (Zisook, Devault & Click, 1982) et à laquelle des éléments furent ajoutés afin d'évaluer 21 dimensions du deuil périnatal ; cette version comprend 104 éléments. Une version courte (33 éléments), plus facile à utiliser par les chercheurs fut développée en éliminant les items à faible corrélation dans la version longue. Ces 33 éléments sont regroupés en fonction de trois dimensions du deuil et comprennent 11 éléments chacun. La première dimension aussi appelée « deuil aigu » représente le deuil normal et comprend des questions sur la tristesse, la perte du bébé et les pleurs engendrés par la perte. Une échelle d'évaluation de type Liekert de cinq réponses donne accès à un score variant de 11 à 55 pour la première dimension. La deuxième dimension surnommée « difficulté d'adaptation » rapporte les difficultés à concilier les activités quotidiennes et l'entourage, et peut démontrer une sévère dépression ou des difficultés de fonctionnement avec l'entourage. Pour cette dimension, le score varie entre 11 et 55. La troisième dimension représente le « désespoir » et suggère un potentiel élevé d'effets significatifs et chroniques liés à la perte tels que des

difficultés émotionnelles évoluant vers la dépression. Le score varie aussi entre 11 et 55. Chaque dimension représente un aspect qualitatif différent du deuil et une progression dans la sévérité des réactions de deuil. La stabilité temporelle a été démontrée à l'aide de test-retest (12-15 mois) avec un niveau de signification $p < 0,001$. Les coefficients obtenus sont de $r = 0,79$ pour le global, de $r = 0,62$ pour le « deuil aigu », de $r = 0,80$ pour la « difficulté d'adaptation » et de $r = 0,68$ pour le « désespoir » avec un niveau de signification $p < 0,001$. Le coefficient alpha utilisé afin de vérifier la cohérence interne est de 0,92 pour le « deuil aigu », de 0,91 pour la « difficulté d'adaptation », de 0,86 pour le « désespoir ». La fidélité totale de l'instrument est de 0,95. Une analyse factorielle en composante principale utilisant une rotation varimax a permis de faire ressortir les trois dimensions expliquant une variance totale de 49,8 %. La première dimension est associée à 19,5 % de la variance totale, la seconde à 18,2 % et la troisième à 12,1 %.

Une vérification de la cohérence interne de l'instrument de mesure utilisé a été effectuée à partir d'information recueillie auprès des participants rencontrés dans la présente étude. Pour ce faire, des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour l'ensemble de l'instrument de mesure utilisés ainsi que pour chacune de ses dimensions particulières. Le coefficient alpha est une mesure indiquant le degré d'homogénéité des éléments d'un instrument de mesure (Fortin, 1996). Cette mesure produit un coefficient entre 0.0 et 1.00. Selon Burns et Groves (1993), plus la valeur de ce coefficient est élevée, plus la cohérence interne entre les éléments étudiés est grande. Les coefficients alpha de Cronbach obtenus pour chacune des dimensions

sont : 0,90 pour le « deuil aigu » (n=19), 0,87 pour les « difficultés d'adaptation » (n=20), 0,86 pour le « désespoir » (n=20) et 0,94 pour l'ensemble des éléments de l'instrument. Ces coefficients se rapprochent de l'ordre de grandeur de ceux rapportés dans Potvin, Lasker et Toedter (1989) pour la version originale en langue anglaise.

Les coefficients alpha de Cronbach des dimensions de l'instrument de mesure sont comparables avec ceux obtenus par les auteurs de l'instrument de mesure (Potvin, Lasker & Toedter, 1989). L'instrument a été utilisé pour d'autres recherches avec une cohérence interne comparable (Goldbach, Dunn, Toedter & Lasker, 1991 ; Zeanah, Danis, Hirshberg & Dietz, 1995 ; Hunfield, Mourik, Passchier & Tibboel, 1996 ; Lin, Lasker, 1996 ; Conway & Russel, 2000). Les résultats obtenus lors de cette étude permettent de croire que l'instrument de mesure utilisé est homogène et comparable aux tests de cohérence interne obtenus avec la version originale.

Échelle d'impact d'un événement stressant.

Le second instrument de mesure est l'Échelle d'impact d'une situation stressante (Horowitz et al, 1979), adapté par Johnson et Puddifoot, (1996) traduit par l'investigatrice et validé par trois personnes bilingues (Annexe B). Cet instrument est utilisé pour mesurer l'impact de stressseurs particuliers en termes de réactions émotionnelles. Le questionnaire mesure les réactions émotionnelles selon deux dimensions, soit l'« intrusion » et le « contournement ». Ces deux dimensions comptent 15 éléments avec une échelle d'évaluation de type Liekert de trois réponses.

La dimension « intrusion » (7 éléments) est caractérisée par des pensées subites, des images, de fortes émotions et des comportements répétitifs en regard d'un événement particulier. Le score théorique pour cette dimension varie de 0 à 35. La dimension « contournement » (8 éléments) est caractérisée par des réactions de déni de la signification et de la conséquence de l'événement ainsi que des comportements inhibitifs. Le score théorique varie de 0 à 40. La stabilité temporelle a été démontrée à l'aide de test-retest (1 semaine) (Horowitz, 1979). Les coefficients obtenus pour la version originale sont, pour le global $r = 0,87$, de $r = 0,89$ pour l'« intrusion » et de $r = 0,79$ pour le « contournement » au seuil de signification $p < 0,01$. Les coefficients alpha calculés afin de vérifier la cohérence interne est de 0,78 pour l'« intrusion », de 0,82 pour le « contournement ». La fidélité totale de l'échelle est de 0,95.

Tel que mentionné précédemment, l'Échelle d'impact d'un événement stressant comporte aussi des dimensions spécifiques. Des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour chacune des dimensions. Les résultats montrent des coefficients qui varient entre 0,56 pour l'« intrusion » ($n=20$), 0,84 pour le « contournement » ($n=20$) et 0,82 pour l'ensemble des éléments de l'instrument. Les analyses statistiques effectuées pour chacune des dimensions montrent qu'une d'entre elles, l'« intrusion », présente un résultat assez faible. Par contre, pour la dimension « contournement » et pour l'ensemble des éléments, il est observé que les résultats s'apparentent à ceux obtenus de cet instrument par Horowitz (1979) et Johnson et Puddifoot (1996) avec la version originale de langue anglaise.

Déroulement de la collecte de données

La collecte des données s'est déroulée entre le milieu du mois de janvier et la fin du mois d'octobre 2000 pour une durée totale de 41 semaines. La seule source de recrutement des participants a été les infirmières du bloc obstétrical du centre hospitalier. Toutes les femmes enceintes nécessitant des soins reliés à la grossesse, peu importe la durée de la grossesse, se présentent au bloc obstétrical. Lors de la confirmation d'un avortement chez une mère, l'infirmière responsable des soins de cette mère au bloc obstétrical, vérifiait auprès du conjoint son intérêt à participer à l'étude. Elle avisait le conjoint que l'investigatrice lui ferait parvenir par la poste des documents explicatifs sur la recherche (Annexe D) dans un délai de 3 semaines suivant l'avortement précoce spontané afin qu'il puisse prendre une décision éclairée sur sa participation à l'étude. L'infirmière vérifiait et estampillait les coordonnées du couple pour un contact ultérieur par l'investigatrice. Ces renseignements étaient récupérés par l'investigatrice à tous les jours. Un contact téléphonique était ensuite établi une semaine après l'envoi des documents afin de valider l'éligibilité du conjoint à l'étude en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion. Le but et les objectifs visés par l'étude ainsi que la participation attendue étaient clairement expliqués au conjoint/couple. Cet appel téléphonique permettait de planifier une rencontre avec le conjoint, à l'endroit et au moment de son choix, afin qu'il puisse répondre au questionnaire dans un délai inférieur au trois mois suivant l'avortement. Lors de la rencontre, l'investigatrice faisait signer le consentement (Annexe E).

