

---

## L'impact de la détresse sur le couple parental dans un contexte de deuil périnatal

**Auteur :** Delille, Robin

**Promoteur(s) :** Blavier, Adelaide

**Faculté :** Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

**Diplôme :** Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

**Année académique :** 2018-2019

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/7603>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

Université de Liège

Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de  
l'Éducation

Unité de Psycho-traumatismes et Psychologie Légale



---

# L'impact de la détresse sur le couple parental dans un contexte de deuil périnatal

---

Mémoire de fin d'études présenté par ROBIN DELILLE en vue de l'obtention du grade  
de Master en Sciences Psychologiques à finalité spécialisée en psychologie clinique

**Promotrice : BLAVIER Adélaïde**

**Lecteurs : BOURLET Monica**

**FOHN Bruno**

Liège, août 2019

## Remerciements

*En premier lieu, je tiens à manifester toute ma reconnaissance à Madame Blavier pour avoir accepté d'être la promotrice de ce mémoire et pour son soutien jusque dans de mes démarches administratives.*

*J'adresse aussi tout particulièrement mes remerciements à Bruno Fohn pour sa confiance et son soutien tout au long de mon parcours.*

*Je remercie Madame Bourlet et Monsieur Fohn déjà cité pour avoir bien voulu être les lecteurs de ce travail.*

*Un grand merci à Sophie Degrange pour sa participation au recrutement des participants.*

*Je voudrais aussi exprimer toute ma gratitude à tous les participants qui, en dépit des circonstances douloureuses de leur situation, ont accepté de contribuer à cette étude. Je les remercie du temps qu'ils y ont consacré et de l'accueil qu'ils m'ont réservé dans un coin de leur intimité.*

*Toute ma reconnaissance va aussi à Lola Grignard pour sa relecture et ses conseils avisés.*

*Et enfin, un tout grand merci à mes parents, François et Anne-Lise, pour leurs interventions et surtout pour leur disponibilité à toute épreuve.*

# Table des matières

---

1	INTRODUCTION GENERALE.....	7
1.1	Le choix du sujet et de l'angle de la recherche .....	8
1.2	Utilité de la recherche .....	9
1.3	Objectif de la recherche.....	10
2	PARTIE THEORIQUE .....	11
2.1	Théorie contextuelle.....	11
2.1.1	Origine de l'étude du deuil .....	11
2.1.1.1	Les premières références théoriques du deuil.....	12
2.1.1.2	Contribution des autres auteurs .....	13
2.1.2	Les types de deuils .....	14
2.1.3	Les étapes dans le processus de deuil .....	16
2.1.3.1	La trajectoire du deuil et l'attachement selon Bowlby.....	17
2.1.3.2	Le modèle en cinq étapes de Kübler-Ross.....	20
2.1.4	La notion de deuil périnatal .....	21
2.1.4.1	Les différents types de mort périnatale.....	22
2.1.4.2	Le deuil périnatal et ses spécificités .....	23
2.1.4.3	L'expérience du deuil périnatal chez les parents.....	24
2.2	Théorie conceptuelle .....	27
2.2.1	Une nouvelle approche du deuil : le modèle d'ajustement au deuil en double processus.....	27
2.2.2	Le coping dyadique comme prédicteur de la qualité de la relation .....	29
3	HYPOTHESES.....	31
4	MÉTHODOLOGIE ET ANALYSES CLINIQUES .....	32
4.1	Cadre de recherche .....	32
4.1.1	Choix méthodologique.....	32

4.1.2	Choix des participants.....	32
4.1.3	Collecte du matériau .....	34
4.1.3.1	Le guide d’entretien.....	34
4.1.3.2	Les questionnaires .....	34
4.1.3.3	Rencontre avec les personnes .....	37
4.1.4	Préparation de l’analyse.....	38
4.1.4.1	Extraction des données anamnestiques.....	38
4.1.4.2	Calcul et traitement des scores des différents questionnaires.....	38
4.1.4.3	Production du rapport sur base de l’entretien.....	42
4.2	Rapport d’analyse.....	42
4.2.1	Analyse de la situation n°1 : Amina et Adil .....	43
4.2.1.1	Anamnèse .....	43
4.2.1.2	Analyses des données récoltées : questionnaires.....	44
4.2.1.3	Analyse des données récoltées lors de l’entretien .....	45
4.2.2	Analyse de la situation n°2 : Emma et Victor.....	49
4.2.2.1	Anamnèse .....	49
4.2.2.2	Analyses des données récoltées via les questionnaires .....	49
4.2.2.3	Analyse des données récoltées lors de l’entretien .....	51
4.2.3	Analyse de la situation n°3 : Lise et Jean .....	52
4.2.3.1	Anamnèse .....	52
4.2.3.2	Analyses des données récoltées via les questionnaires .....	52
4.2.3.3	Analyse des données récoltées lors de l’entretien .....	55
4.2.4	Analyse de la situation n°4 : Aïda et Brahim.....	58
5	INTERPRÉTATION ET DISCUSSION.....	64
6	CONCLUSION .....	68
7	BIBLIOGRAPHIE.....	70
8	ANNEXES.....	77

8.1	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES .....	77
8.1.1	ECHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE.....	77
8.1.2	ECHELLE DE RESILIENCE DE CONNOR-DAVIDSON .....	82
8.1.3	INVENTAIRE DE COPING DYADIQUE.....	84
8.1.4	ECHELLE DE DEUIL PRE ET PERINATAL DE POTVIN-LASKER- TOEDTER (1989) .....	88
8.2	ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	91
8.3	ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	92



# 1 INTRODUCTION GENERALE

---

Les avancées en médecine et les progrès technologiques dans le domaine obstétrique font que le nombre de décès périnataux a nettement diminué durant ces dernières décennies. Pour ne citer que cet exemple, le nombre de mort-nés en 2016 en Belgique ne représente plus qu'un peu plus d'un cinquième de celui de 1958<sup>1</sup>. Dès lors, ce type de décès fait de moins en moins partie du décor social. Les parents y sont moins confrontés dans leur entourage et aussi peu préparés à cette éventualité du fait de sa relative rareté. Paradoxalement, alors que la perte d'un enfant est admise communément comme le pire deuil à surmonter (Sanders, 1989), le deuil périnatal, lui, semble peu reconnu. D'ailleurs, aucun terme n'existe dans le champ lexical pour désigner un parent ayant un enfant.

L'absence physique de l'enfant et de sa différenciation, qui contraste avec le surinvestissement des parents dans leur objet d'amour, agit comme une contrainte de plus quant à l'ajustement de ces derniers à la situation de deuil périnatal. Cette caractéristique distingue ces situations des deuils plus classiques qui concernent généralement la perte d'une relation, d'un passé et d'une histoire. Le deuil périnatal, quant à lui, représente la perte d'un projet et de l'avenir : là où ils attendaient la vie, les deux parents se confrontent brutalement et simultanément à la mort.

Partant de ces principes, nous avons trouvé intéressant d'essayer de comprendre comment un couple pouvait être impacté par l'irruption d'un tel évènement dans leur vie. Suivant cette logique, nous nous sommes aussi interrogés sur les conséquences qu'un deuil périnatal pouvait avoir sur la qualité perçue du couple et de sa cohésion. Ensuite, nous avons tenté de comparer les stratégies déployées par chacun de ses membres pour s'ajuster à la perte.

Pour ce faire, nous avons rencontré quatre couples en situation de deuil périnatal, recrutés au CHR de la Citadelle. Nous avons proposé aux huit participants, de manière individuelle, de répondre à quatre questionnaires standardisés en lien avec les thématiques de la résilience, du deuil et du couple, ainsi que de participer avec leur partenaire à un (ou deux) entretien(s) semi-structuré(s).

Ensuite, nous présenterons la revue de littérature en lien avec notre thématique depuis l'origine de l'étude du deuil, en passant par une description et une critique des modèles du deuil plus

---

<sup>1</sup> <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/mortalite-foeto-infantile#figures>



anciens jusqu'aux théories plus actuelles. Nous mettrons en lumière les spécificités du deuil périnatal ainsi que sur l'expérience du deuil en couple ou suivant le genre. S'en suivront des concepts qui serviront à appréhender l'interprétation des données récoltées ainsi qu'un modèle intégratif plus récent afin de rendre compte des mouvements d'oscillations entre la perte et la restauration dans le processus de deuil du couple et de ses membres.

Ensuite, nous décrirons de manière la plus précise possible le cadre de la recherche en expliquant nos choix méthodologiques et en présentant notre rapport d'analyse. C'est seulement au terme de toutes ces étapes que nous dévoilerons nos interprétations et la discussion, pour enfin conclure et évoquer les différentes perspectives envisageables à partir de nos conclusions.

### **1.1 Le choix du sujet et de l'angle de la recherche**

Nous avons orienté cette recherche sur la thématique des effets particuliers de la détresse sur les membres du couple parental dans un contexte de perte périnatal pour plusieurs raisons. Tout d'abord, lors de la réalisation d'un stage au sein du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, la rencontre avec plusieurs couples, plusieurs familles ayant perdu un enfant en cours de grossesse a mis en évidence parmi les questions et les doutes qui pouvaient traverser les parents, les différentes stratégies mises en place pour y faire face, des divergences perceptibles entre les membres du couple. Sous le choc de l'annonce du diagnostic, les membres du couple peuvent-ils comprendre des réactions différentes et rester partenaires face à cet évènement ? Comment parler de sa souffrance si l'autre fuit le sujet ? Quel soutien peut trouver le père alors qu'en général c'est la mère qui occupe le centre de l'attention de l'entourage et des intervenants ? Ce type de questions reflète assez bien la problématique sur laquelle porte ce mémoire : l'influence de la détresse sur le couple parental dans un contexte de deuil périnatal. Cette relation, si elle a déjà été examinée par le passé, notamment dans des contextes de deuils plus classiques, est d'autant plus intéressante qu'elle s'inscrit dans la virtualité de la grossesse et est donc différemment appréhensible pour le conjoint qui n'a pas porté pas l'enfant en son sein. Il y a donc un décalage entre ce qu'exprime chacun des parents, leur façon de faire face. Les différences se manifestent aussi dans l'expression du ressenti et génèrent parfois un sentiment d'incompréhension chez le partenaire. Cela met en avant qu'il est probable que le besoin d'accompagnement soit lui aussi différent.

Aussi, nous avons orienté cette recherche en psychologie clinique pour différentes raisons. Premièrement, dans le cadre du stage, ce sont des entretiens essentiellement cliniques que nous avons réalisés. Ces rencontres avec les patients nous ont fait prendre conscience de l'intérêt du lien qui s'établit par la parole dans le travail thérapeutique. C'est donc sous l'angle de la psychologie clinique que nous tentions de comprendre les individus, leur parcours et leurs actes afin de proposer un cadre ou des interventions au plus près des besoins des patients. Cependant, nous avons quand même trouvé utile de proposer quatre questionnaires pour obtenir des mesures précises sur chaque participant. Nous développerons leur forme et leur rôle dans la description de la partie empirique de ce mémoire. La dernière raison qui justifie que nous réalisions cette recherche uniquement sur le mode de la clinique, et non statistique, et uniquement sur l'impact de la détresse sur le couple et leurs membres est qu'il faut que nous tenions compte des limites d'un mémoire. Nous ne saurions, durant ce travail, aborder tous les aspects qui entrent en jeu, ni toutes les méthodes possibles pour « épuiser » le sujet. Nous sommes donc obligés de faire des choix et de limiter nos recherches à un seul champ.

### **1.2 Utilité de la recherche**

Se pencher sur le problème de l'incidence de la détresse sur le couple parental mais aussi sur les différences d'effet entre le père et la mère dans un contexte de deuil périnatal peut déjà se justifier par les changements de la place ou des représentations de la place du père dans le cercle familial et plus largement dans la société en général. De plus, chercher à comprendre le sens du lien entre les difficultés liées au deuil et celles liées à la famille ou à ses membres peut aider à décroquer la psychologie du deuil de celle du couple. La compréhension d'une éventuelle différence de réaction des pères et des mères confrontés au deuil pourrait donner des pistes d'action pour mieux cibler les interventions sur les difficultés spécifiques voire sur leur gestion dans le couple et d'ajuster les pratiques. Cette étude ajoutera peut-être quelque chose aux savoirs actuels en matière de deuil périnatal. Notre recherche est cependant très modeste car elle ne se base que sur le témoignage de huit participants (quatre couples). Les conclusions ne pourront pas se généraliser à toutes les personnes en situation de deuil périnatal. Toutefois, nous espérons que quelques éclairages en découleront et pourront ouvrir d'autres pistes de recherche : par exemple, cerner plus en profondeur les différences de processus de deuil entre les conjoints et l'origine de celles-ci pourrait orienter une autre recherche plus statistique pour mettre en avant les récurrences.

### **1.3 Objectif de la recherche**

Ce mémoire aura pour objectif d'établir, au travers de plusieurs rencontres cliniques, comment la détresse parentale affecte la façon dont s'effectue un processus de deuil périnatal chez les membres d'un couple et sur le couple lui-même.

Nous en sommes arrivés à la question suivante : Comment s'élabore, au travers des représentations des personnes, le processus de deuil au sein du couple ?

L'objectif de ce projet de recherche est donc d'évaluer le niveau de fonctionnement dans le couple parental à la suite d'un décès périnatal et de comprendre comment la dynamique conjugale peut être affectée positivement ou négativement quand les stratégies de coping employées par chaque membre du couple diffèrent.

## 2 PARTIE THEORIQUE

---

### 2.1 Théorie contextuelle

#### 2.1.1 Origine de l'étude du deuil

Afin de mieux comprendre les différentes théories qui entourent le deuil, il est essentiel de retracer l'évolution de son concept au fil du temps.

Aussi loin que l'on remonte dans le temps, les données historiques et contemporaines indiquent que la perte d'un être cher a toujours eu un impact sur la vie de ceux qui en faisaient l'expérience. L'impact de la mort des humains sur la vie des survivants est décrit depuis que l'homme a maîtrisé l'écriture et ce dernier n'a depuis cessé de s'exprimer à ce sujet. Aujourd'hui encore, la littérature, scientifique ou non, aussi bien que l'art sous toutes ses formes ont traité du sujet de la thématique de la mort.

La mort – et la notion de deuil qui lui est corollaire – est un phénomène universel qui concerne l'ensemble des individus, quel que soit leur genre, leur âge ou leur culture. Aussi, en dehors du sens commun, l'étude et la compréhension du deuil s'appuient sur de nombreuses sources théoriques. Selon Zech (2006), ces sources peuvent être subdivisées en trois grands champs d'investigation :

- Les études sur les pertes et leurs conséquences ;
- Les études sur les processus ou styles d'attachement entre personnes ;
- Les études sur les stressseurs ou traumatismes psychologiques.

Pendant longtemps, ces champs d'investigation ont été abordés et étudiés de façon indépendante, sans confronter et relier les résultats qui émergeaient des deux autres domaines. Il faut cependant surmonter cette limite afin d'obtenir une vision plus holistique des processus sous-tendant le deuil.

Les premiers écrits scientifiques ayant eu pour objet le deuil sont apparus entre le 17<sup>ème</sup> et 19<sup>ème</sup> siècle : on voit à cette époque des scientifiques, notamment Burton (1621) ou Rush (1835), qui affirment que le deuil peut être considéré comme une cause potentielle de maladie physique ou mentale. C'est seulement au début du 20<sup>ème</sup> siècle qu'on observera des études plus approfondies sur le deuil.

### **2.1.1.1 Les premières références théoriques du deuil**

En 1915, Freud publie son célèbre ouvrage « Trauer und Melancholie<sup>2</sup> » qui introduira le premier modèle de référence du deuil (Hagman, 2001; Zech, 2006). Dans ce texte, Freud s'appuie sur ses nombreuses observations cliniques pour y décrire les similitudes et les différences entre la mélancolie et le deuil normal. Son intérêt se porte alors sur les multitudes de formes cliniques que la mélancolie revêt, sa description étant parfois source d'ambiguïté. Il associe donc mélancolie et deuil, mais se penche essentiellement sur la compréhension des mécanismes sous-tendant la mélancolie et c'est uniquement dans cette optique qu'il va évoquer le deuil. Il décrit ce dernier comme étant « *la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, comme la patrie, la liberté, un idéal, etc.* » (1915, p. 13).

Il observe également qu'un individu, après avoir fait l'expérience de la perte d'un être cher, présente les mêmes symptômes qu'une personne mélancolique : une baisse motivationnelle, une perte ou une diminution de l'intérêt pour le monde extérieur, l'impossibilité pour l'endeuillé de s'investir dans un nouvel objet d'amour et l'abandon de toute activité qui ne serait pas directement en lien avec le défunt (Freud, 1917). On retrouve les mêmes symptômes chez la personne endeuillée que chez le mélancolique, à l'exception de la dépréciation de soi. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que chez la personne en situation de deuil, c'est le monde qui, suite à la perte, est devenu vide et pauvre, tandis que chez la personne mélancolique, c'est le Soi lui-même. Freud ne considère pas les manifestations et réactions d'un individu face à la perte comme étant de nature pathologique.

C'est également Freud qui va introduire le terme « *trauerarbeit* », qui peut être traduit par « travail de deuil ». Ce travail de deuil est un processus intrapsychique tout à fait normal et universel qui consiste à transformer le vécu d'une perte, en désinvestissant l'énergie psychique de l'objet d'attachement et des liens qui l'unissent à la personne endeuillée. Cela implique que la personne endeuillée procède au retrait progressif de sa libido vis-à-vis de l'objet perdu, et ensuite pouvoir la réinvestir vers de nouveaux objets.

En d'autres termes, cette énergie – la libido – qui a été en quelque sorte déchargée à travers toutes les interactions avec un objet ne trouve plus le moyen de se libérer en son absence. La douleur émotionnelle est le fruit de l'accumulation de cette énergie, qui ne peut se satisfaire et se trouve en constante recherche de l'objet ainsi perdu. À travers cette logique, la guérison est donc le processus de redirection de la libido vers des objets d'attachement avec lesquels la

---

<sup>2</sup> Deuil et Mélancolie

décharge peut avoir lieu. Ce processus – aussi douloureux soit-il – est nécessaire pour garantir un certain équilibre psychologique et un renouvellement de la motivation d’aimer (Freud, 1915; Hagman, 2001).

La réalité de la perte finit normalement par s’imposer, on parle dans ce cas de résolution du deuil, mais ce processus se réalise plutôt lentement et est souvent coûteux, car il déploie un temps et une énergie psychique considérable. Il arrive cependant que le deuil ne se trouve pas résolu, enfonçant alors l’individu dans un deuil pathologique ou dans la mélancolie. Ce type d’issue est, selon Freud (1915), peu fréquent et aurait tendance à se produire quand la personne défunte a été l’objet d’un amour ambivalent et d’un attachement excessif voire violent.

Les écrits de Freud ont eu, dans le domaine du deuil, une influence très importante sur les recherches qui ont suivi sa parution et constitue encore aujourd’hui la base théorique.

### **2.1.1.2 Contribution des autres auteurs**

Cette section dresse un portrait des différentes définitions du deuil proposées par les auteurs qui, ultérieurement à Freud, se sont penchés sur l’étude de ce concept. Parmi ces derniers, nous pouvons retenir Lindemann (1944), Bowlby (1978), Kübler-Ross (1975), Hanus (1998), Bacqué (2000) et de Broca (2010).

De son côté, Lindemann (1944), en se basant sur ses recherches auprès d’un large échantillon de personnes endeuillées d’une petite bourgade des Etats-Unis, insistait sur le fait que le deuil est non seulement une réponse à la perte d’un être cher, mais que son déroulement s’organiserait en une série d’étapes – ou d’événements – qui bouleverserait les habitudes de la personne en situation de deuil. Après analyse des approches de Freud sur le deuil, Bowlby (1978), plus de trente ans plus tard, établissait quant à lui que le deuil constituerait le versant négatif de l’attachement, car résultant d’une rupture entre la figure d’attachement et l’individu (Seguin & Frechette, 1995). Ce processus de détachement est une réaction tout à fait logique et naturelle face à la séparation (Bacqué & Hanus, 2009).

Plus récemment, Bourgeois déclarait que : *Le deuil se définit comme la perte par le décès d'une personne proche, aimée "significative" (on élargit souvent, métaphoriquement, cette définition à d'autres types de perte). Cette perte et cette séparation vont entraîner une souffrance et un processus biopsychosocial de changement qui exige une adaptation* (2003, p. 1).

Cet auteur souligne l’extrême diversité des situations de deuil ainsi que leur caractère potentiellement traumatisant, majoré par exemple par la survenue d’un décès soudain ou

inattendu, tel que dans les situations de suicide, d'homicide ou encore, comme nous le verrons plus tard, pour les cas de mortinatalité (Bourgeois, 2003).

Zech élargit toutefois la notion de deuil en affirmant que son processus est semblable à la majorité des types de perte, car c'est en effet l'investissement affectif dirigé vers l'objet de la perte qui est impliqué dans le processus de deuil : « *le deuil, dans son sens large, représente l'ensemble des réactions qui font suite à n'importe quelle perte d'objet* » (2006, p. 9).

On remarque donc assez rapidement que, dans la littérature scientifique, plusieurs définitions du concept de deuil se dessinent. Malgré ces quelques nuances entre théoriciens, une certaine cohérence se dégage et l'on décrit généralement le deuil comme étant une situation de perte – d'une personne aimée, d'un être cher – qui peut, dans certains cas et à des degrés différents, entraîner des traumatismes physiques et psychiques (de Broca, 2010; Hanus, 1998). Il s'agit d'un phénomène complexe et multidimensionnel, susceptible de toucher tous les individus indépendamment de leur groupe d'âge ou de leur culture. Bien que les réactions de ces individus soient décrites comme universelles, elles peuvent néanmoins varier selon le contexte social et culturel dans lequel ils évoluent (Hanus, 1998; Zech, 2006).

Dans le cas d'une mort périnatale, comme décrit plus précisément dans le chapitre suivant, certaines personnes peuvent faire face à de graves perturbations dans le cours habituel de leur processus de deuil, entraînant parfois des conséquences importantes sur le plan physique et psychologique. À partir de ce constat, plusieurs auteurs ont établi une distinction entre un deuil normal, un deuil pathologique et un deuil compliqué (Bacqué & Hanus, 2009 ; Seguin & Frechette, 1995).

### **2.1.2 Les types de deuils**

Comment faire la différence entre un deuil normal et un deuil pathologique ? La réponse est nettement moins évidente qu'il n'y paraît, car des variations existent quand il s'agit de délimiter leur concept (Bacqué, 2000 ; Zech, 2006). Distinguer le normal de l'anormal, le pathologique du non-pathologique est une tâche qui se révèle compliquée : Stroebe et al. (2000) pointe le fait que, jusqu'en 1984, l'American Psychiatric Association excluait, dans son DSM III<sup>3</sup>, le deuil comme maladie psychiatrique. Il faut attendre 1994, après de nombreuses études, pour

---

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

que des chercheurs se prononcent en faveur de son inclusion dans le CIM-10<sup>4</sup> et dans le DSM IV.

Bacqué introduit sa définition du deuil normal comme étant : « *un phénomène normal même s'il prend à son début tous les aspects d'une affection pathologique.* » (2000, p. 55). Hanus rejoint cette idée en affirmant que : « *le deuil normal, qui est de loin le plus fréquent, est celui que vit une personne sans troubles particuliers lorsque les circonstances de la mort sont habituelles* » (2006, p. 349).

Selon Bourgeois (2003), la majorité des auteurs s'entendent pour affirmer qu'en règle générale, 20% des personnes endeuillées vivent une perturbation ou un blocage dans leur processus de deuil. On parle dans ce cas d'un deuil pathologique ou compliqué. Bacqué mentionne à ce propos que les deuils compliqués ont un « *déroulement inhabituel, mettant souvent à défaut la chronologie du deuil* » (2000, p. 72), mais qui n'aboutit pas à une maladie mentale caractérisée. En revanche, les deuils dits pathologiques vont entraîner des modifications graves de l'état mental (décompensation d'une personnalité névrotique ou psychotique ou le développement d'un comportement dangereux pour l'entourage de l'endeuillé ou de l'endeuillé lui-même).

Le deuil pathologique et le deuil compliqué ont tendance à se manifester suite à des réactions de deuil plus ou moins prolongées ou suite à l'intensification de ces dernières. Ces deux types de deuil sont souvent ponctués de certains types de symptômes, comme la dépression chronique, des troubles du comportement ou d'anxiété (Bacqué & Hanus, 2009; Zech, 2006). Le deuil compliqué se subdivise généralement en trois catégories, à savoir : (a) le deuil différé, (b) le deuil inhibé et (c) le deuil chronique (Bacqué, 2000; Zech, 2006).

Le deuil différé se caractérise par la prolongation d'un mécanisme de défense, qui consiste d'abord à ne pas intégrer ou refuser la réalité de la perte. Ce déni, en persistant dans le temps, va en quelque sorte retarder l'engagement réel dans le deuil ainsi que l'expression des affects qui lui sont associés (Philippin, 2006).

Le deuil inhibé signifie quant à lui que la personne endeuillée, même si elle a bien conscience de la réalité de la perte, ne manifeste pas les expressions affectives normalement présentes en situation de deuil (Bacqué & Hanus, 2009). Cette absence d'émotion pourrait expliquer la plus

---

<sup>4</sup> Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision



haute fréquence de troubles somatiques chez les individus qui présentent ce type de deuil (Philippin, 2006).

Le deuil chronique, comme son nom semble l'indiquer, demeure en quelque sorte figé et se prolonge sur une durée indéterminée, ses effets faisant obstacles à la progression normale de l'élaboration du deuil : la personne endeuillée peut, face à cette absence d'évolution, s'enliser dans une dépression chronique (Philippin 2006; Zech, 2006).

Enfin, les deuils pathologiques vont, contrairement aux deuils compliqués qui se caractérisent plutôt par des changements d'ordre quantitatif vis-à-vis des manifestations du deuil, faire état de véritables troubles d'ordre qualitatif et être marqués par la survenue d'une maladie physique ou mentale. Le deuil est alors ici non pas la cause de la maladie, mais bien son déclencheur chez une personne dont l'équilibre – bien que précaire – ne laissait cependant pas transparaître de signaux cliniques observables (Philippin, 2006; Bacqué & Hanus, 2009).

En bref, chaque personne vit son deuil de manière unique, ce dernier étant influencé par plusieurs facteurs : aux variables socio-culturelles et économiques (ressources sociales, statut socio-professionnel, religion et croyances) et psychologiques (traits de personnalité, type de relation avec le défunt, etc.) vont s'ajouter les caractéristiques personnelles de la personne endeuillée (âge, sexe, état de santé, etc.) ainsi que des facteurs tels que les circonstances entourant la perte (Zech, 2006; Bacqué & Hanus, 2009). À partir de ce constat, il est impossible de distinguer avec une précision absolue à quel moment le deuil est normal, compliqué ou pathologique, tant les réactions possibles des individus face à la perte d'un être cher sont diverses et variées (Zech, 2006). Pourtant, la présence de facteurs, tels que l'intensité, la durée des réactions psychologiques ou physiques, un blocage dans le courant de certaines phases du deuil, ou encore de certains symptômes, pourraient constituer une indication de son caractère compliqué ou pathologique (Zech, 2006).

### **2.1.3 Les étapes dans le processus de deuil**

Le travail de deuil, contrairement à l'idée générale, n'est pas un mécanisme stable et préétabli, mais plutôt un processus dynamique, en constante évolution dans le temps (Seguin & Fréchette, 1995). Malgré la variation des réactions des personnes endeuillées, plusieurs auteurs ont décidé de créer des modèles conceptuels du deuil (Zech, 2006). Selon certains auteurs, comme Roure et al. (2001), le travail de deuil serait une succession d'étapes ou de phases par lesquelles un individu devrait passer afin de résoudre son deuil.

Lindemann (1944), par exemple, a essayé d'élaborer son modèle en se basant sur les observations cliniques de personnes traumatisées par la perte d'un être cher à la suite d'un incendie. D'autres auteurs se sont en revanche basés sur l'expérience de patients en phase terminales (Kübler-Ross, 1973-1975) ou de celles de personnes endeuillées (Hanus, 1998 ; de Broca, 2010). De son côté, Bowlby (1961,1980) a décrit, à partir de ses théories sur l'attachement, l'ensemble des processus psychologiques déclenchés par une perte.

Si cette vision linéaire de la trajectoire du deuil a parfois été remise en question par des auteurs plus récents, dont notamment Stroebe et Schut, l'importance de ces modèles explicatifs est indéniable. Nous allons donc, dans le chapitre suivant, présenter certains de ces auteurs ainsi que leurs théories respectives.

### **2.1.3.1 La trajectoire du deuil et l'attachement selon Bowlby**

La théorie de l'attachement de Bowlby (1978-1984) est probablement une des contributions les plus importantes et un des concepts-clés vis-à-vis des théories qui entourent le deuil (Fraley & Shaver, 1999). Cet attachement intervient comme un type particulier de lien affectif impliquant un sentiment de sécurité et la théorie de Bowlby qui en découle offre un cadre d'analyse des réactions normatives face à une perte. Elle est également utilisée comme cadre conceptuel qui propose des moyens utiles pour désigner les différences individuelles dans les réactions de deuil (Zech, 2006).

Un système de classification reprenant les divers styles d'attachement a été conçu par Ainsworth (1992) dans lequel une distinction est faite entre un attachement sécurisant et un attachement insécurisant pouvant être de type évitant, ambivalent ou désorganisé (Bee & Boyd, 2003). Les recherches, dans leur ensemble, semblent confirmer que l'expérience du deuil est influencée par la qualité de l'attachement (Stroebe et al., 2012).

En 1980, Bowlby élargit la définition du concept de deuil à l'ensemble des processus psychiques, conscients et inconscients, provoqué par la perte. D'après lui, la rupture du lien serait la cause du trouble émotionnel et affectif survenant au début du processus de deuil chez la personne endeuillée (Bowlby, 1980 ; cité par Djiba, 2014).

Bowlby (cité par Delage & Cyrulnik, 2010) écrit d'ailleurs que : *le deuil sain est la tentative réussie chez un individu d'accepter l'existence d'un changement dans son environnement extérieur, suivi de la modification corrélée de son monde de représentation interne et de la réorganisation, voire de la réorientation de son comportement d'attachement (p. 23).*

Les individus endeuillés vont traverser, selon Bowlby (1961, 1980), quatre phases, que nous allons décrire ci-dessous tout en essayant de les relier avec la thématique plus particulière qu'est le deuil périnatal :

- « *La phase de choc et d'engourdissement* » qui constitue, pour Bowlby (1978-1984), la toute première étape du processus de deuil. Dans une situation de deuil périnatal, cette phase commence souvent à l'annonce du diagnostic du décès ou de la mort de l'enfant en cours de grossesse. Les parents, face à la nouvelle, décrivent un sentiment de choc, de consternation et d'irréalité (Beaudet & de Montigny, 1997 ; Bowlby, 1978-1984). Selon Zech (2006), le choc et la brutalité de la perte peuvent plonger certains parents dans un état presque léthargique, rendant les manifestations émotionnelles indécélables. Pour d'autres parents, cette phase peut être vécue dans une succession de pleurs et de crises, occasionnant un réel effondrement émotif (Beaudet & de Montigny, 1997). Cette première étape du travail de deuil peut être également accompagnée par des crises de colère, de désespoir ou d'angoisse et est susceptible de durer de quelques heures jusqu'à plusieurs jours (Bowlby, 1978-1984 ; Zech, 2006).
- Après, lors de la *phase d'incrédulité*, la personne endeuillée refuse souvent de croire en la validité du diagnostic, parfois contesté avec véhémence, certaines personnes demandant même un deuxième avis médical avant que l'idée de la mort de leur enfant ne soit acceptée. (Bowlby, 1978-1984). À cette étape, toute une série d'émotions va être exprimée, incluant des pleurs ou de la frustration voire de la colère, et souvent accompagnée d'un sentiment de confusion, d'incrédulité ou d'isolement. Confrontés à un sentiment d'injustice ou de culpabilité, il arrive également que les parents se blâment ou blâment les professionnels de la santé (Beaudet & de Montigny, 1997 ; Perry, 2006). Au fur et à mesure que ces émotions diminuent, l'incrédulité des parents cède place à la résignation (Bowlby, 1978-1984). Pour l'entourage et pour les différents membres de la famille, cette période se révèle particulièrement difficile. La perte d'appétit ou de sommeil sont assez courantes dans cette phase.
- Ensuite, au cours de la *phase de désorganisation*, les personnes endeuillées vont prendre conscience du côté irrémédiable de la perte, sans pouvoir pour autant l'accepter (Bowlby, 1978-1984). Malgré le caractère récent du lien entre les parents et l'enfant, les réactions globales sont peu différentes des autres types de deuil. Cette phase est

marquée par la douleur et le désespoir et les personnes qui la traversent vont vivre une période de désorganisation, touchant à la fois leur personnalité mais aussi l'entière de leur univers. Elle peut être le moteur d'une véritable crise existentielle (Bowlby 1978-1984). Pour Beaudet et de Montigny (1997), c'est durant cette période que l'on va assister à une redéfinition des croyances et des valeurs, notamment sur le sens de la vie et de la mort, de la vie professionnelle et familiale ou encore des relations que l'individu entretient avec son entourage. Pour ces deux auteurs, cette phase est celle de la résignation et de la recherche du sens. Au fil du temps, l'intensité des réactions et symptômes du deuil diminuant, les parents commencent à chercher à se réorganiser (Bowlby 1978-1984 ; Zech, 2006). Le retrait social ainsi que le manque d'intérêt pour les activités quotidiennes sont assez typiques de cette étape (Zech, 2006).

- Enfin, la *phase de réorganisation* est, dans le modèle de Bowlby, la dernière phase du processus de deuil. C'est au cours de cette étape que les parents commencent graduellement à s'adapter au décès de leur enfant et tente de donner un sens à la perte. Même si les sentiments de tristesse ou d'anxiété peuvent encore exister, on observe chez les parents une recherche de soutien social voire une possible reprise des activités précédemment délaissées (Beaudet & de Montigny, 1997 ; Bowlby, 1978-1984).

Il semble ici évident, dans le modèle de Bowlby, que la trajectoire du deuil suit des étapes assez distinctes, sous-tendues par plusieurs processus psychologiques. Plusieurs études ont mis en lumière le fait que la qualité de la relation entre parents influence grandement le caractère favorable ou défavorable de l'évolution du deuil (Bowlby, 1978-1984, Beaudet & de Montigny, 1997 ; Barr, 2006). En effet, le fait que les parents vivent ensemble et en même temps les différentes phases du deuil permet à ces derniers de se soutenir mutuellement ou se reconforter : l'issue du deuil est donc plus favorable. Si, au contraire, les parents sont en décalage au niveau des étapes, la famille ou le couple peut en quelque sorte se désagréger connaître des complications au niveau de leur processus de deuil (Beaudet & de Montigny, 1997).

La théorie de l'attachement continue de garder une place centrale dans les recherches qui concernent le processus du deuil, même si les étapes préalablement décrites ne sont plus utilisées dans les recherches et études plus récentes (Stroebe, Schut & Boerner, 2010 ; Stroebe & Schut., 2015 ;).

Les chercheurs actuels, dont notamment Stroebe et Schut, se réfèrent plutôt au style d'attachement qui liait la personne endeuillée au défunt dans le but d'examiner la manière dont ce lien évolue après le décès de la personne. D'après leurs recherches, les personnes ayant bénéficié d'un attachement sécurisé auront plus de chance de vivre un deuil « sain » et « normal », sans être submergées par ce dernier. Elles seront donc capables de mettre en place de nouvelles stratégies d'adaptation et de réajuster le lien d'attachement qu'elles entretenaient avec la personne décédée (Stroebe, Schut & Boerner, 2010).

Bowlby (1980, cité par Stroebe & Schut, 2015) a également mis en évidence l'influence que pouvait avoir les circonstances entourant la perte sur le processus de deuil, notamment en cas de mort soudaine et inattendue. Selon lui, les personnes qui ont entretenu un lien étroit avec la personne décédée et dont la mort a été inattendue ont éprouvé plus de difficultés à faire face au deuil.

### **2.1.3.2 Le modèle en cinq étapes de Kübler-Ross**

Kübler-Ross, psychiatre suisse renommée, a conduit ses recherches en se basant sur de nombreuses interviews menées auprès d'une population de cancéreux en phase terminale. En 1969, elle publie son premier livre, « On death and dying<sup>5</sup> », en prenant le soin de préciser que son ouvrage n'est pas un manuel ou une recherche appuyée sur des études en psychologie mais plutôt un recensement de toutes ses expériences et observations cliniques.

À partir de ces expériences de terrain, composées de nombreux entretiens et rencontres avec des patients en phase terminale, Kübler-Ross (1969) et son équipe ont essayé de synthétiser les différentes stratégies de coping mises en place par ces patients avant leur mort. C'est de cette manière que les désormais célèbres « cinq étapes du deuil » ont vu le jour. Ces étapes ne concernent évidemment pas les éventuels changements physiques auxquels les personnes mourantes sont confrontées, mais décrivent plutôt la manière dont ces dernières se préparent psychologiquement à l'idée de leur mort prochaine. C'est uniquement par la suite que Kübler-Ross va les appliquer à d'autres types de perte, telle la mort d'un être significatif, la perte d'un emploi, une rupture amoureuse, etc.

Les cinq étapes du deuil sont respectivement le déni, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation. Si le modèle a été souvent évoqué dans le passé et est une base de référence pour les personnes travaillant dans le domaine de la santé et plus particulièrement dans

---

<sup>5</sup> Traduit en français sous le titre : « Les derniers instants de la vie »

l'accompagnement de fin de vie, il est de plus en plus critiqué. En effet, son caractère linéaire et rigide ne rend pas compte de la complexité et la singularité des processus sous-tendus dans la perte d'un être cher. Les auteurs de ce modèle vont eux-mêmes combattre cette idée, dès l'introduction de leur dernier ouvrage « *On Grief and Grieving*<sup>6</sup> » :

*Depuis que nous avons présenté ces cinq phases du deuil, il y a trente ans, leur définition a évolué, car ces notions ont parfois été mal comprises. Jamais il n'a été question de diviser l'évolution d'un processus complexe en paliers clairement distincts les uns des autres. [...] Tout le monde ne passe pas forcément par ces cinq étapes et les réactions ne suivent pas toujours le même ordre. (Kübler-Ross & Kessler, 2011).*

Comme le soulignent également Schuchter & Zisook (1993) dans le « Handbook of bereavement<sup>7</sup> », les cinq étapes du deuil décrites par Kübler-Ross ne sont pas un processus continu et linéaire, un guide ou un canevas que l'endeuillé devrait suivre point par point, mais sont plutôt composé de phases souples qui peuvent se chevaucher et qui vont varier selon les personnes et les types de deuil.

#### **2.1.4 La notion de deuil périnatal**

La perte d'un bébé avant sa naissance, appelée aussi mort périnatale, constitue un événement tragique, pouvant engendrer des conséquences sur l'individu qui le vit tant sur le plan physique et psychologique que sur le plan social. La mort d'un enfant en cours de grossesse, en comparaison avec d'autres pertes (parents, conjoints, etc.), présente de nombreuses différences et singularités, qui rendent sa définition particulièrement difficile à établir (Barfield, 2011 ; Malacrida, 1998).

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit, depuis 1977, la mort périnatale comme « la perte survenue entre la 22<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (ou quand le fœtus a atteint un poids minimum de 500 grammes) et le 7<sup>ème</sup> jour de vie (Lander, 2006). La majorité des auteurs privilégie cette définition même si l'on observe parfois certains spécialistes l'adapter à leur propre réalité de terrain. (World Health Organisation, 2006).

Au-delà de cette définition, le décès périnatal peut être désigné dans la littérature scientifique par différents termes. Ces termes permettent de distinguer les différents types de

---

<sup>6</sup> Traduit en français par : « Sur le chagrin et sur le deuil »

<sup>7</sup> Traduit en français par : « Le manuel du deuil »

perte généralement associés au deuil périnatal, c'est-à-dire : (a) la fausse couche, (b) la mortalité fœtale, (c) la mortalité néonatale et (d) l'interruption médicale de grossesse (IMG).

Même s'il semble adéquat de définir chacun de ces termes, on abordera, dans le cadre de ce mémoire, uniquement les situations de mort fœtale et d'interruption médicale de grossesse. J'expliquerai ce choix méthodologique dans la section « Méthodologie ».

### **2.1.4.1 Les différents types de mort périnatale**

#### 2.1.4.1.1 La fausse couche

Le terme « fausse couche », aussi appelé « avortement spontané », est défini de la façon suivante : « *décès d'un embryon ou d'un fœtus non viable pesant moins de 500 grammes qui survient au cours des 20 premières semaines de grossesse* » (Chan, 2011, p. 3). Relativement fréquente, elle concerne 12 à 24% des grossesses (Caster, Misri & Tomfohr, 2007). Il est intéressant de noter que l'OMS n'inclut pas les fausses couches dans leur définition du deuil périnatal. Pourtant, la plupart des auteurs traitant de cette thématique autant que les acteurs de terrain ne font pas de distinction nette et marquée entre la fausse couche et les autres affections, du point de vue de leurs recherches ou de la prise en charge des parents endeuillés (Soubieux, 2009).

#### 2.1.4.1.2 La mortinatalité fœtale

La mort fœtale – appelée aussi mortinaissance – est définie comme : *le décès avant l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, indépendamment de la durée de la gestation; le décès est indiqué par le fait qu'après cette séparation, le fœtus ne respire, ni ne manifeste aucun autre signe de vie, tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté.* (OMS, 2006). Le bébé ou le fœtus ne doit, dans ces situations, ne présenter aucun signe vital à sa naissance.

#### 2.1.4.1.3 La mortalité néonatale

L'Organisation Mondiale de la Santé (2006) par donne pour définition de la mortalité néonatale : *La mortalité néonatale est l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28e jour de vie. On distingue la « mortalité néonatale précoce », pour les décès durant la première semaine, de la « mortalité néonatale tardive », pour ceux des trois semaines suivantes.* Elle est souvent mise en relation avec des cas de prématurité à la naissance, de malformations ou encore du syndrome de mort subite du nourrisson.