Les hommes, pour la plupart, ont acceptés de rencontrer l'investigatrice à leur domicile. Seulement deux participants ont préféré l'envoi et le retour du questionnaire par la poste. Les raisons invoqués devant la préférence pour cette procédure furent l'absence de disponibilité de leur part, mais ils ont manifesté un intérêt évident pour une participation à la recherche. Deux autres participants qui avaient accepté de participer lors du contact initial avec l'infirmière du bloc obstétrical ont refusé lors du contact téléphonique prétextant que leur conjointe n'avait pas fait un avortement mais seulement une fausse-couche. Malgré certaines mises au point, ils ont refusé de participer à l'étude. Trois hommes qui avaient préalablement accepté de participer à la recherche ont refusé par la suite. Les commentaires émis par les participants étaient colligés dans un journal de bord.

Considérations éthiques

La permission de mener cette étude avait été donnée par le Comité d'éthique du centre hospitalier d'où provenaient les participants. Un document a été remis à tous les participants dans lequel était expliqué clairement le but de l'étude et la nature de leur participation. Ils devaient signer un consentement. Les participants étaient assurés de l'anonymat et du respect de la confidentialité. Le seul endroit où apparaissaient leurs noms était sur le formulaire de consentement qui a été conservé sous clé pendant toute la durée de l'étude et qui sera détruit à la fin de l'étude. En tout temps, les participants pouvaient se retirer de l'étude sans préjudice d'aucune sorte ou refuser de répondre à certaines questions.

Plan d'analyse des données

La première étape dans l'analyse des données a été de vérifier la cohérence interne des instruments de mesure utilisés. Cette vérification a été effectuée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach pour l'instrument Échelle de deuil périnatal et pour l'Échelle d'impact d'un événement stressant.

Des analyses descriptives telles que la moyenne, la médiane et le mode ont ensuite été réalisées pour présenter les caractéristiques personnelles des hommes : l'âge, la scolarité, l'expérience de paternité et celle de perte périnatale antérieure, la présence d'enfants dans le couple, l'accompagnement de la conjointe lors de l'échographie, et l'âge de grossesse lors de la perte (Annexe C). Pour répondre aux deux questions de recherche, des tests non-paramétriques de Mann-Whitney ont été effectués.

Dans un but exploratoire a posteriori, les relations entre les caractéristiques personnelles des hommes avec les réactions de deuil et l'impact de l'événement ont été étudiées à l'aide de tests non paramétriques. La décision d'utiliser des analyses non paramétriques est fondée sur la petite taille de l'échantillon laquelle rend difficile l'estimation de la distribution des variables dans la population. Les tests non paramétriques ne permettent pas d'étudier l'effet des variables indépendantes sur des variables dépendantes; ils visent essentiellement à connaître leur interaction (Monro, 2001). Ils sont utiles, entre autres, dans le cas de petits échantillons comme dans la présente étude.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette section présente l'ensemble des résultats obtenus selon l'information recueillie auprès des hommes ayant participé à l'étude et les analyses effectuées avec ces données. La première partie rend compte des résultats obtenus à l'Échelle de deuil périnatal répondant ainsi à la première question de cette étude qui était d'évaluer si les réactions des hommes lorsque leur conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse sont des réactions de deuil. Les résultats relatifs à l'impact de cet événement dans leur vie selon l'Échelle d'impact d'un événement stressant sont présentés en deuxième partie et permettent de répondre à la seconde question de recherche. Le lien entre les caractéristiques personnelles des hommes et les réactions de deuil et l'impact de la perte périnatale y est également analysé.

Échelle de deuil périnatal

Les résultats observés chez les 20 hommes concernant l'Échelle de deuil périnatal sont présentés au Tableau 2. Des statistiques descriptives, c'est-à-dire la valeur minimale et la valeur maximale des scores obtenus ainsi que la moyenne et l'écart-type ont été calculées pour décrire les trois dimensions de cette échelle. Pour mieux comprendre les valeurs présentées, il faut préciser que plus les valeurs sont élevées, plus la perception du deuil est importante.

Tableau 2

Résultats des hommes selon l'Échelle de deuil périnatal

Dimensions du deuil	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Deuil aigu	11	42	23,85	8,70
Adaptation	11	31	16,15	5,99
Désespoir	11	33	15,70	5,60
Échelle totale de deuil	33	98	55,70	18,21

La moyenne globale obtenue est de 55,70 et correspond à la moyenne théorique de l'échelle. La variation est grande comme l'indique l'écart-type (18,21). L'analyse révèle un niveau de « deuil aigu » dont la moyenne est de 23,85 et l'écart-type de 8,70. La médiane pour cette dimension est de 22. Ces deux dernières statistiques sont inférieures à la moyenne théorique de 33. Cependant, concernant les dimensions « difficultés d'adaptation » et « désespoir », les scores sont nettement inférieurs et la moyenne est plus basse par rapport à la dimension « deuil aigu ». La médiane de la dimension « difficulté d'adaptation » est de 13,5 et celle du « désespoir » est de 14 c.-à-d. tout près de la valeur minimale théorique. On peut observer une variation importante des scores particulièrement au niveau de la dimension « deuil aigu ». Les écarts-type sont grands ce qui signifie que les scores sont très étendus autour de la moyenne.

L'interaction entre les caractéristiques des hommes rencontrés et les trois dimensions des instruments de mesure a été évaluée à l'aide d'analyses non paramétriques de Mann-Whitney.

La catégorisation préalablement effectuée en regard de la variable âge lors de la collecte de données a été analysée selon cette modalité. Le test U n'a démontré aucune différence significative en regard de l'âge aux trois dimensions de l'instrument de mesure ($p \geq 0,29$). Quant au niveau de scolarité, il a été divisé en trois catégories : le niveau secondaire (9-11 ans $n=4$), collégial (12-15 ans $n=7$) et universitaire (16-21 ans $n=9$). Le test U de Mann-Whitney ne révèle aucune différence significative entre les niveaux de scolarité ($p = 0,83$) et les moyennes des trois dimensions de l'instrument.

Quant à l'expérience de paternité, le test U de Mann-Whitney montre qu'il n'y a pas de différence significative ($p \geq 0,50$) entre les hommes pour lesquels il s'agissait d'une première expérience ($n=11$) et ceux qui avaient déjà vécu une première grossesse ($n=9$). Pour vérifier si la présence d'enfant dans le couple avait une influence significative sur la peine ressentie lors d'un avortement précoce spontané, les hommes ont été regroupés en deux classes : les hommes sans enfants ($n=13$) et ceux avec enfants ($n=7$). Le test U de Mann-Whitney ne rapporte aucun lien significatif ($p \geq 0,21$) entre ces variables.

L'expérience ou non de perte périnatale lors de grossesse antérieure ne semble pas être en relation avec les manifestations de chagrin ($p \geq 0,77$) selon les résultats obtenus au test U de Mann-Whitney. Cependant, il s'avère que ces deux groupes sont très inégaux, les résultats doivent être regardés avec prudence. Un groupe (n=17) représentait les hommes n'ayant vécu aucune perte périnatale antérieure et l'autre groupe était celui qui a eu au moins une perte périnatale antérieure (n=3).

Le test a été répété afin de vérifier si la présence du conjoint lors d'une échographie depuis le début de la grossesse actuelle est lié au chagrin ressenti lors de l'avortement. Pour ce faire, les participants ont été séparés en deux groupes : ceux qui avaient assisté à une échographie durant la grossesse actuelle (n=13) et ceux qui n'avaient pas assisté à aucune échographie. Le résultat ne révèle aucune différence significative ($p \geq 0,59$) entre les deux groupes pour chacune des dimensions de l'instrument de mesure.

Dans le but d'évaluer l'influence de la durée de cohabitation du couple, les participants ont été séparés en deux groupes en fonction de la moyenne d'années de cohabitation, soit un groupe ayant moins de cinq ans de vie commune (n=11) et un autre pour plus de cinq ans (n=9). Le test U de Mann-Whitney ne montre aucune différence ($p \geq 0,20$) au niveau des réactions de chagrin entre les deux groupes.