#### 2.1.4.1.4 L'interruption médicale de grossesse

Confrontés à un problème de santé grave voire incurable chez le fœtus (comme une anomalie chromosomique ou une malformation) ou si la grossesse pose un danger pour le pronostic vital ou psychiatrique de la mère, certains parents sont parfois confrontés à la décision d'interrompre cette dernière. (Gaudet, Séjourné, Allard & Chabrol, 2008). On parle dans ces cas-là d'interruption médicale de grossesse (IMG). Les progrès dans le domaine médical, notamment en matière de dépistage et de diagnostic prénatal, ont permis l'identification, tôt dans la grossesse, d'un certain nombre de maladies génétiques ou d'anomalies fœtales. Ce facteur explique probablement le recul du taux de morts fœtales ou prénatales que l'on attribue généralement à des anomalies congénitales, comme l'expliquent certains auteurs (Garel et al., 2001).

#### **2.1.4.2 Le deuil périnatal et ses spécificités**

Le deuil a pour caractéristique la brutalité, la soudaineté avec laquelle la perte survient. Aucun parent ne se prépare, en effet, à l'idée de perdre un jour leur enfant en cours de grossesse ou dans les jours suivant sa naissance, provoquant de ce fait l'incrédulité vis-à-vis du décès (Kersting & Wagner, 2012). En effet, le deuil périnatal est un deuil particulièrement pénible, tant par son caractère imprévisible que par le fait que ce dernier survient en début de vie : il n'existe alors pas réellement d'objet de perte tangible, ce qui laisse peu ou pas de place pour les souvenirs partagés (Seguin & Fréchette, 1995 ; Metrailler al-Sayegh, 2006).

Selon plusieurs auteurs, la manière de concevoir la parentalité, et donc de la vivre, a été considérablement modifiée par certaines grandes découvertes dans le monde de l'obstétrique, notamment en termes de contraception, d'échographie et de procréation médicalement assistée. Ces changements ont impacté de manière considérable la baisse de natalité et la taille des familles. Dans ce contexte, le désir d'avoir un enfant a modifié sensiblement le statut de ce dernier : la notion d'enfant désiré, d'« enfant projet » ou encore « d'enfant programmé » a donc remplacé celle « d'enfant qui survient » (Metrailler al-Sayegh, 2006). Les parents qui traversent un deuil ne perdent alors pas seulement un enfant, mais aussi tout un avenir, une série de projets futurs, une étape essentielle de leur vie, voire un rêve (Callister, 2006).

Cette perte va affecter la mère, mais également le père et l'ensemble des membres de la famille. Ce deuil, bien que ressemblant aux autres types de deuils, présente certaines singularités et peut entraîner de nombreuses conséquences sur la santé physique, psychologie et sociale des personnes qui le vivent, telles la perte de l'estime de soi, la dévalorisation ou la



culpabilité (Cacciatore, Defrain & Jones, 2008). Face au deuil périnatal, c'est aussi tout leur processus de parentalité qui se retrouve profondément bouleversé (Romano et al., 2011).

Dans ce type de contexte, le deuil périnatal se révèle être une expérience très dévastatrice et complexe à vivre (Bacqué & Hanus, 2009; Seguin & Fréchette, 1995). Il peut provoquer des réactions et émotions très vives, qui peuvent affecter de manière importante le bien-être et la santé des endeuillés (Beudet & de Montigny, 1997), mais également la façon dont ils vont percevoir et évaluer l'impact que cette situation aura sur leur vie (Stroebe & Schut, 1999). Aussi, la méconnaissance de ce phénomène au niveau social pourrait expliquer les multiples lacunes dans le suivi et la prise en charge des parents endeuillés, qui n'ont dès lors pas toujours accès aux services psychosociaux ou aux informations dont ils auraient éventuellement besoin (de Montigny et al., 2010).

### **2.1.4.3 L'expérience du deuil périnatal chez les parents**

Dans cette section, nous allons tout d'abord aborder les réactions du couple parental face à une situation de deuil périnatal, pour ensuite mettre en lumière les différences que les hommes et les femmes peuvent connaître en termes de vécu face à ce type de deuil.

2.1.4.3.1 Les sentiments et réactions du couple parental dans un contexte de deuil périnatal  
Le décès d'un enfant en cours de grossesse est une situation de deuil très singulière, engendrant des réactions physiques et psychologiques considérables sur la vie des endeuillés (Zech, 2006). Selon Goulet et Lang : « *Les réactions de deuil peuvent être considérées comme une « chaîne de réactions » qui revient continuellement au cours de la période de deuil et qui peut resurgir de manière récurrente durant la vie des parents* ». (1996, p. 47)

Indépendamment de son âge ou de la cause de sa mort, la perte d'un enfant précipite les parents dans une situation de détresse majeure. La souffrance qu'elle provoque ébranle parfois les valeurs, les croyances et la représentation du monde ainsi que les repères habituels que les parents entretenaient (Beudet & de Montigny, 1997). Les réactions les plus observées – qui se déploient soit immédiatement, soit plusieurs jours voire plusieurs semaines après le décès – sont l'irritabilité, la colère, la dépression et l'anxiété (Romano et al., 2011). Ces réactions peuvent, chez certaines personnes, émerger à travers des sentiments plus ou moins intenses de culpabilité, d'abattement, d'impuissance ou d'échec (Beudet & de Montigny, 1997 ; Zech, 2006). Cela peut également s'exprimer par des changements dans les comportements sociaux,

d'isolement notamment, ou autodestructeurs (consommation excessive d'alcool ou de drogue) (Romano et al., 2011).

Selon une étude de Zeanah et al. (1995) comparant les réactions de deuil de 82 mères et de 47 de leur partenaire deux mois après un décès périnatal, les traits de personnalité d'un individu ont une influence significative sur ses réactions de deuil. En effet, les traits de personnalité tels que la stabilité émotionnelle, l'estime de soi et l'absence d'impulsivité, ainsi que la capacité de résilience sont autant de facteurs de protection pouvant diminuer le degré d'intensité des réactions généralement associées au deuil.

À ce propos, des auteurs comme Lasker et Toedter (1991) ont longtemps supposé que l'âge de l'enfant au moment du décès était un facteur pouvant influencer l'intensité des réactions du deuil chez les parents. Cependant, cette affirmation est source de controverse dans la littérature scientifique (Goulet & Lang, 1996). En effet, plusieurs études ont infirmé cette idée en concluant qu'indépendamment du type de perte, les réactions des parents en situation de deuil périnatal est finalement assez similaire, la seule la variable significative à prendre en compte étant le sexe des parents (Smith & Borger, 1989).

Il semble approprié de noter que la durée de gestation, même si elle n'est pas toujours un bon indicateur de la façon dont les parents peuvent vivre leur deuil, doit être prise en compte afin de leur fournir un accompagnement et un soutien adéquats (Goldbach et al., 1991).

#### 2.1.4.3.2 Différences de réactions au deuil selon le genre

Dans le passé, la majorité des chercheurs postulait que les pères vivaient la situation deuil périnatal de la même manière que les mères. À partir de ce postulat, leurs recherches mettaient donc plutôt l'accent sur les réactions de la mère, sans s'intéresser de manière plus approfondie sur la façon dont leur partenaire vivait le deuil (Goulet & Lang, 1996). La question de l'influence du genre ne s'est posée que très récemment (de Broca, 2010) et les recherches actuelles mettent en évidence des différences notables dans la manière d'appréhender le deuil en fonction du genre (Beaudet & de Montigny, 1997).

Dans un premier temps, les deux parents traversent généralement différemment le processus de formation du lien affectif avec le bébé (Cacciatore et al., 2008). En effet, les femmes se lient affectivement et psychiquement à leur bébé dès le premier trimestre de leur grossesse, tandis que les hommes commencent à créer ce lien aux alentours du deuxième ou du troisième trimestre. De plus, il semblerait que le lien qui unit le père et le bébé au début de grossesse soit,

contrairement au lien de la mère, de nature plus intellectuelle qu'émotionnelle (Lacombe & Pelletier, 2001).

Les manifestations féminines du deuil ont tendance à s'actualiser davantage dans l'engagement pro-social et dans l'expression émotionnelle en lien avec la perte, tandis que les hommes sont plus susceptibles de se replier dans une posture plus solitaire et réservée. Ces derniers font généralement plus appel à des stratégies cognitives et focalisées sur les problèmes (Capitulo, 2004). De plus, les hommes ressentiraient, par rapport aux femmes, moins la culpabilité mais décrivent plus souvent un sentiment d'impuissance et d'irritabilité (Beudet & de Montigny, 1997). Cela pourrait être expliqué par le rôle social de l'homme ainsi que les attentes sociétales à son égard : il ne pourrait pas se permettre de se laisser submerger par leur désespoir, sans être capable de prendre soin et protéger leur partenaire (Badenhorst, Riches, Turton & Hughes, 2006). Dans le même ordre d'idée, Hutti (2005) explique le stoïcisme de certains hommes par une pression sociale les poussant à ne pas exprimer leur peine devant leur conjointe. De Broca (2010) souligne également qu'ils auraient plus tendance à rechercher des exutoires tels le sport ou le travail. Moins susceptibles d'avoir accès à un accompagnement ou d'un soutien face à la perte, les pères sont plus souvent enclins à développer un deuil chronique (Johnson & Puddifoot, 1996).

De Broca (2010) observe que les femmes ont tendance, face à la perte de leur enfant, à se percevoir comme des « mauvaises mères » ou des « mères pas comme les autres ». Cela peut engendrer, chez ces dernières, des incertitudes quant à leur capacité à procréer un enfant en bonne santé ou à leur identité féminine. Ces sentiments peuvent amener certaines femmes à souhaiter revivre une nouvelle grossesse immédiatement après un décès périnatal. Plusieurs études longitudinales ont démontré que les femmes réagissaient plus intensément que les pères dans un contexte de deuil périnatal (Goldbach et al., 1991; Stinson et al., 1992). Cependant, malgré ces observations, la plupart des chercheurs s'accordent à dire que les hommes ne sont pas moins affectés face à une situation de deuil périnatal, ils s'y ajusteraient plus rapidement et leurs réactions auraient tendance à moins s'étendre dans le temps (Lang & Gottlieb, 1993; Stinson et al., 1992).

## **2.2 Théorie conceptuelle**

### **2.2.1 Une nouvelle approche du deuil : le modèle d'ajustement au deuil en double processus**

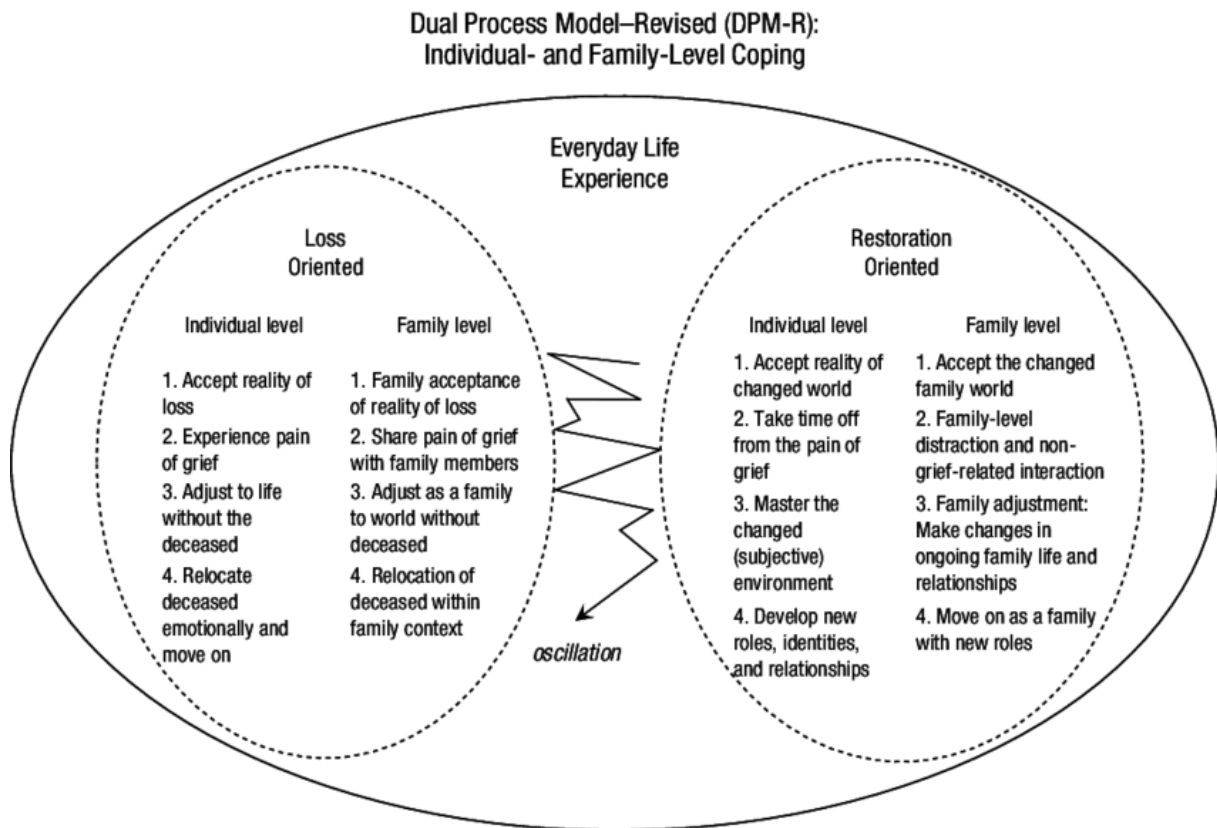
Comme nous venons de le voir, la plupart des chercheurs ont essayé d'élaborer des modèles et principes explicatifs permettant de comprendre comment les individus affrontent le travail de deuil et font face à la perte de l'être aimé. Leurs modèles théoriques plus anciens accordent généralement une importance primordiale au fait que ces derniers se confrontent à la perte, en exprimant la peine ou les souvenirs qui lui sont associés (Freud, 1917; Lindemann, 1944; Bowlby, 1980). Dans cet ordre d'idées, il serait alors fondamental, pour faire un « travail de deuil » efficace, d'amener le plus souvent possible à la conscience de la personne endeuillée la réalité de la perte, sa suppression étant perçue comme problématique et inadaptée.

Cependant, des recherches plus récentes ont mis en évidence les limites potentielles inhérentes à cette théorie du travail de deuil mais également le fait que d'autres processus que la confrontation devaient être pris en considération pour rendre compte de ce que vivent les endeuillés au jour le jour (Stroebe, 1992).

Partant de ce constat et de leurs observations cliniques, Stroebe et Schut (1999) écrivent leur premier article et présente un modèle s'inspirant de la théorie cognitive du stress, des théories d'attachement ainsi que du syndrome de réponse au stress : « The Dual Process Model of coping with bereavement ». Ce modèle, bien qu'innovateur dans sa manière d'appréhender la dynamique qui sous-tend le processus de deuil, revisite et tente d'améliorer les modèles plus anciens. Son approche ne prend en compte, dans sa première version, que le pendant individuel. Il faudra attendre 2015 pour que Stroebe et Schut intègre dans leur nouveau modèle, le DPM-R, le versant familial (voir tableau<sup>8</sup> ci-dessous).

---

<sup>8</sup> Stroebe et Schut, 2015



Les deux auteurs partent du principe que les personnes endeuillées ne doivent pas seulement s'ajuster à la perte de l'être aimé, mais aussi aux conséquences de cette perte, c'est-à-dire à tous les changements que cette dernière va provoquer dans les différentes sphères de leur vie (Zech, 2006).

Ces deux types de stressors, respectivement appelés par leurs auteurs « orientation vers la perte » et « orientation vers la restauration », sont des sources potentielles de stress et d'anxiété. Face à ces deux catégories de stressors, la personne endeuillée peut enclencher des stratégies d'adaptation appropriées. Cela permet de mieux saisir les différences individuelles dans la façon dont les gens s'ajustent suite à la perte d'un être cher, en traduisant parallèlement la dynamique du processus de gestion de cet événement (Zech, 2006).

Le DPM-R tente de faire coexister deux processus d'adaptation, d'une part l'évitement ou la confrontation à la perte elle-même et aux émotions qui lui sont associées, et d'autre part la confrontation ou l'évitement des facteurs de stress secondaires. Les stratégies orientées vers la perte tendent principalement à s'ajuster de la manière la plus efficace à la perte de la personne décédée et à son absence physique. Elles se réfèrent donc au travail lié au chagrin, à la perte du

lien et des pensées concernant le défunt. L'élément au centre de cette catégorie de stratégie est la confrontation avec les émotions engendrées par la perte et sur sa signification (Zech, 2006).

Les stratégies orientées vers la restauration vont quant à elles se référer à la prise en charge des stressés secondaires. L'orientation vers la restauration va impliquer des stratégies de coping orientées vers la gestion de la perte (redéfinition des croyances de base, des rôles, de l'identité, etc.) (Stroebe & Schut, 2010). Dans un contexte de mort périnatale, la personne en deuil aura tendance à favoriser certaines stratégies d'ajustement, comme par exemple la restructuration de sa nouvelle identité de parent endeuillé, la réorganisation de la vie quotidienne sans le bébé ou encore le fait de s'adapter à une certaine forme de solitude (Hansson & Stroebe, 2007). La mise en place de stratégies orientées vers la restauration peut être perçue comme une tentative active de se tourner vers l'avenir et de restructurer sa vie. Ces stratégies sont ainsi appelées « tâches de restauration ».

Le modèle rend également compte de l'oscillation entre deux types de tâches, orientées soit vers la restauration soit vers la perte. C'est cette oscillation qui va agir comme un régulateur, la personne en situation de deuil passant souvent d'un pôle à un autre (Stroebe & Schut, 1999). Partant de ce principe, ce modèle postule qu'il est essentiel de se confronter délibérément à la perte, tout en étant capable de s'orienter vers l'oubli lorsque la confrontation devient trop pénible. Ces moments de pauses, impliqués par ce processus d'oscillation, seraient importants et utiles pour le maintien de la santé physique et psychologique des personnes en situation de deuil. La perturbation ou la suppression de ce processus d'oscillation pourrait indiquer un deuil compliqué.

### **2.2.2 Le coping dyadique comme prédicteur de la qualité de la relation**

En parcourant la littérature scientifique traitant de l'ajustement ou de l'adaptation à une situation de deuil, et particulièrement de deuil périnatale, nous constatons que peu de recherches prennent en compte sur le contexte interpersonnel dans lequel le deuil émerge, en mettant plutôt l'accent sur les caractéristiques individuelles des personnes endeuillées. La perte d'un enfant, dans le cas qui nous intéresse, touche pourtant les deux parents simultanément et on ne peut donc pas écarter simplement la dimension relationnelle qui les unit et qui s'en trouve irrémédiablement affectée.

Introduire cette dynamique revient à suggérer que les parents endeuillés ne sont pas uniquement affligés par leur propre réaction, mais sont également affectés par la manière dont leur conjoint s'ajuste au deuil auquel ils sont confrontés (Meij et al. 2008).

Le concept de coping dyadique peut être approché de deux manières distinctes. La première façon de l'envisager est de considérer la relation entre les capacités d'adaptations individuelles des deux parents, de les comparer entre elles pour enfin évaluer la congruence de leurs stratégies d'ajustement (Revenson, 1994). Dans la deuxième approche, le coping est appréhendé au travers de la dyade même, dans une optique systémique, comme entité distincte des adaptations individuelles et correspond alors à la manière dont le couple en tant que dyade s'adapte à la perte (Bodenmann, 2011).

Récemment, l'auteur du *Dyadic Coping Inventory* (Bodenmann, 2008) a démontré dans une de ses études que la qualité de la relation de couple peut être prédite de manière significative par le coping dyadique (Bodenmann, 2015). En d'autres termes, les couples qui font face efficacement à l'adversité ont généralement plus de chance d'être satisfait de leur couple

## 3 HYPOTHESES

---

Hypothèse n°1 : « *Les parents vivant une situation de deuil périnatal présentent un niveau d'ajustement élevé, particulièrement au niveau de leur cohésion* »

Hypothèse n°2 : « *Les stratégies d'ajustement au deuil périnatal diffèrent chez les deux conjoints* »

Hypothèse n°3 : « *Un décalage au niveau des stratégies d'ajustement au deuil périnatal déployées par les partenaires engendre des tensions au sein de leur couple* »



# 4 MÉTHODOLOGIE ET ANALYSES CLINIQUES

---

## 4.1 Cadre de recherche

L'objectif de notre recherche est d'évaluer le niveau de fonctionnement dans le couple parental à la suite d'un décès périnatal et de comprendre comment la dynamique conjugale peut être affectée positivement ou négativement quand les stratégies de coping employées par chaque membre du couple diffèrent ou sont semblables. Dans ce chapitre, nous allons décrire de manière la plus précise possible nos choix méthodologiques et nos analyses cliniques.

### 4.1.1 Choix méthodologique

Nous avons adopté une analyse qualitative afin d'essayer d'appréhender au plus près les représentations des membres du couple concernant la qualité de leur relation, leurs affects, leurs stratégies de coping ainsi de leur capacité de résilience face à une situation de deuil périnatal. Il nous paraissait important de rencontrer ces parents endeuillés afin qu'ils nous décrivent comment ils perçoivent et comprennent l'impact du décès sur leurs sentiments, leurs perceptions et leur fonctionnement au sein du couple. Une analyse purement quantitative nous semblait moins appropriée pour saisir dans la profondeur les processus mis en œuvre par les participants.

### 4.1.2 Choix des participants

Dans le but de réduire les effets de dispersion sur notre recherche, nous avons choisi de limiter notre échantillon aux personnes majeures et aux couples hétérosexuels. Ce choix a été déterminé par le fait que la littérature distingue les hommes des femmes au niveau de leur attachement anténatal et de leurs réactions face à la perte. Quatre couples constituent l'échantillon dont les membres ont des âges qui varient entre 25 et 36 ans. Parmi ces personnes, certaines ont déjà un ou plusieurs enfants. Nous avons aussi préféré exclure de notre enquête les situations de fausse couche spontanée. Nous avons cependant choisi de présenter une situation d'interruption de grossesse à 19 semaines de gestation parce qu'il y a eu intervention médicale volontaire, ce qui la distingue de la définition de la fausse couche. Les participants ont subi la perte après une durée de gestation qui varie de 19 à 33 semaines.

Tableau 1 : Identification des personnes de l'échantillon

Entretiens	Prénom d'emprunt	Âge	Enfants (âges)	Nombre de grossesse	Âge du couple	Durée de la gestation (semaines)	Cause du décès	Profession
Couple N°1	Amina	25	0	3	10 ans	22	Mort fœtale	Vendeuse
	Adil	27					(Rupture de poche amniotique)	Technicien de surface
Couple N°2	Emma	31	1	2	4 ans	19	Interruption médicale de grossesse	Sans emploi
	Victor	29	(9 mois)				(Détection de trisomie 21)	Peintre en bâtiment
Couple N°3	Lise	34	0	2	4 ans	23	Eclampsie	Secrétaire
	Jean	34						Couvreur indépendant
Couple N°4	Aïda	34	3	4	11 ans	33	Mort fœtale	Sans emploi
	Brahim	36	(2-3-6 ans)				(Cause inconnue)	Ouvrier communal

### **4.1.3 Collecte du matériau**

Nous avons décidé de réaliser des entretiens semi-directifs afin de collecter des renseignements sur le point de vue des personnes interviewées. Notre but étant également de faire émerger les perceptions des participants sur leur relation, sur les processus mis en place pour faire face au deuil périnatal, ainsi que sur les changements perçus après l'annonce du diagnostic de décès, ce mode d'entretien nous a paru le plus adéquat pour récolter les données. Mais, il nous a semblé aussi important de faire passer aux sujets des questionnaires donnant une mesure plus précise sur des thématiques comme la résilience, l'ajustement de couple, le coping dyadique et la mesure de la détresse périnatale. Cela afin de déterminer le profil des participants et de leur couple et de les articuler aux données récoltées lors des entretiens.

#### **4.1.3.1 Le guide d'entretien**

Nous avons constitué un guide d'entretien composé :

- de questions d'introduction qui ont pour but d'engager l'entrevue avec la personne questionnée,
- d'une partie anamnétique qui facilite la récolte des caractéristiques générales des membres du couple ainsi que des nœuds de la temporalité de la grossesse (découverte de la grossesse, son déroulement, l'annonce du diagnostic, la naissance)
- de questions sur les affects liés au deuil et sur les stratégies employées pour y faire face
- et pour terminer, de questions ouvertes sur la relation de couple et sur les difficultés rencontrées à différents niveaux (social, familial et conjugal).

Cela facilite la concentration de l'entretien sur les thèmes qui nous intéressent tout en laissant au sujet la liberté de l'élaboration de ses réponses.

#### **4.1.3.2 Les questionnaires**

Nous avons choisi quatre questionnaires à soumettre à chaque participant afin d'obtenir des mesures concernant la perception de la qualité de leur couple, de leur capacité à faire face à l'adversité en général, de leur capacité à faire face à deux à la situation de deuil périnatal et de l'affect lié à ce dernier.

##### **4.1.3.2.1 Echelle de Résilience de Connor-Davidson (CD-RISC)**

Cette échelle de résilience (élaborée par Connor & Davidson, 2003) permet de faire l'évaluation des facteurs de protection concourant à la résilience. Elle été conçue par ses auteurs dans le but d'évaluer cette variable multidimensionnelle de plusieurs qualités personnelles qui

permet à l'individu de s'épanouir face à l'adversité. Elle comporte cinq facteurs (la tolérance aux émotions, la compétence personnelle, l'adaptabilité, le contrôle et la spiritualité) mesurés par vingt-cinq items notés sur une échelle de Likert en cinq point, avec un résultat final pouvant varier entre 0 et 100. Le score médian d'une population saine se situe à 82. Le premier quartile se situe entre 0 et 73, deuxième entre 74-82, le troisième entre 83 et 90 et le quatrième entre 91 et 100. Un score dépassant le seuil de 82 sera considéré comme suffisamment bon.

La durée de passation s'étend, en fonction du sujet, de 5 à 10 minutes.

Nous allons utiliser uniquement le score total dans le cadre de ce mémoire afin d'estimer le niveau de résilience global des participants.

#### 4.1.3.2.2 Inventaire du coping dyadique

L'inventaire de coping dyadique (créée par Bodenmann, 2008) est un instrument de 37 items mesurant la perception qu'ont les membres d'un couple de leur communication et de leur capacité de coping dyadique lors d'un moment où un ou les deux partenaires font face à une situation de stress. La notion de coping dyadique inclut la tentative d'une personne de réduire le stress de son partenaire et l'effort commun entre conjoints face à une source de stress externe qui affecte leur relation. Ce questionnaire mesure le coping dyadique comme un concept multidimensionnel qui inclut quatre types de coping de nature différente : soutenant, négatif, conjoint et délégué.

Le coping dyadique :

- « *soutenant* » : apparaît quand un des partenaires apporte un soutien émotionnel et/ou orienté vers le problème, aidant ainsi son partenaire à faire face à une situation stressante ;
- « *négatif* » : implique des comportements ou paroles hostiles, ambivalents ou superficiels, suscités par une intention de nuire ;
- « *conjoint* » : se déroule quand les deux partenaires font l'expérience d'un stress et s'entraident pour faire face à la situation ;
- « *délégué* » : est défini quand un des partenaires assume la responsabilité de réduire le stress de son conjoint.

Les items sont cotés de 1 (« très rarement ») à 5 (« très souvent »). Le score total du DCI est la somme des cotes des items 1 à 35 (les items 36 et 37 n'étant pas pris en compte). Un score total

se situant en dessous de 111 détermine un coping dyadique en dessous de la moyenne ; entre 111 et 145, dans la moyenne ; et au-dessus de 145, supérieur à la moyenne.

La durée de passation s'étend, en fonction des sujets, de 5 à 10 minutes.

### 4.1.3.2.3 Echelle d'ajustement dyadique (EAD)

L'Échelle d'Ajustement Dyadique (Spanier, 1976, révisité et traduit par Boisvert, 1984) mesure l'ajustement dyadique, c'est-à-dire la perception que les membres d'un couple entretiennent de leur entente et de leur degré d'ajustement par rapport à cette dernière. Nous avons choisi ce questionnaire car c'est probablement le plus administré dans l'évaluation des conflits de couples (Bélanger, Sabourin et Wright, 1993 ; cité par Villeneuve, 2006). Il permet d'évaluer quatre dimensions de la vie conjugale : le consensus (la capacité des partenaires à être en accord sur des sujets importants), la cohésion (capacité à partager ensemble différentes activités), la satisfaction (contentement face à la relation dans son état actuel et engagement à la maintenir) et l'expression affective (vis-à-vis de l'amour et la sexualité).

L'addition des scores de l'ensemble des items nous donne un score global se situant entre 0 et 151 : plus le score est élevé, plus les partenaires perçoivent un bon ajustement dans leur couple. Les couples qui obtiennent un score en dessous de 107 sont considérés comme en difficulté (Graham, Liu, Jeziorski, 2006).

La durée de passation s'étend, en fonction des sujets, de 5 à 15 minutes.

Nous n'utiliserons sur cette échelle que le score global afin d'appréhender la façon dont les participants perçoivent leur ajustement de couple.

### 4.1.3.2.4 Echelle de deuil pré et périnatal

Cette échelle est une version abrégée par ses auteurs (Potvin, Lasker & Toedter, 1989), élaborée à partir d'une version originale comptant 104 items, réduite à 33 items. Chacun de ces items obtient une cotation de 1 à 5 (sur une échelle de type Likert), le score pouvant s'étendre de 33 à 165. Cette échelle est subdivisée en trois sous-échelles, composées de 11 items chacune (avec des scores s'étendant de 11 à 55) :

- *Deuil actif* : cette dimension reflète la tristesse, le sentiment de manque vis-à-vis du bébé ainsi que les manifestations externes liées au deuil (pleurs, etc.).

- *Difficultés de coping* : cette dimension met l'accent sur la difficulté à faire face aux activités quotidiennes ou sociales.
- *Désespoir* : cette dernière dimension traduit la désespérance d'un individu face à l'avenir.

Les auteurs de cette échelle ont démontré, suite à une étude longitudinale (Potvin, Lasker & Toedter, 2001), que les dimensions 2 (Difficultés de coping) et 3 (Désespoir) sont les plus efficaces quand il s'agit de prédire l'apparition d'un deuil chronique et /ou de complications pathologiques, indiqués par un score élevé. Ils précisent également qu'un score bas à ces deux dimensions peu de temps après la perte n'indique pas forcément une absence de complications, mais pourrait être expliqué par la présence d'un deuil différé.

La durée de passation s'étend, en fonction du sujet, de 5 à 10 minutes.

Nous évaluerons le score global et les sous-échelles en fonction des seuils cliniques proposés par Potvin, Laker & Toedter (2001) à partir d'un échantillon de 2243 sujets ayant perdu un enfant en cours de grossesse.

### **4.1.3.3 Rencontre avec les personnes**

#### 4.1.3.3.1 Constitution de l'échantillon

Le recrutement a été pris en charge par Monsieur Fohn et Madame Degrange, psychologues du service obstétrique du CHR de la Citadelle, travaillant depuis de nombreuses années avec des parents endeuillés. À chaque fois qu'un décès périnatal survient dans le service, Mr Fohn ou Mme Degrange rencontrent les parents afin de se présenter en tant que psychologue et de leur proposer de s'entretenir avec eux à propos de leur situation. C'est à la fin de cet entretien qu'il a été proposé aux parents de nous rencontrer. Après leur avoir présenté l'objectif de notre mémoire, et dans le cas d'une réponse favorable, il leur a été demandé l'autorisation de nous transmettre leurs coordonnées. Une lettre d'information reprenant les objectifs et le déroulement de l'étude a été remise à chaque participant.

#### 4.1.3.3.2 Prise de contact et présentation du travail

Nous avons contacté et pris rendez-vous avec les participants par téléphone après les avoir informés de notre démarche. Les participants ont reçu des informations claires et précises sur les objectifs, modalités et risques potentiels de la recherche et ont eu la possibilité de renoncer

ou de mettre fin à leur participation sans devoir communiquer de motif. Il leur a été demandé de signer un consentement écrit. Les données à caractère personnel ont été codées, anonymisées et stockées au domicile de l'étudiant. Leur destruction a eu lieu juste après le dépôt du mémoire.

### 4.1.3.3.3 Conditions de passation des entretiens et des questionnaires.

Nous avons choisi le moment avec les personnes en fonction de nos plannings respectifs et laissé le choix de l'endroit à leur convenance afin de garantir leur confort ainsi que la confidentialité de l'entretien. Les rencontres ont donc eu lieu au domicile des personnes ou dans un local du CHR de la Citadelle prévu à cet effet. Nous avons prévenu qu'une heure minimum était nécessaire au bon déroulement de l'entrevue. Les consignes ont été clairement expliquées oralement. Pour le questionnaire sur l'échelle du deuil pré et périnatal, nous avons illustré par un exemple pour nous assurer de la bonne compréhension du sens de l'échelle. Les questionnaires ont été remplis séparément par chacun des membres du couple de façon à éviter la contamination des réponses entre partenaires et à minimiser le biais de désirabilité sociale. Les entretiens, par contre, se sont passés en couple afin de les dynamiser par les interactions entre conjoints et de faciliter l'émergence des processus interpersonnels.

## 4.1.4 Préparation de l'analyse

Nous avons procédé en 2 étapes pour préparer l'analyse de nos données.

### 4.1.4.1 *Extraction des données anamnestiques*

Extraction des données socio-démographiques des participants et de leur couple.

### 4.1.4.2 *Calcul et traitement des scores des différents questionnaires*

#### 4.1.4.2.1 Echelle de Résilience de Connor-Davidson (CD-RISC)

Ces scores permettent de dégager une indication sur la capacité de résilience des sujets.

- Calcul du score total de chaque membre du couple
- Comparaison avec les quartiles de la population de référence (Connor & Davidson, 2003)
- Situation des scores par rapport seuil clinique (Connor & Davidson, 2003)

**Tableau 2 : Tableau des moyennes CD-RISC (Connor & Davidson, 2003)**

Study group	Group no.	N	Mean (sd)	Median (1st, 4th Q)
General population	1	577	80.4 (12.8)	82 (73, 90)
Primary care	2	139	71.8 (18.4)	75 (60, 86)
Psychiatric outpatients	3	43	68.0 (15.3)	69 (57, 79)
GAD patients	4	24	62.4 (10.7)	64.5 (53, 71)
PTSD patients	5	22	47.8 (19.5)	47 (31, 61)
	6	22	52.8 (20.4)	56 (39, 61)

GAD = generalized anxiety disorder; PTSD = posttraumatic stress disorder.

#### 4.1.4.2.2 Echelle d'Ajustement Dyadique (EAD)

Ces scores permettent de donner des indications sur les perceptions de l'ajustement du couple et mettent en exergue les points forts et les points faibles de chaque facette de cet ajustement.

- Calcul du score total et du score aux quatre sous-échelles de chaque membre du couple
- Calcul des scores moyens du couple (total et aussi aux quatre sous-échelles)
- Comparaison du score moyen total au seuil clinique (Graham, Liu et Jeziorski, 2006)
- Comparaison du score moyen de chaque échelle à la population de référence (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986)



**Tableau 3 : Tableau des moyennes et écarts-types EAD (Baillargeon Dubois et Marineau, 1986)**

Comparaison des scores moyens et des écarts-types ( $\sigma$ ) de l'échelle d'ajustement dyadique et de ses sous-échelles entre l'échantillon francophone et l'échantillon américain

Échelle	francophone		américain		$t^a$	$p$
	moyenne	$\sigma$	moyenne	$\sigma$		
Consensus	49.7	6.4	57.9	8.5	10.55	.001
Satisfaction	39.0	5.8	40.5	7.2	2.21	.05
Cohésion	16.5	4.2	13.4	4.2	6.96	.001
Affectivité	8.4	2.1	9.0	2.3	2.59	.01
<b>AJUSTEMENT</b>	<b>113.7</b>	<b>14.9</b>	<b>114.8</b>	<b>17.8</b>	<b>0.64</b>	<b>ns</b>
	N = 152		N = 218			

<sup>a</sup>Les test  $t$  portent sur les différences entre les moyennes des deux échantillons.

#### 4.1.4.2.3 Inventaire de Coping Dyadique (DCI)

Ces scores permettent de donner des indications sur la perception qu'entretient chaque participant sur la capacité de leur couple à faire face à une situation stressante.

- Calcul du score total de chaque participants
- Comparaison de ces scores aux seuils cliniques (Bodenmann, 2008)

**Tableau 4 : Tableau des scores seuils du DCI (Bodenmann, 2008 )**

Score total	Ajustement dyadique
> 145	Au-dessus de la moyenne
111 – 145	Dans la moyenne
< 111	En dessous de la moyenne

#### 4.1.4.2.4 Echelle de deuil pré et périnatal (EDP)

Ces scores permettent de donner des indications sur le degré de deuil dans lequel se trouve chaque participant et ainsi que sur certaines de ses expressions.

- Calcul du score total de chaque participant
- Comparaison de ces scores au seuil clinique (Potvin, Lasker et Janssen, 2001)
- Calcul des scores obtenus par chaque participant aux sous-échelles

- Comparaison des scores aux seuils cliniques des sous-échelles (Potvin, Lasker et Janssen, 2001)

**Tableau 5 : Tableau des moyennes et écarts-types du score total IDP (Potvin, Lasker et Janssen, 2001 )**

Participants	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	<i>M + 2 (SEM)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
All samples ( <i>n</i> = 2243)	84.3	16.26	3.08	90.5			
Gender					0.48	25	<i>n.s.</i>
Female ( <i>n</i> = 1589)	86.0	18.36	4.60	95.2			
Male ( <i>n</i> = 654)	82.7	14.33	4.77	92.2			
Recruitment method					2.38	23	< .03
Hospital/Dr. ( <i>n</i> = 1147)	78.7	13.81	3.54	85.8			
Support/Advert. ( <i>n</i> = 642)	93.3	16.36	5.85	105.0			
Gestational age					-0.36	20	<i>n.s.</i>
Early ( <i>n</i> = 1032)	81.5	18.57	6.56	94.6			
Late ( <i>n</i> = 539)	84.0	14.49	4.19	92.4			
Data collection					-0.51	26	<i>n.s.</i>
Mailed ( <i>n</i> = 1538)	82.7	15.94	4.25	91.2			
Interview ( <i>n</i> = 626)	86.0	17.73	5.12	96.2			
Study location					2.96	26	< .007
Europe ( <i>n</i> = 1028)	75.0	8.56	2.47	80.0			
U.S. ( <i>n</i> = 1215)	90.4	16.96	4.55	99.5			

**Tableau 6 : Tableau des moyennes et écarts-types des sous-échelles IDP (Potvin, Lasker et Janssen, 2001 )**

Scale	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SEM</i>	<i>M + 2(SEM)</i>
Scale 1: Active grief	32.1	4.90	0.96	34.0
Scale 2: Difficulty coping	26.5	6.75	1.32	29.1
Scale 3: Despair	23.7	7.27	1.42	26.5

Remarque : Lors de l'interprétation, en ce qui concerne les scores des échelles d'ajustement dyadique et de deuil pré et périnatal, nous nous limiterons à ne décrire ou commenter que ceux qui sont significativement hauts ou bas mais pas ceux qui entrent parfaitement dans la norme. Ceci dans le but d'alléger la masse des données dans un souci de lisibilité.

#### 4.1.4.3 Production du rapport sur base de l'entretien

Dans cette étape, nous expliquerons ce qui émane de chaque entretien. Nous construirons ce rapport en respectant, pour chaque couple, la temporalité de la grossesse et du deuil. C'est uniquement lorsque cette dernière étape sera achevée que nous pourrons confronter les analyses à la théorie et commencer la discussion.

## 4.2 Rapport d'analyse

Nous mettons ci-après les tableaux récapitulatifs des scores obtenus lors des questionnaires pour faciliter la compréhension des analyses de données qui vont suivre.

**Tableau 7 : Tableau récapitulatif des résultats aux tests réalisés à l'aide des questionnaires.**

		CD-RISC <sup>9</sup>	EAD <sup>10</sup>	DCI <sup>11</sup>	EDP <sup>12</sup>
Couple 1	Adil	<b>70</b>	132	<b>148</b>	<b>92</b>
	Amina	<b>46</b>	125	126	<b>136</b>
Couple 2	Victor	<b>59</b>	117	<b>106</b>	58
	Emma	<b>52</b>	111	<b>110</b>	<b>108</b>
Couple 3	Jean	81	133	139	<b>111</b>
	Lise	74	138	129	<b>111</b>
Couple 4	Brahim	85	138	<b>163</b>	<b>102</b>
	Aïda	79	123	<b>161</b>	<b>99</b>

**Tableau 8 : Tableau récapitulatif des résultats aux tests aux sous-échelles de deuil pré et périnatal.**

		Deuil actif	Difficulté de coping	Désespoir
Couple 1	Adil	32	26	<b>34</b>
	Amina	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>42</b>
Couple 2	Victor	21	16	19
	Emma	<b>45</b>	<b>33</b>	<b>33</b>
Couple 3	Jean	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>34</b>
	Lise	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>39</b>

<sup>9</sup> Echelle de résilience de Connor-Davidson

<sup>10</sup> Echelle d'ajustement dyadique

<sup>11</sup> Inventaire de coping dyadique

<sup>12</sup> Echelle de deuil pré et périnatal

Couple 4	Brahim	<b>41</b>	26	<b>35</b>
	Aïda	<b>39</b>	30	<b>30</b>

**Tableau 9 : Tableau récapitulatif des scores obtenus aux sous-échelles de l'EAD.**

		Consensus	Satisfaction	Cohésion	Expression affective
Couple 1	Adil	52	46	23	10
	Amina	53	38	22	12
Couple 2	Victor	47	42	23	6
	Emma	46	40	19	6
Couple 3	Jean	58	47	24	9
	Lise	61	48	21	7
Couple 4	Brahim	61	45	24	12
	Aïda	55	43	23	6

#### 4.2.1 Analyse de la situation n°1 : Amina et Adil

##### 4.2.1.1 Anamnèse

Nous rencontrons une première fois Amina et Adil le 22 juillet 2019 à 13h, et une deuxième fois le 1<sup>er</sup> août 2019 dans un local de consultation psychologique situé dans le service obstétrique du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle (CHR). Les entretiens durent chacun environ 2h15. Nous rencontrons le couple suite à une mort fœtale à la 22<sup>ème</sup> semaine de grossesse qui eut lieu en janvier 2019.