Finalement, pour comparer si les différentes dimensions du deuil varient en fonction de la durée de la grossesse, le groupe a été divisé en deux catégories : les

grossesses de moins de 9,8 semaines (n=7) et celle de 9,8 semaines et plus (n=13). Cette catégorisation a été faite en fonction de la durée moyenne de la grossesse lors de l'avortement spontané précoce. Lors d'un test U de Mann-Whitney, aucune différence significative ($p \geq 0,64$) n'a été détectée entre les deux groupes en fonction de chacune des dimensions de l'échelle de deuil périnatal.

Échelle d'impact d'un événement stressant

Les résultats observés chez les hommes concernant l'Échelle d'impact d'un événement stressant sont présentés au Tableau 3. Des statistiques descriptives, c'est-à-dire la valeur minimale, la valeur maximale, la moyenne et l'écart-type ont été calculés pour décrire les deux dimensions de cette échelle. Pour mieux comprendre les valeurs présentées il faut préciser que, plus la valeur est élevée, plus l'événement stressant a un impact important sur leur vie.

Tableau 3

Résultats des hommes selon l'Échelle d'impact d'un événement stressant

Dimensions de l'impact	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Intrusion	0	18	8,25	4,38
Contournement	0	32	11,35	9,70
Échelle totale d'impact	0	42	19,6	12,22

La moyenne globale calculée est de 19,6 et se situe en dessous de la moyenne théorique de l'échelle. La variation des réponses est grande ($S = 12,22$). L'analyse des données des 20 participants à cette étude révèle un niveau moyen de la dimension « intrusion » de 8,25 avec un écart-type de 4,38. La médiane pour cette dimension est de 8. Ces deux statistiques sont inférieures à la moyenne théorique de 17,5. Dans la dimension « contournement », les scores sont plus élevés que dans la dimension « intrusion ». Le score médian de cette dimension est aussi de 8 avec un écart-type de 9,70. Les deux statistiques sont inférieures à la moyenne théorique de 20. On peut cependant observer un écart important entre le score minimum et maximum, particulièrement au niveau de la dimension « contournement ». L'écart-type est deux fois plus grand pour cette dimension signifiant que les choix de réponses sont plus étendus autour de la moyenne. Les scores les plus élevés se situent aussi dans cette dimension.

L'interaction entre les caractéristiques des hommes rencontrés et les deux dimensions de l'instrument de mesure a été évaluée à l'aide d'analyses non paramétriques de Mann-Whithney.

La catégorisation préalablement effectuée en regard de la variable âge a été utilisée et le test U de Mann-Whitney ne montre aucune différence significative entre les groupes aux deux dimensions de l'instrument de mesure ($p \geq 0,56$). Le niveau de scolarité a été divisé en trois catégories : le niveau secondaire (9-11 ans, $n=4$), collégial (12-15 ans, $n=7$) et universitaire (16-21 ans, $n=9$). Le test U de Mann-

Whitney ne révèle aucune différence significative de l'impact de la perte entre les niveaux ($p \geq 0,20$)

L'analyse de l'expérience de la paternité à l'aide d'un test U de Mann-Whitney indique qu'il n'y avait pas de différence significative ($p \geq 0,37$) entre les hommes pour lesquels il s'agissait d'une première expérience ($n=11$) et ceux qui avaient déjà vécu une première grossesse ($n=9$). Pour vérifier si la présence d'enfant(s) dans le couple avait une influence significative sur l'impact de l'avortement dans la vie de l'homme, ceux-ci ont été regroupés en deux classes : les hommes sans enfants ($n=13$) et ceux avec enfants ($n=7$). Le test U de Mann-Whitney ne rapporte aucune différence significative ($p \geq 0,49$) entre les deux catégories au niveau de l'impact de la perte.

L'expérience ou non de perte périnatale lors de grossesse antérieure ne semble pas être liée à l'impact de la perte actuelle ($p \geq 0,77$) selon les résultats obtenus au test U de Mann-Whitney. Cependant il s'avère que ces deux groupes sont très inégaux, il faut donc regarder ces résultats avec prudence. Un groupe ($n=17$) représente les hommes n'ayant vécu aucune perte périnatale antérieure et l'autre groupe est celui qui a eu au moins une perte périnatale antérieure ($n=3$).

Pour évaluer l'influence de la durée de la cohabitation du couple, les participants ont été séparés en deux groupes en fonction de la moyenne d'années de cohabitation, soit un groupe ayant moins de cinq ans de vie commune ($n=11$) et une

autre pour plus de cinq ans ($n=9$). Un test U de Mann-Whitney ne montre aucune différence significative ($p \geq 0,26$) de l'impact de l'avortement précoce spontanée entre les deux groupes.

Le test a été répété afin de vérifier si la présence du conjoint lors d'une échographie depuis le début de la grossesse actuelle est associée à l'impact de la perte lors de l'avortement. Pour ce faire, les participants ont été séparés en deux groupes : ceux qui avaient assisté à une échographie durant la grossesse actuelle ($n=13$) et ceux qui n'avaient pas assisté à aucune échographie. Le résultat ne révèle aucune différence significative ($p \geq 0,14$) entre les deux groupes pour chacune des dimensions de l'échelle d'impact d'un événement stressant.

Finalement, pour comparer si les différentes dimensions de l'échelle d'impact varient en fonction de la durée de la grossesse, le groupe a été divisé en deux catégories : les grossesses de moins 9,8 semaines ($n=7$) et celle de plus de 9,8 semaines ($n=13$). Cette catégorisation a été faite en fonction de la durée moyenne de la grossesse pour les conjointes de l'étude. Lors d'un test U de Mann-Whitney, aucune différence significative ($p \geq 0,64$) n'a été détectée entre les deux groupes en fonction de chacune des dimensions de l'échelle d'impact.

DISCUSSION

La nature de cette recherche, la petite taille de l'échantillon et le peu d'études explorant le sujet limitent l'ampleur de la discussion. De plus, la plupart des recherches sur ce sujet ont été effectuées lors d'avortements tardifs ou comparent les réactions des hommes avec ceux des femmes. Il est donc difficile de tirer des conclusions précises quant aux résultats de cette étude.

La discussion des résultats se divise en quatre parties. La première partie traite des résultats qui ont servi à décrire les réactions de deuil des hommes lors de l'avortement spontané précoce. Dans la deuxième partie, les résultats démontrant l'impact de l'événement chez les hommes sont abordés. Ces deux premières parties portent particulièrement sur les constatations qui ont été faites en rapport avec les objectifs de l'étude. Ces constatations sont comparées aux résultats d'études antérieures effectuées auprès des hommes dont la conjointe a vécu un avortement spontané du premier trimestre. L'information dégagée des échanges avec les participants suite aux entrevues et colligée dans un journal de bord est utilisée dans le but d'enrichir les connaissances quant à l'expérience des hommes. La troisième partie fait mention des principales limites de l'étude et du contexte dans lequel elle a été réalisée. Des implications cliniques et de recherche, dégagées à partir des résultats obtenus, sont proposées à la quatrième partie incluant les interventions infirmières qui pourraient être implantées en regard de cet événement de la vie.

Deuil périnatal

Les recherches sur l'expérience des hommes suite à un avortement précoce spontané chez leur conjointe sont limitées. Des auteurs rapportent des résultats s'apparentant à des réactions de deuil telles que sentiments de tristesse, de confusion, de négation, d'incrédulité, de colère et d'impuissance suite à l'avortement (Murphy, 1998 ; Puddifoot et Johnson, 1997 ; Johnson & Puddifoot, 1996). Tous ces auteurs s'entendent pour dire que certains hommes semblent plus affectés que d'autres. Ce constat est aussi fait dans la présente étude puisque les scores de la dimension « deuil aigu » se démarquent des autres et laissent supposer que ceux dont les résultats sont élevés, peuvent être plus affectés que les autres. Cependant, les scores des autres dimensions de l'instrument de mesure, laissent croire que les hommes éprouvent peu de difficultés d'adaptation et de désespoir.