Amina est une femme de 25 ans d'origine turque, vendeuse dans un magasin de prêt-à-porter, actuellement en congé maladie depuis le décès de son enfant en janvier 2019. Elle est la cadette d'une fraterie de trois enfants, dont deux frères plus âgés. Elle souffre d'hyperthyroïdie et est diabétique.

Adil, le père de l'enfant a 27 ans et est d'origine turque également. Il travaille en tant que technicien de surface dans le milieu hospitalier. Il est issu d'une fraterie de deux frères et une sœur, tous plus âgés que lui. Ils sont tous les deux de confession musulmane, mais non sont « pas extrêmement pratiquants<sup>13</sup> », bien que fort croyants.

<sup>13</sup> Les mots entre guillemets sont les termes précis utilisés par les participants.

#### **4.2.1.2 Analyses des données récoltées : questionnaires**

##### **Sur l'Échelle de Résilience de Connor-Davidson,**

- Adil obtient un score de 70. Selon les normes de Conner et Davidson (2003), ce score est situé dans le quartile de la population obtenant les scores les plus faibles (entre 0 et 73). Les capacités de résilience d'Adil sont donc considérées comme étant faibles.
- Amina a quant à elle obtenu un score de 46, ce qui la situe également dans le quartile le plus bas de la population. Elle affiche un score particulièrement faible, ses capacités de résilience sont donc très basses par rapport à l'ensemble de la population.

##### **Sur l'Échelle d'Ajustement dyadique,**

- Adil et Amina obtiennent un score respectif de 132 et 125, leur score moyen étant donc de 128,5. Ce score dépasse le seuil clinique de 107 ((Graham, Liu & Jeziorski, 2006), le couple peut être considéré comme étant ajusté.

##### **À la sous-échelle Cohésion,**

- il semble important de noter que leur score moyen (22,5) se situe bien au-dessus de la moyenne de la population de référence (16,5 ; avec un écart-type de 4,2). Cela signifie qu'Adil et Amina considèrent que leur couple est très uni, qu'ils accordent de l'importance dans le fait de partager ensemble leurs activités ou des intérêts communs et sont capables de s'engager de manière régulière dans des interactions positives.

##### **Aux autres sous échelles,**

- leurs scores moyens sont situés dans la moyenne de la population de référence.

##### **Sur l'Inventaire de Coping Dyadique,**

- Adil obtient un score total de 148. Ce score, selon les normes posées par Bodenmann (2008), est situé au-dessus de la moyenne (supérieur à 145).
- Amina obtient pour sa part un score de 126 et se situe dans la fourchette normale (entre 111 et 145), et se situe dans la moyenne.

### **Sur l'Échelle de deuil pré et périnatal,**

- le score total d'Adil est de 92. Ce score dépasse le seuil clinique de 91 proposé par Potvin, Lasker et Janssen (2001) et reflète ainsi un haut degré de deuil.
- Amina obtient quant à elle un score total de 136. Ce score dépasse de manière très significative le seuil clinique de 91. Cela indique un très haut degré de deuil.

### Aux sous-échelles *Deuil actif*, *Difficulté de coping* et *Désespoir*,

- Les scores qu'Adil obtient se situent tous en dessous des seuils cliniques.
- Amina obtient pour sa part:
  - le score de 45 à la sous-échelle *Deuil actif*, ce qui est nettement supérieur au seuil clinique de 34 proposé par ses auteurs. Cela indique qu'elle éprouve un sentiment très élevé de tristesse, de manque par rapport au bébé et le manifeste de manière très régulière.
  - le score de 46 à la sous-échelle *Difficulté de coping* est très nettement supérieur à son seuil clinique (30). Cela signifie qu'Amina éprouve de fortes difficultés à faire face aux activités quotidiennes et sociales et pouvant suggérer une forme d'isolement voire de dépression.
  - le score de 42 à la sous-échelle *Désespoir*, ce qui est très nettement supérieur à son seuil clinique (27). Cela indique qu'Amina ne perçoit pas du tout l'avenir de manière positive et éprouve fréquemment le sentiment d'être sans valeur et inutile.

#### **4.2.1.3 Analyse des données récoltées lors de l'entretien**

Depuis quelques années, Amina et Adil désirent fortement avoir des enfants et « former une grande famille comme la leur ».

Malheureusement, le couple a connu trois grossesses qui ne sont jamais arrivées à terme. En effet, dans le courant de l'année 2017, la première grossesse a été interrompue à la 17<sup>ème</sup> semaine de gestation pour cause d'oligoamnios (présence trop faible de liquide amniotique),

qui a fait suite à une rupture de la poche amniotique. Au moment de l'annonce du diagnostic, les parents sont « sans voix », dans un état de sidération qui durera plusieurs jours.

Cet événement a été « extrêmement difficile à vivre » pour eux. Ils expliquent ne jamais s'être « préparés aux risques » et à l'éventualité d'un décès en cours de grossesse. L'annonce du diagnostic leur « est tombé sur la tête » de « façon très violente ». Adil est sous le choc et se dit « fâché avec la médecine » qui ne « donne pas assez d'informations » à ce sujet. Amina, quand elle évoque sa fille décédée, manifeste beaucoup de tristesse.

La deuxième grossesse s'est interrompue après 8 semaines d'aménorrhée (fausse couche précoce). Ils semblent manifester moins d'émotion en parlant de celle-ci. Cependant, ils ont tenu à « donner un nom à l'enfant ».

La troisième et dernière grossesse a quant à elle été interrompue à 22 semaines de gestation, ayant pour cause une béance du col de l'utérus. La naissance de cette dernière grossesse a eu lieu le 27 janvier 2019 et c'est autour de cette situation de deuil que portera plus précisément notre entretien.

Aux alentours de la mi-septembre, Amina effectue un test de grossesse et découvre qu'elle est enceinte. Cette grossesse est « attendue » mais appréhendée, car ses deux dernières grossesses se sont « fort mal terminées ».

Les premières semaines de la grossesse se passent sans encombre, mais le couple est constamment sur le qui-vive, à l'affût du moindre symptôme négatif. En effet, le spectre des deux derniers deuils flotte toujours au-dessus d'eux et ils font part d'une hypervigilance quant aux stimuli pouvant indiquer une quelconque complication. Cela engendre beaucoup de stress, particulièrement chez Amina.

À la 17<sup>ème</sup> semaine de grossesse, Amina intègre une chambre dans le service de la maternité au CHR de la Citadelle car elle est « fort angoissée », suite à des « saignements inhabituels ». Ces derniers ne semblent pas réellement alarmants mais le personnel-soignant accepte cependant qu'elle reste en chambre « pour la rassurer ». Elle intègre pourtant une semaine plus tard l'unité MIC<sup>14</sup> car elle ressent des douleurs vives au ventre et ce qui ressemble à « des contractions ». Une échographie indiquera que la poche amniotique s'est déplacée, le col interne de l'utérus s'étant ouvert précocement. Elle restera donc alitée pendant deux semaines

---

<sup>14</sup> Maternal Intensive Care – soins intensifs maternels

au MIC, pendant lesquelles Adil vient la voir quotidiennement « pour la soutenir ». Les moments « sans son mari » sont éprouvants car elle vit mal cette solitude. Aussi, Amina « commence à sentir le bébé bouger », lui parle tout le temps et lui fait écouter des prières et ressent un « lien fort » avec lui. Adil partage sa joie également mais comme « le bébé n'est pas dans [son] ventre, c'est différent ». Les choses deviennent plus concrètes pour lui au fur et à mesure que le ventre de sa compagne s'arrondit. D'ailleurs, ce ventre, il n'ose pas trop « le toucher » par « peur de faire mal, et de mal faire ». Il se sent « impuissant » et se concentre « uniquement sur sa femme » et son bien-être.

Elle réintègre ensuite le service de la maternité, à la 20<sup>ème</sup> semaine, « pour laisser la place à une maman dans une situation plus difficile », les chambres du service MIC étant toutes occupées.

À la 22<sup>ème</sup> semaine de gestation, souffrant de constipation du fait de son alitement prolongé, elle « force un peu trop fort » et expulse le bouchon muqueux pendant son passage aux toilettes, ce qui, compte tenu de l'ouverture de son col, indique un symptôme du début travail d'accouchement. La décision de faire accoucher Amina est immédiate : elle accouchera donc le 27 janvier à l'aube. Ne supportant pas « la vue du sang », Adil assiste tout de même à l'accouchement pour assister sa femme et est inquiet « pour elle et pour sa santé ». Amina, quant à elle, est « bloquée » et « n'arrive pas à pleurer ».

Après l'accouchement, Amina et Adil ont pu voir leur bébé décédé. Adil n'ose pas le prendre car « son bébé a l'air fort fragile ». Cela a été « un des plus beaux moments de leur vie » et décident de garder son bonnet de naissance comme le « bien le plus précieux » qu'ils possèdent, mais aussi une marque de son pied et de sa main. Leur plus grand regret est de se dire qu'ils n'auront jamais « la chance de connaître la personnalité » de leur enfant.

Amina, après avoir passé plusieurs semaines « enfermée dans une chambre, sur un lit », est « soulagée » de pouvoir sortir de l'hôpital et d'enfin rentrer chez elle, parle d'une véritable « libération ». Ce sentiment provoque en elle « beaucoup de culpabilité » car elle ne s'autorise pas « à aller bien après ce qu'il s'est passé ». Elle se met immédiatement en « pause-travail », qu'elle a prolongé pendant plusieurs mois.

Les parents organisent donc les funérailles les jours suivants, et avec l'accord d'un immam, ont préparé les obsèques selon les rites musulmans. Ce dernier point s'est révélé « beaucoup



plus compliqué que prévu » car, compte tenu du fait du statut particulier du bébé, plusieurs imams ont refusé d'effectuer les prières traditionnelles destinées au défunt.

Les familles des deux parents « sont maladroitement » et ne perçoivent pas la souffrance dans laquelle le couple se trouve. Certaines remarques ou silences de leur part blessent Adil (« vous êtes encore jeunes, vous avez le temps d'en refaire plus tard »), et il décide alors de prendre de la distance avec eux.

Le couple a été fort ébranlé par la perte de leur bébé. Amina a plusieurs fois parlé de séparation, blessée de ne pas avoir su lui « faire un enfant » et exprime un véritable « manque de confiance en soi » par rapport à sa féminité. Elle est « 24h/24 » dans son deuil, « ne pense qu'à [son] bébé ». Adil la soutient et travaille énormément afin de « s'occuper l'esprit » car s'ils sont « deux comme elle, on se suicide ».

Ne « [sentant] plus la fatigue », Adil développe tout de même « des ulcères et des maux de dos » qu'il attribue au stress occasionné par la situation du deuil. Il dit aussi être « beaucoup plus nerveux qu'avant » dans sa vie quotidienne. Amina, de son côté, « ne prend plus les choses à la légère comme avant » et maintient « une hygiène de vie » beaucoup plus stricte du point de vue de son régime et de son diabète. Elle crée également un groupe de « mamanges<sup>15</sup> » où celles-ci peuvent échanger librement sur leur expérience de mères endeuillées. Aussi, elle « se filme en vidéo » pour exprimer ce qu'elle ressent et éventuellement « les regarder plus tard pour voir le chemin parcouru ».

Amina ne comprend pas bien pourquoi son mari semble, en façade, moins affecté, « pourquoi il en parle si peu ». Adil, de son côté, explique que « on se noie tous les deux en même temps, on ne peut pas se sauver ». Ils arrivent quand même à en discuter, mais Adil préfère « que ça ne mange pas toute leur énergie ».

Depuis le décès, le couple « est plus soudé que jamais, inséparable ». Ils se sentent beaucoup plus mûrs que leurs pairs et ont « l'impression d'avoir vécu dix vies ». Amina est inquiète qu'Adil rencontre une autre femme « capable de lui donner un enfant ».

Quant à l'avenir, Amina « sent qu'elle ne sort absolument pas du deuil » tandis qu'Adil « oblige la vie à aller mieux » et essaye de regarder « vers d'autres objectifs ».

---

<sup>15</sup> Contraction de « maman » et « ange » désignant les mères ayant perdu un enfant en cours de grossesse.

### **4.2.2 Analyse de la situation n°2 : Emma et Victor**

#### **4.2.2.1 Anamnèse**

Nous rencontrons Emma et Victor le 1<sup>er</sup> août 2019 à 12h45, dans une chambre de l'unité MIC au sein du CHR de la Citadelle. L'entretien a duré approximativement 2h15. Nous rencontrons ce couple suite à une interruption médicale de grossesse à la 19<sup>ème</sup> semaine, qui eut lieu à la fin du mois de juillet 2019.

Emma est une femme de 31 ans, d'origine camerounaise. Elle est actuellement sans emploi, elle est la cadette d'une fratrie de quatre enfants, dont deux frères et une sœur. Victor est un homme de 29 ans, également d'origine camerounaise. Il travaille comme peintre en bâtiment pour une entreprise de construction. Ils sont ensemble depuis maintenant quatre ans et ont une petite fille de 9 mois.

#### **4.2.2.2 Analyses des données récoltées via les questionnaires**

*Sur l'Échelle de Résilience de Connor-Davidson,*

- Victor obtient un score de 59. Selon les normes de Connor-Davidson (2003), ce score se situe dans le quartile de la population de référence ayant obtenu les scores les plus bas (entre 0 et 79). Les capacités de résilience de Victor sont considérées comme étant faibles.
- Emma obtient quant à elle un score de 52. Ce score se situe également dans le quartile le plus de la population de référence. On peut donc considérer que ses capacités de résilience sont faibles.

*Sur l'Échelle d'Ajustement Dyadique,*

- Victor et Emma obtiennent les scores respectifs de 117 et 111. Leur score moyen est de 114 et se situe donc dans la moyenne de la population de référence (113,7 ; écart-type de 14,9). Ce score ne se situe pas en-dessous du seuil clinique de 107 (Graham, Liu & Jeziorski, 2006). Ils perçoivent donc la qualité de leur relation comme étant satisfaisante.

*À la sous-échelle Cohésion,*

- leur score moyen (21) se situe nettement au-dessus de la moyenne de la population de référence (16,5 ; avec un écart-type de 4,2). Cela signifie que Victor et Emma

considèrent que leur couple est très uni, qu'ils accordent de l'importance de partager ensemble leurs activités ou des intérêts communs et sont capables de s'engager de manière régulière dans des interactions positives.

- Leurs scores moyens sur les autres échelles se situent dans la moyenne de la population de référence.

### **Sur l'Échelle de Coping Dyadique,**

- Victor obtient un score total de 106. Selon les normes posées par Bodenmann (2008), ce score se situe en dessous de la moyenne (inférieur à 111).
- Emma obtient un score de 110. Ce score se situe également en dessous de la moyenne (inférieur à 111).

### **Sur l'Échelle de deuil pré et périnatal,**

- Victor obtient un score de 58. Ce score se situe bien en dessous du seuil clinique proposé par Potvin, Lasker et Janssen (2001), ce qui n'indique pas un haut degré de deuil.
- Emma obtient quant à elle un score total de 108. Ce score se situe bien au-dessus du score clinique proposé par les auteurs

### **Aux sous-échelles *Deuil actif*, *Difficultés de coping* et *Désespoir*,**

- les scores que Victor obtient se situent tous en dessous du seuil clinique.

- Emma obtient pour sa part:

- le score de 45 à la sous-échelle *Deuil actif*, ce qui est nettement supérieur au seuil clinique de 34 proposé par ses auteurs. Cela indique qu'elle éprouve un sentiment très élevé de tristesse, de manque par rapport au bébé et le manifeste de manière très régulière.

- le score de 33 à la sous-échelle *Difficulté de coping* est supérieur à son seuil clinique (30). Cela signifie qu'Emma éprouve des difficultés à faire face aux activités quotidiennes et sociales.

- le score de 33 à la sous-échelle *Désespoir*, ce qui est supérieur à son seuil clinique (27). Cela indique qu'Emma ne perçoit pas spécialement l'avenir de manière positive et peut éprouver le sentiment d'être sans valeur et inutile.

### **4.2.2.3 Analyse des données récoltées lors de l'entretien**

Emma a connu deux grossesses. La première s'est déroulée sans « problème particulier » et donnera naissance à leur petite fille.

Le couple découvre la deuxième grossesse vers la fin du mois de février 2019. C'est une « très bonne nouvelle », car celle-ci est attendue. La famille d'Emma est « ravie » et « prend souvent des nouvelles d'elle ». La famille de Victor est un peu plus distante mais ils sont heureux pour le couple.

Le temps de la grossesse est relativement calme : l'amniocentèse<sup>16</sup> amène des « résultats positifs » et aucun symptôme ne vient troubler son bon déroulement. Victor est « fort occupé » par le travail et n'est pas « souvent à la maison ». Il arrive à Emma de « lui reprocher » à certains moments, mais le couple trouve tout de même des moments d'intimité.

Emma « pense beaucoup au bébé » et essaye de l'imaginer « plus tard ». Son compagnon m'explique qu'il a des difficultés à se projeter et qu'il attend de « voir le bébé » plutôt que de « penser tout le temps à ça ».

Au mois de juillet, vers la 18<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée, le couple effectue une visite chez le gynécologue afin d'effectuer une échographie et une prise de sang, visant à repérer certains marqueurs de la trisomie. « Sans se poser de plus de questions que cela », le couple attend les résultats du test, qui est à leurs yeux « une pure formalité ».

Quinze jours plus tard, les résultats de l'examen révèlent cependant un diagnostic qui va « bouleverser » tous les projets du couple, car ce dernier apprend que l'enfant est atteint de trisomie 21. La nouvelle tombe « comme un couperet ». Victor est « sans-voix » et tente de reconforter sa compagne « comme il peut ».

Vient le temps de la réflexion : faire le choix de « stopper la grossesse ou la continuer ? ». Victor ne veut pas « forcer un choix » sur sa femme et lui laisse, puisque « c'est elle qui le porte dans son ventre », prendre la décision finale. Pour sa part, il pense « qu'élever un enfant

---

<sup>16</sup> Procédure médicale invasive utilisée pour un diagnostic prénatal par un prélèvement du liquide amniotique

trisomique » n'était pas du tout dans leurs projets et penche donc plus en faveur de « ne pas continuer la grossesse ».

Finalement, Emma décide de ne pas poursuivre sa grossesse, l'idée de devoir « toute sa vie » prendre soin d'un enfant handicapé « l'angoisse énormément ». Elle « culpabilise » tout de même « beaucoup ». Victor la soutient « totalement » dans cette décision et sait que la situation est « compliquée » pour sa femme.

Le couple a parlé « un petit peu » avec son entourage de la situation mais craint la réaction de leurs familles respectives, car « la religion a un rôle important » au sein de ces dernières. Ils s'apprêtent « à leur tenir tête, coûte que coûte ».

L'accouchement a lieu le 31 juillet 2019, se déroule sans heurt particulier. Le lendemain, Emma se sent « complètement vide » et a dû mal à « parler de sa tristesse et à penser au bébé ». Victor est contraint de reprendre le travail immédiatement puisqu'ils « ne roulent pas sur l'or ».

Quand ils évoquent l'avenir, Emma se dit « un peu perdue » et attend « de voir comment les choses se passeront » tandis que Victor « essaye de plus se concentrer sur des choses concrètes » comme le travail, mais aussi le « bien-être » de sa femme.

### **4.2.3 Analyse de la situation n°3 : Lise et Jean**

#### **4.2.3.1 Anamnèse**

Nous rencontrons Lise et Jean le 05 août 2019 à 18h à leur domicile. L'entretien a duré environ 3h15. Lise a subi une interruption médicale de grossesse faisant suite à une éclampsie, qui eut lieu dans le courant du mois de mai 2019.

Lise est une femme belge de 34 ans, secrétaire dans un bureau d'avocat. Elle a un frère plus jeune qu'elle. Jean a 34 ans également et travaille comme couvreur indépendant. Il a deux sœurs plus âgées que lui. Ils sont ensemble depuis 4 ans au moment de la rencontre.

#### **4.2.3.2 Analyses des données récoltées via les questionnaires**

*Sur l'Échelle de Résilience de Connor-Davidson,*

- Jean obtient un score de 81. Selon les normes Connor et Davidson (2003), ce score se situe dans le 2<sup>ème</sup> quartile (entre 25 et le 50<sup>ème</sup> percentile) de la population de référence. Ce score est néanmoins proche de la médiane (82) et indique que les capacités de

résilience de Jean, si elles ne sont tout de même pas suffisamment bonnes, ne sont pas faibles pour autant.

- Lise a pour sa part obtenu un score de 74, ce qui la situe également dans le 2<sup>ème</sup> quartile. Ce score indique que ses capacités de résilience ne sont pas suffisamment bonnes, le score médian se situant à 82.

### Sur l'Échelle d'Ajustement Dyadique,

- Jean et Lise obtiennent respectivement un score de 133 et 138. Leur score moyen est donc de 135,5 et situe au-dessus de la moyenne de la population de référence (113,7 ; avec un écart-type de 14,9). Il dépasse également le seuil clinique de 107 (Graham, Liu & Jeziorski, 2006) ; leur couple peut donc être considéré comme étant ajusté.

Aussi, à la sous-échelle *Consensus*,

- leur score moyen (59,5) dépasse significativement le score moyen de la population de référence (49,7 ; avec un écart-type de 6,4). Cela signifie qu'ils sont souvent en accord sur plusieurs sujets importants.

De plus, à la sous-échelle *Satisfaction*,

- leur score moyen (46,5) dépasse significativement le score moyen obtenu par la population de référence (39 ; avec un écart-type de 5,8). Cela signifie que Lise et Jean perçoivent un haut degré d'harmonie, d'engagement et d'investissement dans leur relation.

Enfin, à la sous-échelle *Cohésion*,

- le score moyen de Lise et Jean (22,5) est nettement supérieur au score moyen obtenu par la population de référence (16,5 ; avec un écart-type de 4,2). Cela indique que Lise et Jean considèrent que leur couple est très uni, qu'ils accordent de l'importance de partager ensemble leurs activités ou des intérêts communs et sont capables de s'engager de manière régulière dans des interactions positives.

Sur la sous-échelle *Expression affective*,

- leur score moyen se situe dans la moyenne de la population de référence.

### **Dans l'Échelle de Coping Dyadique,**

- Jean et Lise obtiennent les scores respectifs de 139 et 129. Ces scores se situent, selon les normes posées par Bodenmann (2008), dans la moyenne (supérieurs à 145).

### **Sur l'Échelle de deuil pré et périnatal,**

- Jean obtient un score total de 111. Ce score se situe au-dessus du seuil clinique (91) posé par Potvin, Lasker et Janssen (2001). Cela indique chez Jean un haut degré de deuil.
- Lise obtient également un score total de 111. Son score dépassant le seuil clinique proposé par les auteurs de l'échelle, on peut considérer qu'elle se trouve à un haut degré de deuil.

### **À la sous-échelle *Deuil actif*,**

- Jean obtient le score de 43 et Lise celui de 40, ce qui est nettement supérieur au seuil clinique de 34 proposé par ses auteurs. Cela indique que chacun d'eux éprouve un sentiment très élevé de tristesse, de manque par rapport au bébé et le manifeste de manière très régulière.

### **À la sous-échelle *Difficulté de coping***

- Jean obtient le score de 34 et Lise celui de 32 ce qui est supérieur à son seuil clinique (30). Cela signifie que chacun d'eux éprouve des difficultés à faire face aux activités quotidiennes et sociales.

### **À la sous-échelle *Désespoir***

- Le score de 34 obtenu par Jean est nettement supérieur à son seuil clinique (27). Cela indique qu'il ne perçoit pas l'avenir de manière positive et éprouve le sentiment d'être sans valeur et inutile.
- Le score de 39 obtenu par Lise est très nettement supérieur à son seuil clinique (27). Cela indique que Emma ne perçoit du tout l'avenir de manière positive et éprouve, elle aussi, le sentiment d'être sans valeur et inutile.

### **4.2.3.3 Analyse des données récoltées lors de l'entretien**

Lise a connu deux grossesses. La première, extra-utérine, a été interrompue immédiatement après sa découverte (le bébé se développant dans la trompe de Fallope, en dehors de l'utérus). Lise dit ne pas avoir été trop affectée par cette perte car elle n'a « pas eu le temps de vraiment réaliser » qu'elle était enceinte.

Ils décident alors d'attendre au moins six mois avant de « recommencer à essayer ».

La deuxième grossesse a été découverte par Lise le 7 janvier et était attendue. La nouvelle réjouit le couple et son entourage. Les premières semaines de la grossesse se déroulent « sans problème » et sans symptômes physiques inconfortables. Jean est « protecteur et s'occupe de tout », effectue toutes les tâches ménagères et travaille sans relâche sur les nombreux travaux que leur maison, « en chantier complet », nécessite.

Début avril, à quatre mois et demi de grossesse, Lise attrape la grippe et pense que cela « diminue son système immunitaire » et commence à éprouver une « profonde fatigue ». Elle n'en « fait pas grand cas », car ces symptômes sont, selon elle, « ceux de la grossesse ».

Début mai, elle ressent un « mal de ventre très intense ». Son entourage tente de la rassurer, pensant à une gastrite, mais la douleur est telle que son sommeil en est fort affecté. Elle s'endort plusieurs nuits « en position assise », car ses maux de ventres l'empêchent de se mettre à l'horizontal. Jean s'inquiète et insiste pour qu'elle aille consulter rapidement. Elle se rend donc à l'hôpital, où ses prises de sang indiqueront un taux très faible de plaquettes sanguines, « presque deux fois moins que la normale ». Sa tension est également fort élevée, ce qui laisse supposer qu'elle pourrait faire une prééclampsie<sup>17</sup>.

C'est à ce moment que Lise est envoyée dans l'unité MIC du CHR de la Citadelle, en observation, afin de confirmer le diagnostic et de mesurer son ampleur. Jean n'est aux côtés de son épouse à ce moment-là.

Ensuite, « tout se passe très très vite ». La gynécologue prévient Lise qu'elle développe une éclampsie<sup>18</sup>, et que la situation « est grave ». Plusieurs intervenants (médecin, gynécologue, infirmière, etc) vont « défiler dans la chambre » les uns après les autres. Lise capte « certains mots au vol » et entend sa gynécologue parler d'interruption de grossesse. En effet, on lui

---

<sup>17</sup> Cette affection est assez courante chez les femmes enceintes (entre 70 et 75% des cas lors d'une première grossesse).

<sup>18</sup> Crise convulsive généralisée survenant chez une femme enceinte dans un contexte d'hypertension gravidique



annonce que son état de santé empire d'heure en heure et que son pronostic vital pourrait être engagé. Pendant tout ce temps, elle se sent « dans le gaz », état qu'elle interprète comme lié au fait « d'avoir pris beaucoup de paracétamols ». Elle se dit « spectatrice d'elle-même ». Son mari arrive peu de temps après : il « fulmine » : lui, qui « trouve toujours des solutions » aux problèmes auxquels il « fait toujours face », ne comprend pas « qu'en Belgique, pays réputé pour ses maternités » on ne puisse pas « au moins essayer » de régler la situation et « sauver son enfant ». Il se montre très nerveux avec le personnel-soignant, en « colère » contre la situation et l'hôpital. Lise se souvient ne pas avoir été « effondrée sur le coup », pensant que son « bébé pourrait intégrer le service néonatalogie » du CHR, malgré les explications répétées des médecins contredisant cette idée. Elle garde « étrangement peu de souvenirs » de cet épisode.

Confronté au fait que sa femme « était en danger de mort », il autorise les médecins à « embarquer » sa femme dans le bloc opératoire, afin d'effectuer une césarienne sous anesthésie. Jean insiste tellement pour assister à l'opération que les chirurgiens l'autorisent à rester, en retrait et en combinaison. Il « ne tient plus en place », persuadé que sa femme « pourrait y rester », ce qui, selon les médecins, n'est pas une éventualité à exclure.

Jean, pendant que Lise est encore sous anesthésie, a l'occasion de rencontrer son enfant, qui a ce moment, est encore vivant. Ses poumons n'étant pas encore développé de manière suffisante, suite à un problème de croissance lié à l'éclampsie de Lise, il vivra quelques dizaines de minutes après sa naissance. Le père a l'impression « qu'une vie s'était écoulée » pendant qu'il le tenait dans ses bras jusqu'à son décès et qu'un « lien très fort » les a uni dans ce moment d'intimité. Il « souffre » en symbiose avec son enfant et dit s'être « vraiment senti père pour la première fois après qu'il est parti ». Lise, après s'être réveillée, a pu également voir son bébé, malheureusement décédé entre-temps. Elle en garde « un souvenir précieux et inaltérable », malgré « l'effet des sédatifs ».

Le couple apprend un peu plus tard que, les poumons de leur enfant n'étant « pas assez développés », ce dernier aurait probablement souffert d'un « handicap lourd », dans le cas où il aurait survécu jusqu'au terme de la grossesse. Cette idée apporte au couple un peu « de réconfort ».

Après l'accouchement, toujours à l'hôpital, sa vie « est en pause ». Elle ne travaille pas, reste à la maison et décrit un « blocage émotionnel ». Elle « rit avec ses amies » et pense à retourner

au travail « rapidement ». C'est uniquement quand les funérailles sont évoquées trois jours plus tard que « la pièce tombe » : elle n'est « plus enceinte ». Elle s'effondre « littéralement ». Le couple se rend tous les jours à la morgue de l'hôpital pour voir leur bébé. Aussi, les parents ont « été très touchés » par les employés qui y travaillent, qui se sont montrés « très respectueux et professionnels » à leur égard, et ont autorisé la venue d'un prêtre pour bénir leur enfant.

Quitter l'hôpital pour retourner au foyer familial a été « une étape très difficile » pour Lise, qui a l'impression « d'abandonner » son bébé. La première semaine du retour, Jean met son entreprise en pause, mais très vite il reprend ses chantiers et « se jette dans le travail ». Pour lui, « rester à la maison, c'est devenir fou ». Il ne partage que très peu ses émotions avec Lise et « angoisse pour elle ».

L'entourage et la famille de Lise et Jean se montrent « très soutenant », envoient « des montagnes de fleurs » et accompagnent le couple les jours qui suivent le décès. Le couple, bien que « reconnaissant », manifeste tout de même un besoin d'intimité et ne désire pas « tout raconter, encore et encore, et à tout le monde ». Suivant cette idée, les funérailles ont lieu le 20 mai, dans l'intimité.

À la maison, Jean n'arrive plus à continuer « les travaux et les finitions » qu'il avait prévus de terminer avant le terme de la grossesse : il a le sentiment « de ne plus avoir d'objectifs, ni d'échéance ». Lise passe la plupart de ses journées devant la télévision « pour s'occuper l'esprit » et le soir, pleure beaucoup en pensant au bébé. La présence de son mari « facilite les choses », car il tente souvent « de la faire rire et de lui changer les idées ».

Pendant un rendez-vous avec sa patronne visant à déterminer la date de son retour au travail, Lise se sent « à fleur de peau ». Elle nous explique que, dans son métier, elle est souvent confrontée à « des enfants négligés par leurs parents », et elle ressent « une profonde injustice » pour les femmes qui, comme elle, désire « au plus profond de leur être » devenir mère et n'ont pas « eu la chance d'en avoir ». Quand elle croise des mères dans la rue, elle ne peut s'empêcher de les « regarder avec envie, parfois jalousie » même si elle se défend « de leur souhaiter malheur ».

Depuis le décès, Lise et Jean observent qu'ils « se sont moins disputés qu'avant ». Lise remarque que Jean est « plus affectueux, plus démonstratif », lui qui a d'habitude « un cœur de pierre ». Ils communiquent beaucoup, parle de tout « sauf du bébé, étrangement ». Lise dit avoir peur de faire de la peine à son mari « en en parlant trop souvent ». Jean, quant à lui,

n'exprime pas le désir d'en parler et préfère ne pas le faire afin de ne pas « raviver » la souffrance de sa femme et « se faire du mal ». Il y « pense souvent » mais désire « reprendre le cours de sa vie ».

Le couple s'est rendu deux fois aux réunions mensuelles du Groupe d'Aide aux Parents Endeuillés (GAPE) organisées par le CHR de la Citadelle. Partager leur expérience avec d'autres parents « dans la même situation qu'eux ou presque » leur a permis, entre autres, de mieux comprendre certaines des réactions de leur partenaire : « j'ai reconnu Jean dans la manière dont certains pères préféreraient ne pas montrer trop souvent leurs émotions à leur compagne », explique Lise.

Face au deuil, Jean pense qu'il « faut un pilier pour ne pas que tout s'écroule ». Lise soutient cette idée et rajoute que « quand l'un des deux craque, l'autre le soutient ». Ils se sentent « plus unis qu'avant » : la question d'une séparation ne s'est vraiment jamais posée depuis le décès, car si « cela arrive, la vie aura gagné sur nous ».

Quand ils parlent d'un futur projet de grossesse, Lise, si elle éprouve tout de même de l'angoisse, dit être « mieux préparée ». Jean, pour sa part, regarde l'avenir avec plus de sérénité et « gèrera la situation au moment où elle se présentera ».

### **4.2.4 Analyse de la situation n°4 : Aïda et Brahim**

#### 4.2.4.1.1 Anamnèse

Nous rencontrons Aïda et Brahim le 6 août 2019 à 14h, à leur domicile. L'entretien a duré environ 3h15. Ce dernier fait suite à une mort fœtale de cause actuellement inconnue à la 33<sup>ème</sup> semaine de grossesse, qui eut lieu dans le courant du mois de juillet 2019.

Aïda est une femme de 34 ans, sans emploi et mère au foyer. Elle a deux frères plus âgés qu'elle. Brahim est un homme de 36 ans, travaille pour la Ville de Liège comme ouvrier de voirie. Il a une sœur et un frère plus jeunes que lui. Ils ont trois enfants, qui ont respectivement 2, 3 et 6 ans. Cela fait maintenant 10 ans qu'ils sont en couple et 8 ans qu'ils sont mariés. Le couple est originaire du Maroc et est de confession musulmane.

#### 4.2.4.1.2 Analyses des données récoltées via les questionnaires

### Sur l'Échelle de Résilience de Connor-Davidson,

- Brahim obtient un score total de 85. Selon les normes posées par Connor-Davidson (2003), ce score se situe dans le 3<sup>ème</sup> quartile de la population de référence (ayant obtenu un score entre 83 et 90). Il dépasse le seuil clinique (82) et on peut donc considérer que ses capacités de résilience sont suffisamment bonnes.
- Le score total d'Aïda est de 79, et se situe également dans le 2<sup>ème</sup> quartile de la population de référence. Ce dernier ne dépasse pas le seuil clinique (82), on peut donc affirmer que ses capacités de résilience d'Aïda ne sont suffisamment pas bonnes.

### Sur l'Échelle d'Ajustement Dyadique,

- Brahim et Aïda obtiennent respectivement un score de 138 et 123. Leur score moyen est donc de 130,5 et situe au-dessus de la moyenne de la population de référence (113,7 ; avec un écart-type de 14,9) et du seuil clinique (107). On peut donc affirmer que leur couple est ajusté.

### Sur la sous-échelle de *Consensus*,

- Le couple obtient un score moyen de 56. Ce score est significativement plus élevé que le score moyen obtenu par la population de référence (49,7 ; avec un écart-type de 6,4). Cela signifie qu'Aïda et Brahim estiment être en accord sur la plupart des sujets importants.

### Sur la sous-échelle *Cohésion*,

- Il semble important de noter que le couple obtient, , un score significativement supérieur (23,5) au score moyen obtenu par la population de référence (16,5 ; avec un écart-type de 4,2). Cela indique que Brahim et Aïda considèrent que leur couple est très uni, qu'ils accordent de l'importance de partager ensemble leurs activités ou des intérêts communs et sont capables de s'engager de manière régulière dans des interactions positives.

### Aux sous-échelles *Satisfaction* et *Expression affective*,

- leurs scores moyens se situent dans la moyenne de la population de référence.

### Sur l'Échelle de Coping Dyadique,

- Brahim et Aïda obtiennent les scores respectifs de 163 et 161. Ces scores sont situés, selon les normes posées par Bodenmann (2008), au-dessus de la moyenne (supérieurs à 145).

### Sur l'Échelle de deuil pré et périnatal,

- Brahim obtient le score total de 102. Ce score est supérieur au seuil critique de 91 proposé par Potvin, Lasker et Janssen (2001), ce qui indique un haut degré de deuil.
- Aïda obtient pour sa part un score total de 97. Ce score est situé, lui aussi, au-dessus du seuil clinique.

### À la sous-échelle *Deuil actif*,

- Brahim et Aïda obtiennent les scores respectifs de 41 et 39. Ces scores sont supérieurs au seuil clinique de 34 proposé par ses auteurs. Cela indique que chacun d'eux éprouve un sentiment de tristesse et de manque par rapport au bébé et le manifeste de manière régulière.

### À la sous-échelle *Désespoir*,

- Brahim obtient le score de 35 qui est nettement supérieur à son seuil clinique (27). Cela indique qu'il ne perçoit pas l'avenir de manière positive et éprouve souvent le sentiment d'être sans valeur et inutile,
- Le score (30) qu'elle obtient à la sous-échelle *Désespoir* est supérieur à son seuil clinique (27). Cela indique qu'Aïda ne perçoit pas forcément l'avenir de manière positive et éprouve parfois le sentiment d'être sans valeur et inutile.

#### 4.2.4.1.3 Analyse des données récoltées lors de l'entretien

Aïda a connu quatre grossesses, les trois premières s'étant « bien déroulées ». Mis à part un faux-positif pour le test de détection de la trisomie à sa troisième grossesse qui a généré « beaucoup de peur » chez les deux parents, rien de spécialement inhabituel ne s'est passé au cours de ces grossesses.

Le couple découvre la grossesse vers la mi-décembre, après un mois d'aménorrhée. Celle-ci est attendue par les deux parents.

Pendant trois mois tout se déroule « sans problème », Aïda ne ressent presque qu'aucun symptôme négatif et déclare « qu'après trois grossesses », elle « la vit tranquillement ». Elle explique que son ventre n'est pas spécialement arrondi et « qu'on ne voit pas » qu'elle est enceinte.

Un examen médical lui stipule qu'elle souffre du diabète gestationnel<sup>19</sup>. Cela implique pour Aïda de se faire des piqûres d'insuline assez régulièrement et de suivre un régime particulier. Elle ne suit cependant pas le régime à la lettre car ses tests de glucose « ne sont pas inquiétants ».

En dehors de cela, la grossesse se déroule « sans souci », le couple part même en vacances au Maroc avec l'accord de leur médecin. Aussi le diabète gestationnel semble s'être résorbé, selon un nouveau diagnostic. Le 10 juillet, le couple se rend chez leur gynécologue afin d'effectuer une échographie, qui se déroule parfaitement : le bébé a une taille et un poids normal et ses battements de cœur sont réguliers.

La nuit du 29 juillet, vers deux heures du matin, Aïda se réveille en sursaut et interpelle son compagnon : elle ne « sent presque plus » le bébé et son ventre « semble relâché ». Très paniquée, elle ingurgite énormément de sucre, pensant que l'inactivité de son bébé est liée à son taux de glycémie, et se rend ensuite aux urgences avec son mari et ses trois enfants.

Arrivée à l'hôpital, au quatrième étage du CHR où se trouve le service obstétrique, elle est désorientée et « complètement perdue ». Elle panique en ne sachant vers qui se tourner. Finalement, elle est prise en charge par une infirmière qui l'emmène dans « la salle des moniteurs pour les échographies », pendant que son mari cherche une place et « s'occupe des enfants ».

Extrêmement stressée, une échographie est effectuée et le gynécologue « ne trouve pas les battements de cœur sur l'écran ». Ce dernier « fait un regard » à son collègue en faisant une petite moue dubitative. Aïda comprend « que quelque chose ne va pas ». Soudain, elle « devient

---

<sup>19</sup> Augmentation de la glycémie au cours du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, pouvant dans certains cas entraîner un diabète de type chez la mère après l'accouchement.

comme spectatrice ». Quand on lui annonce que son « enfant est mort », elle est « calme et ne fais rien, ne bouge pas ». Aïda est « ailleurs, pas là dans la pièce ».

Quand Brahim arrive et voit sa compagne, il « comprend tout de suite ». Il tente de la « rassurer » mais Aïda le voit « partir plusieurs fois se laver le visage » pour dissimuler le fait qu'il pleure ».

Aïda demande pour « rester à l'hôpital » en observation. Elle ne veut pas rentrer à la maison « avec le bébé mort dans son ventre » et devient fort agitée. Les médecins lui proposent à plusieurs reprises « de prendre un calmant ou un médicament pour dormir », ce qu'elle refuse sur-le-champ, car elle ne « veut pas oublier » et « endormir sa douleur ».

À plusieurs reprises, elle « sent encore le bébé bouger ». Dans le service, elle insiste à plusieurs reprises auprès du personnel pour faire une deuxième échographie « pour vérifier une dernière fois ». Au moment où cette dernière est exécutée et qu'on lui explique exactement « ce qu'il y a sur l'écran » du moniteur, elle ressent « une sensation de froid » intense, elle « tremble », semble tétanisée et est frappée d'un « gros mal de tête ». Elle « réalise ».

Brahim reste à ses côtés, s'occupe d'elle et commence à s'inquiéter de l'état psychologique de sa femme. Cette dernière veut « accoucher immédiatement » et s'impatiente parce que l'échéance de la naissance est repoussée plusieurs fois.

Le 30 juillet, Aïda accouche avec Brahim à ses côtés : l'accouchement est « difficile, très douloureux ». Brahim « quitte la pièce » avant que le bébé naisse, fort nerveux. Ne sachant pas depuis combien de temps le bébé est décédé et si ce dernier « est fort abîmé », Aïda ne souhaite pas le voir au moment de la naissance et se « cache les yeux » quand les infirmières quittent la pièce avec le bébé. Cependant, quand elle quitte la salle d'accouchement, elle a l'impression d'abandonner « un morceau à part, une partie [d'elle-même] ».