Cinq études ont utilisé l'« Échelle de deuil » afin de déterminer la présence de deuil lors d'une perte périnatale. La comparaison entre ces études et la nôtre est difficile en raison de la forme de présentation des résultats et du choix d'un échantillon mixte composé d'hommes et de femmes. Toutefois, parmi ces études, quatre ont utilisé l'instrument comme mesure de deuil. La cinquième est une recherche qualitative qui a étudié la même problématique et qui enrichit les connaissances sur le sujet. De plus, les temps de mesure suite à l'événement pour ces études sont variables. La présentation de ces études est effectuée selon un ordre chronologique.

L'étude de Potvin, Lasker et Toedter (1989) servant à la validation de la version courte de l'instrument de mesure original a été utilisée à la fois chez des femmes (n=63) et chez certains de leur conjoint (n=56). Les résultats publiés englobent à la fois les scores des deux conjoints. Aucune analyse indépendante entre les deux sexes n'a été présentée, il est donc impossible d'établir des comparaisons entre leurs résultats et les nôtres. Les scores obtenus sont plus importants que ceux de la présente étude et l'analyse montre des réactions importantes de chagrin exprimées par les participants. Toutefois, le type de perte périnatale pour les conjoints participants n'est pas précisé dans le rapport. La dimension « deuil aigu » est influencée par les caractéristiques (âge gestationnel) de la perte périnatale et par des variables individuelles (sexe du parent).

L'étude de Golbach et al. (1991) permet une certaine comparaison de leurs résultats à ceux obtenus dans la présente étude. L'échantillon utilisé est mixte (n=194) et majoritairement féminin (n=138). De cet échantillon, 63 femmes ont vécu un avortement spontané, 18 une grossesse ectopique, pour 39 couples, ce fut une mort fœtale et pour 18 autres, ce fut une perte néonatale. L'âge gestationnel moyen au moment de la perte est de 16,5 semaines. De plus, trois temps de mesure différents ont été utilisés. Une analyse comparative a également été effectuée entre les hommes et les femmes. Par contre les auteurs ne font que parler de perte précoce et de perte tardive. ils ne font aucune mention de l'âge gestationnel limite entre les deux types de perte périnatale. Ces résultats montrent l'influence significative de l'âge gestationnel au moment de la perte sur le deuil suite à un tel événement. Cependant, les effets de la perte périnatale tardive apparaissent plus soutenus et persistants que ceux de la

perte précoce. Les résultats obtenus par Golbach sont supérieurs à ceux de la présente étude. Cependant, les échantillons mixtes et la différence de temps de mesure rendent les comparaisons difficiles.

La moyenne obtenue pour la dimension « deuil aigu » chez les participants de notre étude est comparable à celle obtenue dans l'étude de Johnson et Puddifoot (1996) (moyenne = 25,0, écart-type=11,0). Selon ces auteurs, les résultats indiquent, que dans une grande proportion, la perte périnatale à court terme est ressentie avec émotion. Les auteurs ne mentionnent pas que les hommes vivent cette expérience comme un deuil. Les valeurs obtenues pour les deux autres dimensions de l'instrument sont supérieures à celles obtenues dans la présente étude. L'analyse présentée par Johnson et Puddifoot ne départage pas les sujets selon le moment de la perte périnatale, c'est-à-dire selon le fait que la conjointe a subi un avortement précoce ou avortement tardif et compare les résultats des hommes avec d'autres recherches effectuées auprès des femmes. Le temps de mesure de l'étude de Johnson et Puddifoot est de huit semaines suivant l'événement. Les résultats montrent que le degré de chagrin des hommes est très élevé et comparable à ceux des femmes tel que rapporté dans d'autres études (Potvin et al, 1988). Cependant, les hommes qui ont assisté à une échographie avant la perte de la grossesse présentent des difficultés d'adaptation et des réactions de désespoir plus intenses que les femmes (Johnson & Puddifoot).

Une étude qualitative effectuée par Puddifoot et Johnson (1997) auprès de 20 hommes dont la conjointe a avorté spontanément avant 24 semaines de gestation. Cette recherche a été faite dans le but d'enrichir les connaissances sur le sujet. La majorité des participants ont exprimé une gamme d'émotions incluant du chagrin, de la confusion, du blâme, de la colère et du dégoût. Ces émotions ont été rapportées chez les femmes dans d'autres études (Black, 1991; Hutti, 1992). La principale inquiétude des hommes immédiatement après la perte périnatale est celle de l'état de santé de leur conjointe, mais pour plusieurs d'entre eux, une variété d'émotions et un chagrin important se succèdent après l'événement.

Une autre recherche faite par Puddifoot et Johnson (1999), auprès d'un échantillon de 323 hommes dont la conjointe a avorté, montre des résultats similaires aux nôtres. Le temps de mesure de cette étude a été de 8 semaines après l'événement. Une catégorisation d'âge gestationnel fut faite dont l'une correspond à la présente recherche. Pour les hommes dont la conjointe a avorté au premier trimestre de la grossesse (0-12 semaines), la moyenne obtenue à la dimension «deuil aigu» (23,67) est identiques à celle de la présente étude (moyenne= 23,67). Les résultats sont analysés selon la moyenne des trois dimensions de l'instrument et sont similaires aux résultats présentés par Johnson et Puddifoot (1996). Les moyennes indiquent une diversité dans les réponses et un degré généralement élevé de chagrin, ce qui est similaire au résultats obtenus dans la présente étude. Il est essentiel ici de noter que, bien que l'échantillon soit de 16 fois plus grand que le nôtre et que la mesure se situe dans le deuxième mois suivant la perte, les moyennes obtenues ne sont pas supérieures aux nôtres.

L'absence d'association significative entre les différentes dimensions de l'Échelle de deuil et l'expérience antérieure d'avortement ainsi que le nombre d'enfant dans la famille confirme les résultats obtenus par l'étude de Johnson et Puddifoot (1996) et de Puddifoot et Johnson (1997). Cependant, les études de Johnson et Puddifoot, de Wallerstadt et Higgins, (1996) ainsi que Puddifoot et Johnson (1999) rapportent un niveau de deuil plus élevé lorsque le conjoint assiste à l'échographie durant la grossesse actuelle, ce qui n'a pas été démontré dans la présente étude.

La plupart des entrevues ont été effectuées en présence de la conjointe sans qu'elle n'intervienne lors de la passation du questionnaire. Parfois celle-ci a demandé à lire les réponses de son conjoint et ce dernier devait donner son accord pour qu'elle ait accès au questionnaire. Certains hommes ont semblé mal à l'aise devant la présence de leur conjointe. Certains hommes ont rapporté que la peine de leur conjointe était plus intense que la leur. Par contre, quatre hommes rencontrés en l'absence de leur conjointe, ont rapporté avoir ressenti beaucoup de chagrin lors de l'avortement spontané précoce mais que depuis, soit 4-6 semaines plus tard, « ..j'ai appris à camoufler ma peine et à vivre avec. ». Deux hommes ont rapporté qu'ils auraient été incapables de répondre aux questionnaires si le délai suite à l'avortement spontané avait été plus court. D'autres ont avoué ressentir encore de l'agressivité due à un manque de respect devant le chagrin ressenti de la part de certains intervenants comme par exemple : « ..Il ne faut pas s'en faire, vous n'avez qu'à recommencer,

c'est si agréable.... ». Certains hommes ont avoué ne pas vouloir augmenter la peine de leur conjointe et tentent de camoufler leurs émotions en sa présence. Les études de Murphy (1998) et Miron et Chapman (1994) viennent appuyer ces témoignages.

En résumé, les résultats de cette étude tendent à démontrer que les hommes vivent une expérience qui s'apparente au deuil pour certains. Cette expérience semble varier beaucoup d'un individu à l'autre. Aussi, on ne peut pas parler de « deuil aigu » pour la majorité des participants. Les résultats permettent de croire que les hommes vivent l'expérience d'avortement précoce comme un deuil, mais que ce deuil est résolu rapidement. Les moyennes aux autres dimensions du deuil, soit les « difficultés d'adaptation » ainsi que le « désespoir » sont relativement faibles, laissant croire que les hommes éprouvent peu de difficulté de fonctionnement et de conciliation de leurs activités quotidiennes. Cette expérience est très variable dans la population, mais on peut dire que l'événement est ressenti avec émotion pour certains.

Impact d'un événement stressant

Peu d'auteurs ont évalué l'impact d'un avortement précoce spontané chez les hommes (Puddifoot et Johnson, 1999 ; Johnson et Puddifoot, 1997 ; Puddifoot et Johnson, 1996). Ces auteurs rapportent que l'avortement est ressenti comme un événement plus stressant pour certains hommes que pour d'autres. Ce constat n'a pas été le même dans la présente étude. Les résultats indiquent que cette expérience a peu d'impact sur leur vie. En effet, les valeurs obtenues sont très basses dans les deux

dimensions mesurées compte tenu des moyennes théoriques. De plus, aucune association significative n'a été montrée entre les caractéristiques des hommes et l'impact de l'événement.

Deux études ont utilisé l'« Échelle d'impact d'un événement stressant » pour évaluer l'impact d'une perte périnatale. La comparaison entre ces études et la nôtre est difficile en raison de la forme de présentation des résultats et parfois du choix d'un échantillon mixte. Les temps de mesure suite à l'événement sont variables, ce qui laisse supposer que les résultats de la présente étude ne peuvent être comparés. La présentation de ces études est effectuée selon un ordre chronologique.

L'étude de Horowitz & al. (1979) a servi à la validation de l'instrument de mesure. Les concepteurs ont utilisé l'instrument auprès de participants à une clinique de stress et la sensibilité de l'instrument a été vérifiée auprès d'étudiants en médecine devant faire une autopsie. Les résultats obtenus dans la présente étude sont plus bas que ceux obtenus par les participants (n=66) de la clinique de stress (moyenne = 21,2 pour la dimension intrusion et 14,1 pour la dimension contournement), mais plus élevés que ceux des étudiants (n=110) en médecine (moyenne = 2,5 et 4,4). Le but de l'étude et les caractéristiques des participants rendent la comparaison difficile.

Les moyennes obtenues dans l'étude de Johnson et Puddifoot (1996) pour les deux dimensions de l'impact de l'événement sont supérieures à celles de la présente étude. Selon Johnson & Puddifoot, les résultats indiquent que les hommes de leur

échantillon ne sont pas affectés dans une aussi grande mesure que ceux de Horowitz et al.(1979). On peut donc conclure que pour les participants de notre étude, l'impact de l'avortement sur leurs activités de vie a été minime. Le temps de mesure de la présente étude est de six semaines comparativement à huit pour Johnson et Pudifoot.

En résumé, les résultats des études publiées à ce jour semblent contradictoires lorsqu'on tente de démontrer l'impact de l'avortement sur les activités de la vie quotidiennes des hommes. Les moyennes d'impact obtenues dans la présente recherche laisse supposer que l'événement a eu peu d'impact sur leur vie. Il est reconnu qu'un chagrin peut être ressenti après un avortement mais l'impact de l'événement a rarement fait l'objet d'évaluation dans les études.

Limites de l'étude

Des limites de l'étude sont surtout d'ordre méthodologique et principalement liées au peu de contrôle sur le recrutement des participants et au facteur temps. La procédure de recrutement des participants apparaît inadéquate pour ce genre de population ce qui a sans doute influencé le nombre de participants. Le fait que le recrutement ait été fait par l'intermédiaire d'intervenantes peu intéressées par la recherche apparaît comme une limite majeure. Le chercheur dépendait du bon vouloir du personnel lequel perçoit souvent cette tâche comme un surplus de travail sans réelle importance. De plus, les rencontres avec les hommes ont majoritairement été réalisées en présence de leur conjointe, ce qui peut être perçu comme un facteur d'interférence. Les participants rencontrés en présence de leur conjointe ont manifesté

peu d'émotion et même semblaient minimiser la situation. La petite taille de l'échantillon a grandement limité le type d'analyses statistiques en plus de restreindre l'interprétation des résultats. Il est donc impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des hommes dont la conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse. De plus, plusieurs hommes ont mentionné le fait que si le questionnaire avait été administré plus tôt après l'événement, leurs réponses auraient été différentes. Cette affirmation permet de supposer que le temps de mesure serait à réévaluer même si d'autres ont mentionné qu'ils n'auraient pas participé si la demande avait été faite plus tôt après l'avortement .

Implications cliniques et de recherche

L'expérience d'avortement spontané pour les hommes est très variable dans la population. Les résultats obtenus par cette étude, même s'ils ne sont pas concluants, le montrent également. Cependant, il semble clair que certains hommes vivent une période de deuil qui semble se dérouler dans les premières semaines suivant l'événement si on se fie aux témoignages des participants.

Cette affirmation est importante car elle indique que l'infirmière devrait évaluer la peine ressentie par l'homme, l'impact de l'avortement spontané précoce ainsi que toutes les caractéristiques pouvant l'affecter si elle veut être en mesure de comprendre les difficultés vécues par les hommes. Pour être aidante devant une telle situation, l'infirmière doit faire preuve de chaleur humaine et favoriser l'expression des émotions chez l'homme autant que chez la femme. Une prise de conscience du

chagrin ressenti par chacun des deux conjoints facilite le partage des émotions dans le couple et favorise l'acceptation de la perte périnatale. Les infirmières sont d'excellentes observatrices de symptômes physiques reliés à une maladie mais ne sont pas très à l'aise face aux manifestations de chagrin. Une évaluation d'un seul des deux conjoints, soit la mère seulement, peut vraisemblablement conduire à des conclusions erronées. Les différences d'adaptation face à l'avortement spontané précoce entre les hommes et les femmes doivent être reconnues. L'infirmière doit inciter le couple à partager ses émotions, tenter de comprendre et respecter l'autre. Les parents doivent être encouragés à identifier clairement leurs besoins et leurs attentes. Une approche familiale devrait être privilégiée par l'ensemble des professionnels oeuvrant auprès de cette clientèle.

Les résultats obtenus permettent de faire certaines suggestions afin de poursuivre les recherches sur le sujet. L'étude pourrait être répliquée auprès d'un échantillon plus important d'hommes dont la conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse. Une étude phénoménologique permettrait d'enrichir les connaissances de l'expérience des hommes. On ne connaît pas vraiment les émotions ressenties par les hommes suite à un tel événement, ni leurs besoins. Très peu d'études ont été faites sur le sujet. La perspective de l'expérience de l'infirmière devant un tel événement pourrait être aussi évaluée.

Il serait utile de comparer les réactions de deuil et l'impact de l'événement avec une étude plus approfondie qui engloberait différentes périodes post-avortement.

Ceci dans le but d'élargir et de préciser les données relatives à cette expérience. Il existe une facette de cette expérience qui n'a pas encore été étudiée mais qui serait essentiel d'investiguer dans de futures recherches. Il s'agit de vérifier l'influence des réactions des parents sur les autres enfants de la famille suite à un avortement précoce. Comme on sait déjà que la façon dont les hommes expriment leurs émotions suite à une situation de perte est différente de celle des femmes (Wallerstedt & Higgins, 1996 ; Cook, 1988), le développement d'un instrument de mesure plus spécifique à cette population qui évaluerait l'intensité et les types de réactions favoriserait l'avancement des connaissances dans ce domaine.

CONCLUSION

Ce mémoire de maîtrise en sciences infirmières avait pour objectifs d'évaluer si les réactions des hommes, lorsque leur conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse, s'apparentent à des réactions de deuil et de vérifier l'impact de cet événement sur leur vie. Les résultats obtenus montrent que les participants éprouvent certaines réactions s'apparentant au deuil mais celles-ci varient grandement d'un individu à un autre. L'expérience ne semble pas avoir d'impact majeur dans leur vie trois mois après l'événement.