Le lendemain de l'accouchement, elle « hésite » puis finalement ressent le besoin « de voir le bébé, de le toucher ». Elle demande au psychologue du service si le bébé « ressemble à un bébé normal » mais ce dernier lui explique que le bébé, à cause du décès et du temps écoulé, « a une drôle de couleur, un nez trop petit et le ventre très gonflé ».

Ensemble, ils décident que les photos du bébé seront gardées dans le bureau du psychologue, dans l'éventualité où les parents désireraient le voir dans le futur. Ils récupèrent le bonnet de naissance, le « bracelet de l'hôpital » et la trace de son pied.

Un événement vient troubler fortement Aïda : un infirmier insiste, après être rentré dans sa chambre, pour lui remettre les photos du bébé. Aïda refuse catégoriquement, expliquant l'arrangement qu'elle a pris avec le psychologue auparavant. Ce dernier laisse tout de même l'enveloppe sur la table de la chambre, malgré son refus. En pleurs, elle craque et décide de les regarder. Ce qu'elle voit en ouvrant l'enveloppe l'emplit d'effroi : le bébé sur les photos « est tout orange et bleu, tout gonflé et n'a pas de nez ». Depuis, elle « ne pense qu'à ça » et fait des « cauchemars » répétés à ce propos.

Aïda et Brahim ont peu d'amis avec qui partager leur histoire. Les familles des deux parents ne « comprennent pas » pourquoi ils sont si mal et minimisent la situation car ils disent qu'ils n'ont « pas vraiment connu le bébé ». Ils expliquent ne pas se sentir reconnus dans leur souffrance.

Le couple passe beaucoup plus de temps ensemble depuis le décès. Ils « sont tout le temps ensemble » et Brahim est aux « petits soins » avec sa compagne.



## 5 INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

---

La démarche de ce mémoire n'étant pas statistique, mais plutôt exploratoire, l'intérêt de cette recherche a donc été de faire ressortir certains éléments saillants dans notre de parents en situation de deuil. Il ne sera donc pas question d'inférer sur une population générale quelconque, ou de tirer de grandes conclusions hâtives à partir de leur vécu parfois si singulier, mais de rendre compte de certains processus qui semblent émerger de leur discours, de les confronter à la littérature traitant de ce domaine particulier, afin de proposer des voies de compréhension ou des perspectives de recherche sur base de ces rencontres. Dans cette optique, nous avons donc émis les hypothèses suivantes :

- 1. Les parents vivant une situation de deuil périnatal présentent un niveau d'ajustement dyadique élevé, particulièrement au niveau de leur cohésion ;*
- 2. Les stratégies d'ajustement au deuil périnatal diffèrent chez les deux conjoints ;*
- 3. Le décalage au niveau de leur stratégies d'ajustement peut être une source de tension au sein du couple.*

Après avoir observé les données récoltées à partir des questionnaires, il semblerait que la première hypothèse se confirme. En effet, aucun des couples et aucun de ses membres interrogés ne se trouvent sous le seuil clinique proposé par Graham, Liu et Jeziorski (2006), ce qui indique que ces derniers ne sont pas, de ce point de vue, mal ajustés. Mieux encore : après avoir réalisé une ANOVA factorielle à deux facteurs qui visait à comparer la moyenne des huit participants de cette recherche avec la moyenne de l'échantillon francophone de référence utilisée par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986), nous remarquons que notre échantillon a une moyenne significativement supérieure à cette dernière. Cette observation, si elle n'a pas la prétention d'être statistiquement valide, mérite tout de même d'être soulignée.

De plus, les résultats obtenus par l'ensemble des participants à la sous-échelle *Cohésion* montre indique un niveau significativement plus élevé que la moyenne l'échantillon francophone. Au

moins dans les situations particulières qui composent notre échantillon, ceci démontre l'hypothèse que l'expérience du deuil peut favoriser le rapprochement des conjoints sur le plan conjugal. Cette dernière affirmation, si elle était appuyée uniquement sur les résultats obtenus aux questionnaires, serait probablement un peu précipitée. Cependant, les informations recueillies auprès des participants pendant les entretiens convergent également dans ce sens : Amina et Adil « sont plus soudés que jamais, inséparables » ; Lise et Jean « sont plus unis qu'avant » ; Aïda est Brahim « passe plus de temps ensemble », etc.

Bien sûr, nous n'excluons pas qu'un évènement aussi douloureux et complexe que la perte d'un enfant puisse bouleverser la dynamique conjugale et la mettre, dans certains cas, à rude épreuve. Nous n'excluons pas non plus que cette cohésion soit passagère et circonstancielle. Nous remarquons simplement que dans l'échantillon de notre recherche, qui présente l'avantage de contenir des situations récentes et moins récentes, le facteur temps ne semble pas avoir eu un impact sur cette dimension de la vie conjugale des parents.

En ce qui concerne les stratégies d'ajustement employées par chaque membre du couple, l'analyse des entretiens soulève plusieurs points nous permettant de justifier, au moins en partie, notre deuxième hypothèse. Il ressort de ces derniers que les hommes de cet échantillon auraient une tendance plus marquée à orienter leurs stratégies vers la restauration là où les femmes tendent plus souvent pour l'utilisation de stratégies s'orientant vers la perte. Cela n'empêche absolument pas pour autant chaque membre du couple de passer d'un mode à l'autre au cours du temps et d'osciller entre les deux.

Les stratégies orientées vers la perte concernent les comportements ou les pensées spécifiquement dirigées vers la perte du lien avec le défunt. Il peut se comparer à la notion de « travail de deuil » évoqué dans les modèles de deuil plus anciens, consistant à des processus cognitifs de confrontation à la réalité de la perte, de ressasser en pensée les évènements qui ont précédé le décès et en se concentrant sur les souvenirs reliant la personne endeuillée au défunt (« je ne pense qu'à mon bébé [...] 24h/24 »).

Cela peut s'exprimer par des manifestations externes de tristesse (« j'ai pleuré toutes les nuits en sortant de l'hôpital »), de souffrance, par des ruminations (« je me demande souvent qui il aurait pu être »), des pensées intrusives (« quand je pense au bébé, je vois ces photos du bébé tout bleu »), des pensées plaisantes en lien avec le défunt (« je sais qu'il est au paradis, qu'il

nous voit ») ou par du désespoir (« je ne pense pas que je m'en sortirai ») ou de l'alanguissement. Tout cela s'organise autour de la recherche du défunt.

Les stratégies orientées vers la restauration sont moins centrées sur la relation au défunt mais concerne la réorientation de la vie de l'endeuillé ou de ses objectifs (« obliger la vie à aller mieux » ; « regarder vers d'autres objectifs » ; « reprendre le cours de sa vie »). Elle se caractérise par la reconstruction d'une nouvelle identité, d'un nouveau rôle et de la relation (« mamange » ; « on est allé au Groupe d'Aide aux Parents Endeuillés » ; « je me suis senti père pour la première fois après qu'il soit parti»). L'endeuillé peut décider de faire des nouvelles choses ou choisir de se distraire (« Il faut s'occuper l'esprit » ; « se changer les idées » ; « se concentrer sur des choses concrètes comme le travail » ; « je me suis jeté dans le travail »). Le déni est également une forme plus extrême de ce mécanisme (« j'étais dans un blocage émotionnel »).

Le modèle d'ajustement au deuil en double processus (DPM) de Stroebe et Schut (1999) a souvent été utilisé pour décrire l'ajustement à la perte d'un conjoint ou d'un proche. Les processus de deuil engagés dans ce type de perte sont, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, singulièrement différents d'une situation de deuil périnatal.

Dans la théorie, nous avons également relevé les différences en termes de réactions au deuil chez les hommes et chez les femmes. De plus, après avoir vérifié notre deuxième hypothèse, nous constatons que les pères diffèrent des mères quant à l'orientation de leurs stratégies et la fréquence de leur utilisation. Il s'agit dès lors d'éprouver notre troisième hypothèse suggérant que ce type de décalage peut provoquer des incompréhensions, des malentendus entre partenaires et à fortiori, des tensions au sein du couple.

Contrairement à nos attentes, cette hypothèse ne s'est pas avérée. À notre surprise, tout indique, dans notre échantillon, que ce soit même plutôt l'inverse qui semble se produire. Nous nous attendions à observer un *désaccordement*<sup>20</sup> entre les conjoints comme une conséquence intrinsèque de la difficulté, pour ces derniers, de se soutenir efficacement l'un et l'autre.

Au contraire, ce qui émerge des entretiens effectués avec les participants de notre échantillon, c'est que ce décalage agit comme un processus régulateur, permettant au couple de maintenir un certain équilibre dyadique (« quand l'un des deux craque, l'autre le soutient »). Cet équilibre

---

<sup>20</sup> Terme employé par Perrone et Doumit-Naufal (2019) pour désigner la « notion de tension entre les unités concernées qui n'agissent pas à l'unisson ».

protège en quelque sorte l'unité du couple et permettrait d'éviter l'effondrement psychique d'un des deux partis. L'oscillation décrites par Stroebe et Schut (1999) dont nous parlions précédemment, pourrait dans ce sens avoir une propriété homéostatique (« [...] pour que ça ne mange pas toute leur énergie ») et pourrait, sans être spécialement garante d'une harmonie constante, agir comme un garde-fou (« si on est deux comme elle, on se suicide »).

Ce processus d'oscillation peut, dans certains cas, être enclenché de manière volontaire par l'un des deux partenaires, en décidant par exemple d'éviter de parler de la perte et de rester stoïque en présence de son conjoint, dans le but de le protéger (« [...] se lavait le visage pour ne pas que je le vois pleurer » ; « [...] j'essaye de pas trop en parler pour ne pas la faire souffrir » ; « ne pas lui faire de la peine en parlant trop souvent »). Selon Stroebe et al. (2013), cette stratégie, nommée *partner-oriented self-regulation* (POSR), aurait un effet paradoxal : non seulement elle est associée à une augmentation du degré de deuil chez la personne qui l'emploie, mais elle affecte aussi négativement le deuil de son partenaire.

Ce phénomène semble, dans un premier temps, en contradiction avec nos observations qui indiquent que l'oscillation et le décalage dans les stratégies de coping peuvent en quelque sorte pondérer les réactions des partenaires entre eux. Cependant, une lecture plus attentive de la théorie développée par Stroebe et son équipe (2013) nous révèle que le POSR a des effets délétères quand il est associé à un biais d'interprétation ou de reconnaissance des états émotionnels et un manque de communication dans le couple. L'attitude stoïque affichée d'un individu dans le but de ne pas affecter son partenaire pourrait être perçu par ce dernier comme une forme d'indifférence et provoquer chez ce même partenaire le sentiment d'être seul à vivre le deuil.

Partant de cette idée, et après consultation de nos résultats, nous sommes forcés de reconnaître que notre échantillon est exclusivement composé de couples dont les niveaux d'ajustement et de cohésion sont particulièrement élevés. Dès lors, nous pouvons nous permettre de faire la supposition que les résultats obtenus sont particuliers à notre échantillon et nous ne pouvons qu'encourager les chercheurs à élargir cette recherche à un échantillon plus conséquent et à une plus grande diversité des niveaux d'ajustement.

## 6 CONCLUSION

---

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes intéressés à la manière dont une situation de deuil périnatal, et la détresse qu'elle suscite chez les parents endeuillés, pouvait affecter la dynamique du couple. De manière plus précise, nous avons voulu évaluer le niveau d'ajustement dyadique et la cohésion du couple après une perte périnatale. Dans le même sens, nous avons cherché à déterminer si les stratégies d'ajustement à ce type de deuil différaient selon les partenaires et dans le cas échéant, si ce décalage se révélait être source de tension au sein de la dyade.

Après avoir consulté la littérature scientifique touchant à cette thématique de manière approfondie, nous avons décrit dans les grandes lignes l'évolution du concept de deuil, en évoquant les références théoriques principales et leurs auteurs. Nous avons également expliqué les différents types de deuil ainsi que leurs implications sur le plan clinique. Ensuite, nous nous sommes penchés sur les anciens modèles du deuil et leur structures, en essayant pointer leurs forces mais également leurs faiblesses quand il s'agit de décrire la dynamique inhérente au deuil. De plus, après avoir défini quelques termes entourant le deuil périnatal, nous avons voulu mettre en lumière ses spécificités, touchant à sa nature même et aux réactions qu'il provoque chez les parents, en tant que couple et en tant qu'individu. Par après, dans le but de favoriser une meilleure compréhension de notre approche, nous avons développé certains concepts issus de recherches plus récentes.

Afin d'obtenir des éléments de réponses à nos questionnements, nous avons rencontré plusieurs couples ayant perdu un enfant en cours de grossesse. Ces derniers ont répondu à quatre questionnaires visant à mieux cerner leurs capacités de résilience individuelle, leurs capacités de coping dyadique, la qualité de leur relation et leur degré de deuil. Ensuite, nous avons recueilli leurs témoignages au travers d'un entretien semi-directif pour le confronter aux données récoltées aux questionnaires et à la littérature.

Les résultats que nous avons obtenus indiquent que les parents de notre échantillon ont un niveau d'ajustement et un niveau de cohésion significativement plus élevé que la moyenne de l'échantillon francophone de contrôle proposé par Baillargeon, Dubois et Marineau (1986). Cette observation est appuyée par nos analyses d'entretien et le récit des parents endeuillés.

## CONCLUSION

---

Aussi, nous avons remarqué des différences dans les stratégies d'ajustement au deuil périnatal employées par les membres du couple de notre échantillon. En effet, les pères semblent avoir opté plus fréquemment pour des stratégies orientées vers la restauration tandis que les mères ont plus souvent déployé des stratégies orientées vers la perte. Contrairement à nos attentes et à notre hypothèse de base, ce décalage dans l'utilisation des stratégies d'ajustement ne paraît pas avoir provoqué de tensions notables entre les conjoints. Au contraire, il aurait même agi comme un processus régulateur, en favorisant une forme d'équilibre psychique dans l'adaptation du couple à la perte.

Ces observations, si elles ne permettent pas une inférence statistique, ouvrent des pistes de compréhension sur les processus de deuil mis en jeu par les couples et leurs membres faisant face à une situation de deuil périnatal. Sous cet éclairage, il serait plus qu'intéressant pour les professionnels qui côtoient des parents endeuillés d'anticiper et de reconnaître les décalages potentiels dans l'orientation de l'ajustement de ces derniers. Ils pourraient, le cas échéant, mettre en place des interventions qui favoriseraient l'émergence d'un dialogue plus efficace entre partenaires en les aidant à faire face, individuellement et en couple, à la situation de deuil.

# 7 BIBLIOGRAPHIE

---

- Ainsworth, M. D. S. (1992). A consideration of social referencing in the context of attachment theory and research. In S. Feinman. (Ed.), *Social referencing and the social construction of reality in infancy* (pp. 349-367). Boston, MA: Springer. doi:10.1007/978-1-4899-2462-9-14
- Bacqué, M.-F. (2000). *Le deuil à vivre*. Paris, France : Odile Jacob.
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2009). *Le deuil*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P. & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(4), 245-256. doi:10.1080/01674820600870327
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique.. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(1), 25..
- Barr, P. (2006). Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. *Journal Of Perinatal Medicine*, 34(3), 207-211. doi:10.1515/JPM.2006.036
- Barfield, W. D. (2011). Standard Terminology for Fetal, Infant, and Perinatal Deaths. *Pediatrics*, 128(1), 177-181. doi:10.1542/peds.2011-1037
- Beaudet, L. & de Montigny, F. (1997). *Lorsque la vie éclate: L'impact de la mort d'un enfant sur la famille*. Montréal, Canada: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Bee, H. L., & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement: Les âges de la vie*. Louvain-La-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Bélangier, C., Sabourin, S., & Wright, J. (1993). Les développements récents dans l'étude de la communication et de la détresse maritale: évolution ou révolution ?. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 34(1), 3. doi:10.1037/h0078801
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches coping Inventar: DCI; Manual*. Huber.

- Bourgeois, M.-L. (2003). *Deuil normal, deuil pathologique : Clinique et psychopathologie*. Montrouge, France : Doin.
- Bowlby, J. (1961). Processes of Mourning. *International journal of psychoanalysis*, 42, 317-340. Récupéré de <https://www.pep-web.org/document.php?id=IJP.042.0317A>
- Bowlby, J. (1978-1984). *Attachement et perte* (Vols.1-3). Paris: Presses Universitaires de France.
- Burton, R. (1932). 1621. *The anatomy of melancholy*.
- Cacciatore, J., DeFrain, J. & Jones, K. L. C. (2008). When a baby dies: Ambiguity and stillbirth. *Marriage & Family Review*, 44(4), 439-454. doi:10.1080/01494920802454017
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 20(3), 227-234. Récupéré de [https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2006/07000/Perinatal\\_Loss\\_A\\_Family\\_Perspective.9.aspx](https://journals.lww.com/jpnnjournal/Abstract/2006/07000/Perinatal_Loss_A_Family_Perspective.9.aspx)
- Capitulo, K. L. (2004). Perinatal grief online. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(5), 305-311. Récupéré de [https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2004/09000/PERINATAL\\_GRIEF\\_ON\\_LINE.8.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2004/09000/PERINATAL_GRIEF_ON_LINE.8.aspx)
- Carter, D., Misri, S., & Tomfohr, L. (2007). Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clinical obstetrics and gynecology*, 50(1), 154-165. doi:10.1097/GRF.0b013e31802f1d28
- Chan, A. (2011). *Décès et deuil périnatal*. Récupéré de <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/deces-et-deuil-perinatal.pdf>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. doi : 10.1002/da.10113
- De Broca, A. (2010). *Deuils et endeuillés* (ed. 4). Paris, France : Masson.
- Delage, M., & Cyrulnik, B. (2010). *Famille et résilience*. Paris, France : Odile Jacob.



- DeMontigny, F., Lacharité, C., Baker, M. & Verdon, C. (2010). Décès périnatal: portrait des services offerts aux familles du Québec. Perspectives infirmières (Québec), septembre 24-27'.
- Djiba, A. (2014) *Expérience d'un deuil périnatal chez les femmes vivant dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean* (Mémoire). Récupéré de [https://constellation.uqac.ca/2901/1/Djiba\\_uqac\\_0862N\\_10013.pdf?fbclid=IwAR2ZKZXHvaJNoK-4dEwWyM6vAK7bpK5NKA1nPLNa7BzsJGnfTc9D5rE0\\_rg](https://constellation.uqac.ca/2901/1/Djiba_uqac_0862N_10013.pdf?fbclid=IwAR2ZKZXHvaJNoK-4dEwWyM6vAK7bpK5NKA1nPLNa7BzsJGnfTc9D5rE0_rg)
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 735-759). New York, NY : Guilford Press.
- Freud, S. (1915). *Deuil et mélancolie. Métapsychologie*. Paris, France: Gallimard.
- Freud, S. (1917). *Complément métapsychologique à la théorie du rêve. Métapsychologie*. Paris, France: Gallimard .
- Garel, M., Cahen, F., Gaudebout, P., Dommergues, M., Goujard, J., & Dumez, Y. (2001). Opinions des couples sur la prise en charge lors d'une interruption médicale de grossesse. *Gynécologie obstétrique & fertilité*, 29(5), 358-370. doi:10.1016/S1297-9589(01)00146-1
- Gaudet, C., Séjourné, N., Allard, M. A., & Chabrol, H. (2008). Les femmes face à la douloureuse expérience de l'interruption médicale de grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36(5), 536-542. doi:10.1016/j.gyobfe.2008.02.021
- Goldbach, K. R., 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. doi:10.1037/h0079261
- Goulet, C. & Lang, A. (1996). Le deuil des parents qui perdent un enfant pendant la période périnatale. *Frontières*, 9 (2), 47-51.
- Hagman, G. (2001). Beyond deathecis : Toward a new psychoanalytic understanding and treatment of mourning. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 13-31). Washington, WA: American Psychological Association.