Les infirmières auraient avantage à mieux connaître l'expérience ressentie par les hommes lors d'un avortement du premier trimestre peu importe le milieu concerné, qu'il s'agisse d'une unité de soins dans un centre hospitalier, d'un service de soins ambulatoires ou d'un centre de santé communautaire. La difficulté d'intervention est d'autant plus grande que le contact entre les professionnels de la santé est très court et que le couple reçoit très peu d'assistance par la suite. Il serait essentiel que les milieux de soins se dotent d'un programme de suivi pour parents endeuillés. Beaucoup de choses restent à apprendre concernant l'expérience des hommes en regard de la paternité. Les écrits qui rapportent l'expérience des hommes lors d'avortement spontané sont très limités. Les connaissances actuelles ne font qu'effleurer la signification de cette transition dans la vie de l'homme. L'implication dans la paternité permet de comprendre les réactions des hommes face à la perte périnatale et son impact dans sa vie.

Bibliographie

- Armstrong, D. (2001). Exploring fathers' experiences of pregnancy after a prior périnatal loss. MCN, 26(3), 147-152.
- Black, R. (1991). Women's voices after pregnancy loss : couples' patterns of communication and support. Social Work in Health Care, 16(2), 19-36.
- Benfield, D.G., Leib, S.A. & Vollman, J.H. (1978). Grief response of parents to neonatal death and parent participation in deciding care. Pediatrics, 62(2), 171-177.
- Berezin, N. (1982). After a loss in pregnancy, help for families affected by a miscarriage, a stillbirth or the loss of a newborn, New York : Simon and Schuster hospitalierster.
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M. & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. Journal of Psychomatic Research, 40(3), 245-253.
- Bobak, I.M., Jensen, M.D. & Zalar, M.K. (1989). Maternity and Gynecologic Care, 4th Edition, St-Louis : The C.V. Mosby Company.
- Bolwby, J. (1982). Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. American Journal of Orthopsychiatry. 52(4), 664-678.
- Brost, L. & Kenney, J.W. (1992). Pregnancy after perinatal loss: parental reactions and nursing interventions. JOGNN, 21(6), 457-463.
- Buckley, K. & Kulb, N.W. (1990). High Risk Maternity Nursing Manual, Baltimore : Williams & Walkins.
- Burns, N. & Groves, S.K. (1993). The Practice of Nursing Research. 2nd Edition, Philadelphia : W. B. Saunders Company.
- Cecil, R. (1994). « I woudn't have minded a wee one running about » : miscarriage and the family. Social Science and Medecine, 38(10), 1415-1422.
- Conner, G.K. & Denson, V. (1990). Expectant father's response to pregnancy: review of litterature and implications for research in high-risk pregnancy, Journal of Perinatal Nursing, 4(2), 33-42.
- Cook, J. (1988). Dad's double binds. Journal of Contemporary Ethnography, 17(3), 285-308.

- Cunningham, F.G., MacDonald, P.C., Gant, N.F., Levino, K.J., Gilstrap, L.C., Hankins, G.D.V., & Clark, J.L. (1997). Williams Obstetrics, 20th Ed., Toronto : Appelton & Lange.
- Daly, K. (1993). Reshaping fatherhood: finding the models. Journal of Family Issues, 14(4), 510-530.
- Delaisi De Parseval, G. (1996). Le deuil périnatal et le psychanalyste. Frontières, 9(2), 28-30.
- Dandurand, R.B., Bernier, L., Lemieux, D. & Dulac, G. (1994). Le désir d'enfant: du projet à la réalisation, Québec, Institut Québécois de recherche sur la culture.
- De Montigny, F. & Beaudet, L. (1997). Lorsque la vie éclate, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Dyregrov, A. & Matthiesen, S.B. (1991). Parental grief following the death of an enfant-a follow-up over one year. Scandinavian Journal of Psychology, 32, 193-207.
- Dyregrov, A. & Matthiesen, S.B. (1987). Similarities and difference in mothers' and fathers' grief following the death of an infant. Scandinavian Journal of Psychology, 28, 1-15.
- Feeley, N. & Gottlieb, L.N. (1988). Parents' coping and communication following their infant's death. Omega, 19(1), 51-67.
- Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche de la conception à la réalisation. Montréal : Décarie Éditeur.
- Frost, M. & Condon, J.T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage : a critical review of literature. Australian and New Zealand of Psychiatry, 30, 54-62.
- Gardner S.L., Merenstein G.B. & Costello, A.J. (1998). Grief and perinatal loss. Dans Merenstein, G.B. & Gardner, S.L., (Eds), Handbook of Neonatal Intensive Care, (4^e Ed.) (673-706). St-Louis : Mosby.
- Goldbach, K.R.C., Dunn, D.S., Toedter, L.J. & Lasker, J.N. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. American Journal of Orthopsychiatry, 61(3), 461-467.
- Gorrie, T. M., McKinney, E.S. & Murray, S.S. (1994). Foundations of Maternal and Newborn Nursing, Philadelphia : W.B. Saunders.
- Gorrie, T. M., McKinney, E.S. & Murray, S.S. (1998). Foundations of Maternal and Newborn Nursing, Second Edition, Philadelphia : W.B. Saunders.

- Goulet, C. & Lang, A. (1996). Le deuil des parents qui perdent un enfant pendant la période périnatale. Frontières, 9(2), 47-51.
- Haince, S., Bourdages, J. & Choquette, Y. (1997). Med-Écho, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Hall, W.A. (1994). New fatherhood: myths and realities. Public Health Nursing, 11(4), 219-228.
- Hanson, S.M.H. & Bozett, F.W. (1986). The changing nature of fatherhood : the nurse and social policy. Journal of Advanced Nursing, 11, 719-727.
- Hawkins, A.J., Christiansen, S.L. & Sargent, K.P. (1993). Rethinking father' involvement in child care, a developmental perspective. Journal of Family Issues, 14(4), 531-549.
- Hétu, J.L. (1989). Psychologie du mourir et du deuil, Montréal, Édition du Méridien.
- Helmrath, T.A. & Steinitz, E.M. (1978). Death of an infant : parental grieving and failure of social support. The Journal of Family Practice, 6(4), 785-790.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact event scale: a measure of subjective stress. Psychomatic Medecine, 41(3), 209-218.
- Hutti, M. H. (1988). A quick reference table of interventions to assist families to cope with pregnancy loss or neonatal death. Birth, 15(1), 33-35.
- Hutti, M. H. & dePacheco, M. (1998). A study of miscarriage : development and validation of the perinatal grief intensity scale. JOGNN, (27), 547-555.
- Johnson, M.P. & Puddifoot, J.E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. British Journal of Medical Psychology, 69, 313-327.
- Jordan, P. L. (1990a). Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. Nursing Research, 39(1), 11-16.
- Jordan, P.L. (1990b). First time expectant fatherhood : nursing care consideration. Perinatal Women Health Nursing, 1(3), 311-316.
- Kay, J., Roman, B. & Scentre hospitalierlte, H.M. (1997). Pregnancy loss and the grief process. Dans Woods, J.R. & Woods, J.L. (Eds), Loss During Pregnancy or in the Newborn Period, Principles of Care With Clinical Cases ans Analyses, (1st Ed). New Jersey, Janetti Publications.
- Krampe, E.M. & Fairweather, P.D. (1993). Father presence and family formation a theoretical reformulation. Journal of Family Issues, 14(4), 572-591.

- Ladewig, P.W., London, M.L. & Olds, S.B., v.f. De Courval, J. (1990). Soins Infirmiers, Maternité et Néonatalogie, (2^e éd). Montréal : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Lacombe, M. & Pelletier, L. (2001). Soigner les émotions des femmes qui vivent une fausse couche, L'infirmière, 8(3), 17-27.
- Lamb, G.S. & Lipkin, Jr. (1982). Somatic symptoms of expectant fathers. MCN, Vol 7, March/April, 110-116.
- LaRossa, R. (1988). Fatherhood and social change. Family Relations, 37, 451-458.
- Larousse. (1999). Le petit Larousse illustré, Paris.
- Lasker, J. N. & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. American Journal of Orthopsychiatry, 61(4), 510-522.
- Laurion, S. & Kiely, M.C. (1996). À la recherche de l'objet perdu, avortement et deuil chez l'adolescente, Frontières, 9(2), 16-20.
- Leppert, P.C. & Pahlka, B.S. (1984). Grieving characteristics after spontaneous abortion : a management approach. Obstetrics and Gynecology, 64(1), 119-122.
- Manca, D.T. & Bass, M.J. (1991). Woman experience of miscarriage. Canadian Family Physician, vol 37, September, 1671-1677.
- Mander, R. (1994). Loss and Bereavement in Childbearing, Edimburgh : Blackwell Publications.
- May, K.A. (1978). Active involvement of expectant fathers in pregnancy : some further considerations. JOGNN, 7(2), 7-12.
- May, K.A. (1980). A typology of detachment/involvement styles adopted during pregnancy by first-time expectant fathers. Western Journal of Nursing Research, 2(2), 445-453.
- May, K.A. (1982a). Factors contributing to first-time fathers' readiness for fatherhood : an exploratory study. Family Relations, 31 (3), 353-361.
- May, K.A. (1982b). Three phases of father involvement in pregnancy. Nursing Research, 31(6), 337-342.
- Miron, J. & Chapman, J.S. (1992). Supporting : men's experiences with the event of their partners' miscarriage. Canadian Journal of Nursing Research, (26)2, 61-72.

- Monro, B.H. (2001). Statistic methods for healthcare research, 4th Ed. New York, Lippincott.
- Murphy, F.A. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. Journal of clinical Nursing, 7(4), 325-332.
- Naziris, D. & Dragonas, T. (1994). Le passage à la paternité: une approche clinique, Psychiatrie de l'enfant, 37(2), 601-629.
- Nichols, F. H. & Zwelling, E. (1997). Maternal-Newborn Nursing, Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Obrzut, L.A.J. (1976). Expectant fathers' perception of fathering. American Journal of Fathering, 76(9), 1440-1442.
- Peppers, L.G. & Knapp, R.J. (1980). Maternal réactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry, Vol. 43, May, 155-159.
- Ponzetti, J. (1992). Bereaved families: a comparison of parents' and grandparents' reactions to the death of a child. Omega, 25(1), 63-71.
- Potvin, L., Lasker, J. & Toedter, L. (1989). Mesuring grief: a short version of perinatal grief scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11(1), 29-45.
- Puddifoot, J.E. & Johnson, M.P. (1997). The legitimacy of grieving : the partner's experience of miscarriage. Social Science Medecine, 45(6), 837-845.
- Puddifoot, J.E. & Johnson, M.P. (1999). Active, despair, and difficulty coping : some mesured characteristics of male response following their partner's miscarriage. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 17(1), 89-93.
- Robert, P. (1996). Nouvelle édition du petit robert, Montréal, Édition Dicorobert.
- Robinson, D. S. & McKenna, H.P. (1998). Loss : an analysis of concept of particular interest to nursing. Journal of Advanced Nursing, 27(4), 779-784.
- Rousseau, P. (1985). Le deuil périnatal, accompagnement de la famille, prévention des répercussions chez l'enfant, dans Collectif, Créer des liens à la naissance dans le deuil périnatal, France, Édition Frison Roche.
- Smith, A.C. & Borgers, S.B. (1988). Parental grief response to perinatal death. Omega, 19(3), 203-214.
- Stritzinger, R. & Robinson, G.E. (1989). The psychological effects of spontaneous abortion. CMAJ, 140, 799-802.

- Theut, S.K., Pedersen, F.A., Zaslow, M.J., Cain, M.A., Rabinovich, B.A. & Morihisa, J.M. (1989). Perinatal loss and parental bereavement. American Journal of Psychiatry, 146(5), 635-639.
- Thomas, J. (1995). The effects on the family of miscarriage, termination for abnormality, stillbirth and neonatal death. Child Care, health and development, 21(6), 413-424.
- Tiedje, L.B. & Darling-Fisher, C. (1996). Fatherhood reconsidered : a critical review. Research in Nursing & Health, 19, 471-484.
- Tucker-Blackburn, S. & Lopper, D. L. (1992). Maternal Fetal and Neonatal Physiology-Clinical Perspectives, New-York : Edition Saunders.
- Wallerstedt, C. & Higgins, P. (1996). Facilitating perinatal grieving between the mother and the father. JOGNN, 25(5), 389-394.
- Weaver, R.H. & Cranley, M.S. (1983). An exploration of paternal-fetal attachment behavior. Nursing Research, 32(2), 68-72.
- Zizook, S., Devaul, R.A. & Click, M.A. (1982). Mesuring symptoms of grief and bereavement, American Journal of Psychiatry, 139, 1590-1593.

ANNEXE A

Échelle de deuil périnatal

Potvin, Lasker et Toedter (1989) et traduit par Goulet et Lang, 1998

Ce questionnaire contient 48 énoncés qui évaluent les pensées et les sentiments que ressentent les personnes qui vivent un deuil. S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

Directives:

Encerclez le chiffre **1** si vous êtes **fortement en accord** avec l'énoncé ou si l'énoncé est définitivement vrai pour vous.

Encerclez le chiffre **2** si vous êtes **modérément en accord** avec l'énoncé ou si l'énoncé est presque vrai pour vous.

Encerclez le chiffre **3** si vous êtes **ni en accord ni en désaccord** avec l'énoncé ou si l'énoncé est autant vrai que faux pour vous.

Encerclez le chiffre **4** si vous êtes **modérément en désaccord** avec l'énoncé ou si l'énoncé est presque faux pour vous.

Encerclez le chiffre **5** si vous êtes **fortement en désaccord** avec l'énoncé ou si l'énoncé est définitivement faux pour vous.

Par exemple, si vous êtes **fortement en accord** avec l'énoncé : «J'aime écouter la radio», vous devriez encercler le chiffre **1**.

	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord
1. J'aime écouter la radio.....	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord
1. Je me sens déprimé.....	1	2	3	4	5
2. Je me sens vide intérieurement.....	1	2	3	4	5
3. Je ressens le besoin de parler du bébé.....	1	2	3	4	5
4. Je pleure le bébé.....	1	2	3	4	5
5. Je suis effrayé.....	1	2	3	4	5
6. Le bébé me manque beaucoup.....	1	2	3	4	5
7. C'est douloureux de repenser à ma perte.....	1	2	3	4	5
8. Je me sens à l'envers lorsque je pense au bébé.....	1	2	3	4	5
9. Je pleure lorsque je pense au bébé.....	1	2	3	4	5
10. Le temps passe tellement lentement depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5
11. Je me sens tellement seul depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5
12. Je trouve cela difficile de m'entendre avec certaines personnes.....	1	2	3	4	5