- Hansson, R. O., & Stroebe, M. (2007). *Bereavement in late life: coping, adaptation, and developmental influences*. Washington, WA: American Psychological Association.
- Hanus, M. (2006). *Les deuils dans la vie : deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant* (ed. 3). Paris, France: Maloine.
- Johnson, M. P., & Puddifoot, J. E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. *British Journal of Medical Psychology*, 69(4), 313-327.
- Hutti, M. H. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), 630-638. doi:10.1111/j.2044-8341.1996.tb01875.x
- Kersting, A. & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194. Récupéré de <https://europepmc.org/articles/pmc3384447>
- Kübler-Ross, E., & Byock, I. (1969). On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors. *Nurses, Clergy and Their Own Families*.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie* (C. Juber, Trans.). Genève, Suisse : Labor et Fides. (Original work published 1969)
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2011). *Life Lessons: Two Experts on Death & Dying Teach Us about the Mysteries of Life & Life*. New-York, NY : Simon & Schuster.
- Lacombe, M., & Pelletier, L. (2001). Soigner les émotions des femmes qui vivent une fausse couche. *L'infirmière du Québec*, 8(3), 17-27.
- Lander, T. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates*. Genève, Suisse : World Health Organization.
- Lang, A., & Gottlieb, L. (1993). Parental grief reactions and marital intimacy following infant death. *Death Studies*, 17(3), 233-255. doi:10.1080/07481189308252620
- Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1991). Acute versus chronic grief. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510-522. doi:10.1037/h0079288
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American journal of psychiatry*, 101(2), 141-148. doi:10.1176/ajp.101.2.141

- Malacrida, C. (1998). *Mourning the dreams: How parents create meaning from miscarriage, stillbirth and early infant death*. Edmonton, Canada: Qual Institute Press.
- Métraiiller al-Sayegh, J. (2006). Mourir avant de naître: Accompagner le deuil périnatal lors de pertes de grossesse. *Krankenpflege Soins Infirmiers*, 99(10) 54-56. Récupéré de [http://agapa-suisseromande.ch/00\\_donnees\\_utilisees/02\\_contenu/S54\\_56.pdf](http://agapa-suisseromande.ch/00_donnees_utilisees/02_contenu/S54_56.pdf)
- Perry, E. S. (2006). Perinatal loss and grief. *Maternal Nursing*, 28, 932-955. Récupéré de [http://www.coursewareobjects.com/objects/evolve/E2/book\\_pages/lowdermilk/pdfs/Z932-955\\_CH28\\_Lowdermilk.qxd.pdf](http://www.coursewareobjects.com/objects/evolve/E2/book_pages/lowdermilk/pdfs/Z932-955_CH28_Lowdermilk.qxd.pdf).
- Philippin, Y. (2006). Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *InfoKara*, 21(4), 163-166. doi:10.3917/inka.064.0163
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-45. doi:10.1007/BF00962697
- Romano, H., Aurore, A., Chollet-Xemard, C., & Marty, J. (2011). Enjeux psychiques de la mort périnatale en médecine d'urgence préhospitalière. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 1(2), 123-130. doi :10.1007/s13341-011-0032-5
- Rouré, H., Gallant, R., & Reinert, M. (2001). Faire face au deuil: Etude de quelques aspects stratégiques avec la méthode ALCESTE. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 49-69.
- Rush, B. (1835). *Of dreaming, incubus, or night mare, and somnambulism. Medical inquiries and observations upon the diseases of the mind*. (Ed. 5). Philadelphie, PA: Grigg and Elliot.
- Sanders, C. (1989). *Grief: The mourning after*. New York, NY: Wiley
- Shuchter, S. R., & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (pp. 23-43), New York, NY: Cambridge University Press.
- Séguin, M., & Frechette, L. (1995). *Le deuil : une souffrance à comprendre pour mieux intervenir*. Montréal, Canada : Éditions Logiques.

- Smith, A. C. & Borgers, S. B. (1989). Parental Grief Response to Perinatal Death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 19(3), 203-214. doi:10.2190/BV16-G1FD-6CYG-CVXF
- Soubieux, M.-J. (2009). L'annonce de l'insupportable incertitude : La place du psychanalyste. In P. Delion, S. Missonier & N. Presme, *Les professionnels de la périnatalité accueillent le handicap* (pp. 23-36). Toulouse, France : Erès.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. doi:10.2307/350547
- Stinson, K. M., Lasker, J. N., Lohmann, J., & Toedter, L. J. (1992). Parents' grief following pregnancy loss: A comparison of mothers and fathers. *Family Relations*, 41(2), 218-223. doi: 10.2307/584836
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical psychology review*, 20(1), 57-75. doi:10.1016/S0272-7358(98)00089-0
- Stroebe, M., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-oriented self regulation among bereaved couples: The costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychological Science*, 24, 395–402.
- Stroebe, M., Abakoumkin, G., Stroebe, W., & Schut, H. (2012). Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation. *Personal Relationships*, 19(2), 255-266. doi: doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01352.x
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197-224. doi:10.1080/074811899201046
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *Omega - Journal of Death and Dying*, 61(4), 273-289. doi:10.2190/OM.61.4.b
- Stroebe, M., Schut, H., & Boerner, K. (2010). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Toward theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 259-268. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.007

- Stroebe, M. (1992). Coping with bereavement: A review of the griefwork hypothesis. *Omega - Journal of Death and Dying*, 26, 19–42. doi:10.2190/TB6U-4QQC-HR3M-V9FT
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 873-879. doi :10.1177/1745691615598517
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Janssen, H. J. E. M. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death studies*, 25(3), 205-228. doi: /10.1080/07481180125971
- Villeneuve, V. (2006). *Évaluation de l'ajustement dyadique, de la communication et de la résolution de conflits chez des couples retraités ayant participé à un programme d'enrichissement de la vie conjugale et sexuelle* (Thèse de doctorat). Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/9706/>
- World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. Genève, Suisse: World Health Organization Récupéré de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Zech, E. (2006). *Psychologie du deuil: Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Sprimont, Belgique : Mardaga.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., & Dietz, L. (1995). Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 80-93. doi:10.1002/1097-0355(199522)16:2<80::AID-IMHJ2280160203>3.0.CO;2-J

# 8 ANNEXES

---

## 8.1 ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES

### 8.1.1 ECHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

#### Échelle d'ajustement du couple

#### LIRE ATTENTIVEMENT :

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle.

Ne soyez pas préoccupé de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire sur le même instrument.

Pour chaque question, indiquez votre réponse en inscrivant un seul X dans la case appropriée.

Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants.

	Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. Le budget familial						
2. Le domaine des sports et de la récréation						
3. Les questions religieuses						
4. Les manifestations d'affection						
5. Les amis						
6. Les relations sexuelles						
7. Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée)						
8. La façon de voir la vie						
9. Les relations avec les parents et les beaux-parents						
10. Les buts, objectifs et choses jugées importantes						
11. La quantité de temps passé ensemble						
12. La manière de prendre des décisions importantes						
13. Les tâches à faire à la maison						
14. Les intérêts de loisir et les activités de détente						
15. Les décisions concernant le travail (métier/profession/carrière)						

	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
16. Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle ?						
17. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre partenaire, de quitter la maison après une chicane de ménage ?						
18. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire ?						
19. Vous confiez-vous à votre partenaire ?						
20. Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre ensemble) ?						
21. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire ?						
22. Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs ?						

	Tous les jours	Presque chaque jour	Occasionnellement	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre partenaire ?					
	Dans tous	Dans la majorité	Dans quelques-uns	Dans très peu	Dans aucun
24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison ?					



D'après vous combien de fois les évènements suivants se produisent-ils ?

	Jamais	Moins qu'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
25. Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux ?						
26. Rire ensemble ?						
27. Discuter calmement de quelque chose ?						
28. Travailler ensemble sur quelque chose ?						

Les couples ne sont pas toujours d'accord. Indiquez si les situations suivantes ont provoqué des différences d'opinions ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines.

(Cochez oui ou non)

Oui Non

---

29.                  Être trop fatigué (e) pour avoir des relations sexuelles

---

30.                  Ne pas manifester son amour

---

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale « heureux » correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Cochez la case qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

Extrêmement      Assez      Un peu      Très      Extrêmement      Parfaitement  
 Malheureux      malheureux      malheureux      Heureux      heureux      heureux      heureux

--	--	--	--	--	--	--

32. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation ? (Cochez une seule réponse)

Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferai presque n'importe quoi pour que ça arrive

Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise

Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise

Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver

Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation

Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir

### 8.1.2 ECHELLE DE RESILIENCE DE CONNOR-DAVIDSON

#### Échelle de Résilience de Connor et Davidson (CD-RISC)

Veillez indiquer dans quelle mesure les propositions ci-dessous vous conviennent et peuvent s'appliquer à vous au cours du dernier mois. Si une situation particulière ne s'est pas produite récemment, répondez en fonction de ce que vous ressentez habituellement.

	Pas du tout (0)	Rarement (1)	Parfois (2)	Souvent (3)	Pratique- ment tout le temps (4)
1. Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent					
2. J'ai au moins une relation proche sûre qui m'aide lorsque je suis stressé(e)					
3. Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peut m'aider					
4. Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi					
5. Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés					
6. J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e) aux problèmes					
7. Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)					
8. J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves					
9. Bonnes ou mauvaises, je crois que la plupart des choses ne se produisent pas sans raison					
10. Je fais de mon mieux quel que soit le résultat					
11. Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles					

12. Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas					
13. En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide					
14. Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement					
15. Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes qui surviennent plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions					
16. Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec					
17. Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie					
18. Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres					
19. Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.					
20. Lorsque l'on fait face aux problèmes de ta vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi					
21. Je sais où je veux aller dans la vie					
22. Je sens que je maîtrise ma vie					
23. J'aime les défis					
24. Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les barrages que je rencontre sur ma route					
25. Mes réussites me procurent de la fierté					

### 8.1.3 INVENTAIRE DE COPING DYADIQUE

#### Inventaire du coping dyadique (DCI)

Dans ce questionnaire, il est question de savoir comment vous et votre partenaire gérez le stress. Répondez aux questions le plus spontanément possible et sans réfléchir trop longtemps, et cochez la réponse qui vous convient le mieux.

Que faites-vous lorsque vous vous sentez stressé?

	très rarement	rarement	parfois	souvent	très souvent
1. Je dis à ma partenaire que je serais content d'obtenir de sa part du soutien pratique ou des conseils concrets.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quand je me sens surchargé, je demande à ma partenaire de prendre en charge certaines de mes tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je montre à ma partenaire, par mon comportement, que je suis dépassé et que je ne me sens pas bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. J'exprime clairement à ma partenaire comment je me sens et que j'ai besoin de son soutien émotionnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que fait votre partenaire lorsque vous vous sentez stressé?

	très rarement	rarement	parfois	souvent	très souvent
5. Elle me donne le sentiment qu'elle me comprend et qu'elle s'intéresse à mon stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Elle est solidaire envers moi, me dit qu'elle connaît aussi ce sentiment et qu'elle est à mes côtés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Elle me reproche de ne pas pouvoir assez bien réagi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Elle m'aide à voir la situation la situation sous un autre angle et à relativiser le problème.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Elle m'écoute, me donne l'occasion de m'exprimer, me console et m'encourage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Elle ne prend pas mon stress au sérieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Elle m'aide, mais le fait à contrecœur et sans motivation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Afin de me décharger, elle assume des tâches dont je m'occupe habituellement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Elle m'aide à analyser la situation pour pouvoir mieux la prendre en main.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Elle me donne un coup de main quand j'ai trop à faire, afin de me décharger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Lorsque je suis stressé, ma partenaire m'évite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que fait votre partenaire lorsqu'elle se sent stressée?

	très rarement	rarement	parfois	souvent	très souvent
16. Elle me dit qu'elle serait contente d'obtenir de sa part du soutien pratique ou des conseils concrets.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Elle me demande de prendre en charge certaines tâches.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Elle me montre, par son comportement, qu'elle est dépassée et qu'elle ne se sent pas bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Elle m'exprime clairement comment elle se sent et qu'elle a besoin de mon soutien émotionnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Que faites-vous lorsque votre partenaire est stressée?

	très rarement	rarement	parfois	souvent	très souvent
20. J'induis chez ma partenaire le sentiment que je la comprends et que je m'intéresse à son stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Je suis solidaire envers elle, je lui dis que je connais aussi ce sentiment et que je suis à ses côtés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Je lui reproche de ne pas pouvoir assez bien réagir face au stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Je dis à ma partenaire que ce n'est pas si grave et l'aide à voir la situation sous un autre angle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Je l'écoute, lui offre un espace pour s'exprimer, je la console et l'encourage.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Je ne prends pas son stress au sérieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Lorsque ma partenaire est stressée, je l'évite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Je l'aide, mais sans motivation et pense qu'elle devrait pouvoir mieux gérer elle-même ses problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Afin de la décharger, j'assume les tâches dont elle s'occupe habituellement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. J'essaie d'analyser la situation avec ma partenaire et de l'aider à comprendre le problème.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Je lui donne un coup de main, quand elle a trop à faire, afin de la décharger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment parvenez-vous, vous-même et votre partenaire, à gérer le stress qui vous concerne les deux?

	très rarement	rarement	parfois	souvent	très souvent
31. Nous essayons de résoudre ensemble le problème et de chercher des solutions concrètes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Nous réfléchissons sérieusement au problème et discutons de ce que nous pourrions faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Nous aidons mutuellement à relativiser le problème et à le regarder sous un autre angle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Lorsque nous sommes tous les deux stressés, nous nous retirons et nous nous évitons .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Nous sommes tendres et affectueux l'un envers l'autre ; nous faisons l'amour et essayons de gérer le stress de cette façon.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment évaluez-vous votre façon de gérer le stress en tant que couple?

	très rarement	rarement	parfois	souvent	très souvent
36. Je suis <u>satisfait</u> du soutien de ma partenaire et de notre gestion commune du stress.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Le soutien de ma partenaire et notre gestion commune du stress me semblent efficaces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Traduction du questionnaire en allemand, Bodenmann, G. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI). Testmanual. Bern: Huber & Hogrefe Tests.



### 8.1.4 ECHELLE DE DEUIL PRE ET PERINATAL DE POTVIN-LASKER-TOEDTER (1989)

Cocher une réponse et une seule dans l'une des cinq cases de droite.

1 - Je n'arrive pas à poursuivre mes activités habituelles	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
2 - J'ai du mal à rencontrer certaines personnes	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
3 - Je me sens intérieurement vide	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
4 - Je me sens déprimé(e)	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
5 - Je prends des médicaments pour mes nerfs	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
6 - Je me sens coupable quand je pense au bébé	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
7 - Je sens un besoin de parler du bébé	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
8 - J'ai pensé à me faire du mal depuis la mort du bébé	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
9 - Je me sens physiquement malade quand je pense au bébé	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
10 - Je suis affligé(e) depuis l'évènement	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
11 - Je sens que je ne me suis pas bien adapté(e) à la perte	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	
12 - Je me sens non protégé(e) dans un monde dangereux depuis qu'il(elle) est morte	NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI
		1	2	3	4	5	

13 - Je reste rempli(e) d'effroi depuis l'évènement

NON      OUI  
1 2 3 4 5

14 - J'ai laissé tomber des gens depuis la mort du bébé

NON      OUI  
1 2 3 4 5

15 - Quand j'essaye de rire, plus rien ne me semble drôle

NON      OUI  
1 2 3 4 5

16 - Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup

NON      OUI  
1 2 3 4 5

17 - Je vais chez mes ami(e)s et ma famille plus souvent que je ne devrais

NON      OUI  
1 2 3 4 5

18 - La meilleure partie de moi même est morte depuis la perte du bébé

NON      OUI  
1 2 3 4 5

19 - Il m'est douloureux de me rappeler la perte

NON      OUI  
1 2 3 4 5

20 - Parfois je ressens comme un besoin d'avoir un soutien psychologique pour reprendre ma vie en main

NON      OUI  
1 2 3 4 5

21 - Je m'en veux de la mort du bébé

NON      OUI  
1 2 3 4 5

22 - Je suis bouleversé(e) quand je pense au bébé

NON      OUI  
1 2 3 4 5

23 - J'ai l'impression que je suis juste en train d'exister mais que je ne vis pas vraiment depuis la perte du bébé

NON      OUI  
1 2 3 4 5

24 - Je me sens sans valeur depuis qu'il(elle) est mort(e)

NON      OUI  
1 2 3 4 5

- 25 - Je pleure quand je pense à lui (elle)
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 26 - Je me sens à l'écart et en retrait même en compagnie de mes ami(e)s
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 27 - Mieux vaut ne pas aimer ni s'attacher aux autres
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 28 - Le temps passe trop lentement depuis la perte du bébé
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 29 - Je trouve difficile de prendre des décisions depuis la perte du bébé
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 30 - Je me fais des soucis à propos de ce que sera mon avenir
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 31 - Je me sens si seul(e) depuis qu'il(elle) est mort(e)
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 32 - La vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- NON      OUI  
1 2 3 4 5
- 33 - Etre un parent en deuil donne l'impression d'avoir moins de valeur pour la société
- NON      OUI  
1 2 3 4 5

## 8.2 ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN<sup>21</sup>

### ▪ Anamnèse

Données générales :

Recueil d'informations sur le nom, prénom, âge, âge du couple, nombre d'enfants, nombre de grossesse.

Historique de la grossesse et du deuil:

Recueil d'informations concernant le moment de la découverte de la grossesse, son déroulement, le moment de l'annonce du diagnostic, la naissance et les funérailles.

### ▪ Perception de la relation et des stratégies de coping

1. Comment décririez-vous la relation que vous entreteniez avec votre partenaire *avant l'annonce du décès de votre enfant* ?
2. Comment décririez-vous la relation que vous entretenez avec votre partenaire *après l'annonce du décès de votre enfant* ?
3. De manière plus générale, avez-vous observé des changements dans la dynamique de votre couple ? Si oui, lesquels ?
4. Avez-vous remarqué, chez vous, des changements dans la manière d'aborder le décès de votre enfant et dans les stratégies mises en place pour y faire face ?
5. Avez-vous remarqué, chez votre partenaire, des changements dans la manière d'aborder le décès de votre enfant et dans les stratégies mises en place pour y faire face ?
6. Quelles ont été, selon vous, les principales difficultés rencontrées (au niveau social, familial et affectif) depuis l'annonce du diagnostic? Comment y avez-vous fait face ?

---

<sup>21</sup> Chaque question du guide d'entretien est posée à chaque membre du couple

### 8.3 ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Comité d'éthique

#### CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES PARTICIPANTS HUMAINS

Titre de la recherche	Impact de la détresse sur le couple parental dans un contexte de deuil périnatal
Etudiant responsable	Robin Delille
Promoteur	Adélaïde Blavier
Service et numéro de téléphone de contact	Département de Psychologie / Psycho-traumatisme 04/366.92.96

- *Je, soussigné(e)*

.....  
*déclare :*

- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.
- avoir reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

J'ai compris que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit. Les données codées acquises resteront disponibles pour traitements statistiques.
- je peux demander à recevoir les résultats globaux de la recherche mais je n'aurais aucun retour concernant mes performances individuelles.

- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;
- des données me concernant seront récoltées pendant ma participation à cette étude et que l'étudiant responsable se porte garant de la confidentialité de ces données. Je dispose d'une série de droits (accès, rectification, suppression, opposition) concernant mes données personnelles que je peux exercer en prenant contact avec le Délégué à la Protection des Données de l'institution dont les coordonnées se trouvent sur la feuille d'information qui m'a été remise. Je peux également lui adresser toute doléance concernant le traitement de mes données à caractère personnel.
- Les données à caractère personnel ne seront conservées que le temps utile à la réalisation de l'étude visée, c'est-à-dire pour un maximum de 5 mois.

Je consens à ce que :

- les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude soient également utilisées dans le cadre d'autres études futures similaires, y compris éventuellement dans d'autres pays que la Belgique.
- les données anonymes recueillies soient, le cas échéant, transmises à des collègues d'autres institutions pour des analyses similaires à celle du présent projet ou qu'elles soient mises en dépôt sur des répertoires scientifiques accessibles à la communauté scientifique uniquement.
- mes données personnelles soient traitées selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité du formulaire d'information.

**En conséquence, je donne mon consentement libre et éclairé pour être participant à cette recherche.**

Lu et approuvé,

Date et signature

### **Etudiant responsable**

- Je soussigné, Robin Delille, étudiant responsable, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information et de consentement au participant.
- Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que la personne accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.
- Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la dernière version de la « Déclaration d'Helsinki », des « Bonnes pratiques Cliniques » et de la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine, ainsi que dans le respect des pratiques éthiques et déontologiques de ma profession.

Nom, prénom de l'étudiant responsable

Date et signature

## Résumé :

**Objectifs :** Cette étude a cherché à évaluer l'impact de détresse provoquée par une situation de deuil périnatal sur le couple parental. De manière plus précise, nous avons voulu évaluer le niveau d'ajustement dyadique et la cohésion du couple après une perte périnatale. Dans le même sens, nous avons cherché à déterminer si les stratégies d'ajustement à ce type de deuil différaient selon les partenaires et dans le cas échéant, si ce décalage se révélait être source de tension au sein de la dyade.

**Méthodologie :** Afin d'obtenir des éléments de réponses à nos questionnements, nous avons rencontré plusieurs couples ayant perdu un enfant en cours de grossesse. Ces derniers ont répondu à quatre questionnaires visant à mieux cerner leurs capacités de résilience individuelle, leurs capacité de coping dyadique, la qualité de leur relation et leur degré de deuil. Ensuite, nous avons recueilli leurs témoignages au travers d'un entretien semi-directif pour le confronter aux données récoltées aux questionnaires et à la littérature.

**Résultats et discussion :** Les résultats obtenus indique que les couples de l'échantillon étudié ont un niveau particulièrement élevé d'ajustement dyadique, notamment du point de vue de leur cohésion. Les analyses des entretiens mettent également en lumière des différences entre les stratégies d'ajustement au deuil déployées par les partenaires de ces couples : les pères s'orientant plus vers la restauration. Ce décalage dans l'orientation des stratégies d'ajustement peut, à la lumière des récits des parents, agir comme processus régulateur au sein de la dyade.

**Conclusion :** Ces observations, si elles ne permettent pas une inférence statistique, ouvrent des pistes de compréhension sur les processus de deuil mis en jeu par les couples et leurs membres faisant face une situation de deuil périnatal. Sous cet éclairage, il serait intéressant pour les professionnels qui côtoient des parents endeuillés d'anticiper et de reconnaître les décalages potentiels dans l'orientation de l'ajustement de ces derniers. Ils pourraient, le cas échéant, mettre en place des interventions qui favoriseraient l'émergence d'un dialogue plus efficace entre partenaires en les aidant à faire face, individuellement et en couple, à la situation de deuil.