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord
13. Je n'arrive pas à faire mes activités habituelles.....	1	2	3	4	5
14. J'ai pensé au suicide depuis que j'ai perdu le bébé.....	1	2	3	4	5
15. Je sens que je me suis bien adapté à ma perte.....	1	2	3	4	5
16. J'ai laissé tomber certaines personnes depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5
17. Je me fâche contre mes amis/es et ma parenté plus que je le devrais.....	1	2	3	4	5
18. Je pense parfois que j'aurais besoin d'une aide professionnelle pour m'aider à remettre ma vie en place.....	1	2	3	4	5
19. J'ai l'impression d'exister au lieu de vivre depuis la mort du bébé.....	1	2	3	4	5
20. Je me sens plutôt à part et distant même en compagnie de mes amis/es.....	1	2	3	4	5
21. Je trouve cela difficile de prendre des décisions depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord
22. C'est merveilleux d'être en vie.....	1	2	3	4	5
23. Je prends des médicaments pour les nerfs.....	1	2	3	4	5
24. Je me sens coupable lorsque je pense au bébé.....	1	2	3	4	5
25. Je me sens physiquement malade lorsque je pense au bébé.....	1	2	3	4	5
26. Je me sens vulnérable dans un monde dangereux depuis que le bébé est mort.....	1	2	3	4	5
27. J'essaie de rire mais plus rien ne semble drôle maintenant.....	1	2	3	4	5
28. Le meilleur de moi-même est mort en même temps que mon bébé.....	1	2	3	4	5
29. Je me blâme pour la mort du bébé.....	1	2	3	4	5
30. Je me sens bon à rien depuis la mort du bébé.....	1	2	3	4	5
31. C'est plus sûr de ne pas aimer.....	1	2	3	4	5

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

	Fortement en accord	Modérément en accord	Ni en accord ni en désaccord	Modérément en désaccord	Fortement en désaccord
32. Je m'inquiète de ce que sera mon avenir.....	1	2	3	4	5
33. Être un parent en deuil veut dire être un citoyen de deuxième ordre.....	1	2	3	4	5

ANNEXE B

Échelle d'impact d'un événement stressant

Horowitz et al, 1979 et traduit par Gagnon, 1999

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

	Pas du tout	Rarement	Quelques fois	Souvent
1. Sans en avoir l'intention, je pense au bébé.....	1	2	3	4
2. J'évite de me laisser perturber quand je pense ou qu'on me rappelle mon bébé.....	1	2	3	4
3. J'essaie d'enlever mon bébé de ma mémoire.....	1	2	3	4
4. J'ai de la difficulté à m'endormir ou à dormir parce que des pensées ou des images de mon bébé me viennent en tête.....	1	2	3	4
5. J'ai des périodes d'émotions intenses lorsque je pense à mon bébé.....	1	2	3	4
6. Je rêve de mon bébé.....	1	2	3	4
7. Je m'éloigne de ce qui me rappelle mon bébé.....	1	2	3	4
8. Je me sens comme si rien n'était arrivé ou si ce n'était pas vrai.....	1	2	3	4
9. J'essaie de ne pas en parler.....	1	2	3	4

S.V.P. lisez chaque énoncé attentivement et encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre réponse. Encerclez une seule réponse par énoncé.

	Pas du tout	Rarement	Quelques fois	Souvent
10. Les images de mon bébé surgissent et repartent rapidement de ma mémoire.....	1	2	3	4
11. D'autres choses me rappellent souvent mon bébé.....	1	2	3	4
12. J'ai conscience d'avoir beaucoup d'émotions au sujet de mon bébé, mais je ne sais pas quoi faire avec celles-ci.....	1	2	3	4
13. J'essaie de ne pas penser au bébé...	1	2	3	4
14. Des souvenirs me ramènent des émotions par rapport à mon bébé.....	1	2	3	4
15. Mes sentiments au sujet de mon bébé sont en quelque sorte engourdis.....	1	2	3	4

ANNEXE C

Numéro de code _____

1. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous ?
 - a) Entre 15-24 ans _____
 - b) Entre 25-34 ans _____
 - c) Entre 35-44 ans _____
 - d) 45 ans et plus _____

2. Combien d'années de scolarité avez-vous ? _____ ans.

3. Était-ce votre première expérience de paternité ?
 Oui Non

4. Votre conjointe a-t-elle d'autres enfants ?
 Oui Non

5. Combien de pertes antérieures de grossesse avez-vous vécu ? _____

6. Depuis combien de temps vivez-vous avec votre conjointe ? _____ ans.

7. Avez-vous assisté à une échographie durant la grossesse ?
 Oui Non

8. À quel âge de grossesse s'est produit la perte ? _____ semaines

ANNEXE D

FORMULAIRE D'INFORMATION DESTINÉ AU PARTICIPANT
COMPLEXE HOSPITALIER DE LA SAGAMIE

1. **Titre :** L'impact et les réactions des hommes dont la conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse.

2. **Description de la recherche :** On vous demande de participer à une étude destinée à évaluer si les réactions des hommes, lorsque leur conjointe avorte spontanément, s'apparentent à des réactions de deuil et de vérifier l'impact de cet événement dans votre vie. Les données recueillies nous aideront à comprendre les réactions des hommes et permettront aux infirmières d'intervenir de façon plus adéquate lors de l'événement.

4. **Nature et participation :** Une assistante de recherche vous contactera par téléphone afin de confirmer votre désir de participation à l'étude et prendre rendez-vous. Votre participation consiste à répondre à une série de questionnaire. Le temps nécessaire pour les remplir est d'environ 10-20 minutes.

5. **Avantages et bénéfices sociaux et personnels :** Il n'y a aucun avantage direct pouvant découler de votre participation. À tout le moins, vous aurez contribué à l'avancement des connaissances dans le domaine. Les bénéfices à long terme dû à la reconnaissance de l'événement permettra un meilleur support et diminuera l'isolement.

6. **Risque et inconvénient :** Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Le seul inconvénient relié à cette étude est le temps que vous devrez consacrer à répondre au questionnaire.

7. **Droit de refus de participer :** Vous demeurez libre de refuser de participer, de vous retirer de l'étude en tout temps, avant et pendant la collecte de

données ou de refuser de répondre aux questions, sans préjudice à votre endroit.

8. **Les modalités prévues en matière de confidentialité :** Tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de cette étude seront traités de façon confidentielle. Les résultats des tests sont inscrits de façon anonyme et votre nom n'apparaîtra sur aucun des instruments, documents ou rapports. Un numéro est substitué à votre nom sur les documents ; les documents portant votre identité seront gardés sous clés durant la durée de la recherche et seront détruits à la fin de la recherche. Les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins statistiques. Vous avez l'assurance des personnes effectuant la recherche que l'information que vous partagerez restera strictement confidentielle.
9. **Indemnités prévues :** Aucune rémunération n'est offerte.
10. **Personnes ressources :** Si vous désirez de plus amples informations au sujet de l'étude ou si vous souhaitez nous aviser d'un contretemps ou encore de votre retrait de l'étude, vous pourrez toujours communiquer avec l'étudiante Madame Monique Gagnon au [REDACTED] Pour tout renseignement ou plainte concernant la conduite éthique du projet de recherche, vous pouvez vous adresser au Dr. Patrice Perron, président du Comité d'éthique à la recherche du Complexe Hospitalier de la Sagamie.

ANNEXE E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Institution : Complexe Hospitalier de la Sagamie

Titre de l'étude : L'impact et les réactions des hommes dont la conjointe avorte spontanément au premier trimestre de la grossesse

Nom du chercheur : **Gagnon, Monique**, infirmière, B.Sc., candidate M.Sc.Inf.

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement l'étude et qu'un formulaire d'information m'a été remis. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et l'on y a répondu à ma satisfaction.

Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Je sais que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et les résultats ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques et de publications.

Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps.

J'ai également été informé que le comité de la recherche et le comité d'éthique de la recherche du Complexe Hospitalier de la Sagamie ont approuvé le protocole de l'étude, le formulaire d'information et le formulaire de consentement.

J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à participer à cette étude.

Nom du sujet

Signature

Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement ; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche et d) que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Je certifie que toute nouvelle information qui pourrait influencer la décision du sujet à participer à l'étude lui sera communiquée verbalement et par le biais d'un feuillet d'information révisé et/ou d'une formule de consentement éclairé révisée sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront soulignés.

Signature du chercheur ou de l'assistante
de recherche

Fonction

Date

Le formulaire sera conservé sous clé pendant toute la durée de l'étude et détruit à la fin de l'étude.

Le projet de recherche, le formulaire d'information et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique à la recherche du Complexe Hospitalier de la Sagamie le 06 décembre 1999.