

Récits de deuils périnataux paternels : Une analyse qualitative intégrant les tâches familiales

Accounts of paternal perinatal grief: A qualitative analysis integrating family tasks

Anik Debrot¹, Xavier Mabire¹, Audrey La Luna¹

¹Institut de Psychologie, Université de Lausanne

Note des auteur·e·s

Anik Debrot, Centre de recherche sur la famille et le développement et Centre LIVES, Université de Lausanne. <https://orcid.org/0000-0002-9681-7271>.

Xavier Mabire, Centre de recherche en psychologie de la santé, du vieillissement et du sport, Université de Lausanne. <https://orcid.org/0000-0001-9058-0085>.

Audrey La Luna est maintenant à l'Association Boulimie Anorexie-ABA, Lausanne.

Nous n'avons aucun conflit d'intérêt à divulguer.

Merci à Fabienne Fasseur pour son précieux travail d'accompagnement de Mme La Luna lors de son travail de master.

La correspondance concernant cet article devrait être adressée à Anik Debrot, Université de Lausanne, Institut de Psychologie, Géopolis, 1015 Lausanne, Suisse. Courriel : anik.debrot@unil.ch

Résumé

Cette étude explore le deuil périnatal paternel à travers une analyse qualitative déductive de cinq récits en mobilisant le modèle en double processus révisé (MDP-R; Stroebe & Schut, 2015), permettant ainsi de souligner les interactions entre vécu individuel et dynamique familiale. Les résultats montrent des stratégies d'adaptation genrées, une invisibilisation du deuil masculin et révèlent l'importance d'une reconnaissance du deuil paternel et d'un accompagnement sensible au genre.

Abstract

This study explores paternal perinatal grief through a qualitative analysis of five narratives. Using a deductive analysis method, it mobilizes the revised dual process model (DPM-R; Stroebe & Schut, 2015) and highlights the tensions between individual experience and family dynamics. The results reveal gendered coping strategies, an invisibilization of male grief, and underline the importance of gender-sensitive support and recognition of paternal grief.

Mots-clés: deuil périnatal, modèle en double processus d'ajustement au deuil, méthodes qualitatives, relations familiales, santé mentale masculine.

Keywords: perinatal grief, dual process model of coping with grief, qualitative methods, family relationships, male mental health.

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

Le deuil périnatal paternel (DPP), comme la santé mentale masculine, manque de modèles explicatifs appropriés (Doka, 2020; Whitley, 2024). La recherche sur le deuil s'est surtout centrée sur l'individu, négligeant son système relationnel (Stroebe & Schut, 2015), alors que le vécu du deuil est socialement situé (Van Nguyen et al., 2019) et que la famille est essentielle dans le DPP (Obst et al., 2020). Pour combler cette double lacune, notre étude s'appuie sur le Modèle d'ajustement au Deuil en double Processus intégrant les tâches familiales (Stroebe & Schut, 2015) pour analyser des récits d'hommes ayant vécu un DPP.

ÉTAT DE L'ART

DEUIL PÉRINATAL PATERNEL

La mort périnatale concerne les grossesses extra-utérines, les interruptions spontanées de grossesse (ISG), les mortinaissances (après 28 semaines de grossesse) et les décès néonataux (28 jours suivants la naissance ; Lang et al., 2011)ⁱ. Ces événements, bien qu'inattendus et éprouvants, sont relativement fréquents (Hug et al., 2021). Ceci est un fardeau de santé publique, même dans les pays à revenu élevé, comme en Suisse (Herbert et al., 2022; Horton & Samarasekera, 2016; Le Vu et al., 2024), d'où l'importance de comprendre le vécu des concernés.

La recherche sur le deuil périnatal a principalement investigué les mères (p.ex. Kuforiji et al., 2023), alors que d'importantes différences de genre existent. Les femmes rapportent généralement plus de symptômes de deuil, bien que les hommes présentent aussi un niveau élevé. Ces différences tendent à s'estomper avec le temps (Goldbach et al., 1991). Une recension des écrits systématique récente ne relève toutefois pas de différence de genre (Setubal et al., 2021). Les femmes montrent aussi plus de symptômes dépressifs, anxieux et post-traumatique (Roberts et al., 2021). Les femmes cherchent plus souvent du soutien et extériorisent leurs émotions, alors que les hommes privilégient l'acceptation, l'humour et le déni (Nazaré et al., 2013) et tendent à taire leur souffrance (Mota et al., 2023).

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

Ces études peuvent refléter la théorie de la privation de deuil (*disenfranchised grief theory* ; Doka, 2020) selon laquelle certains deuils sont particulièrement difficiles à vivre lorsque la perte n'est ni reconnue, ni commémorée, ni socialement accompagnée. Les hommes sont particulièrement vulnérables à cette privation, surtout en contexte périnatal, du fait des normes de genre qui découragent l'expression émotionnelle et valorisent le rôle de soutien. Le sens commun suppose qu'ils vivent leur deuil moins intensément, conduisant à invalider leur peine. Ils peuvent donc se sentir isolés et privés de soutien — phénomène appelé la *double privation de deuil* (Kapil & Chakraborty, 2025).

AJUSTEMENT AU DEUIL : LE MODÈLE EN DOUBLE PROCESSUS

Le Modèle d'ajustement au deuil en Double Processus (MDP ; Stroebe & Schut, 1999) permet d'aborder le vécu du deuil de population variées, y compris périnatales (Shannon & Wilkinson, 2020) et est largement reconnu en recherche et clinique (Fiore, 2021). Selon lui, les individus endeuillés oscillent entre les facteurs de stress orientés vers la perte vs. la restauration. L'adaptation à la perte implique la gestion des émotions et souvenirs du défunt ; l'adaptation axée sur la restauration concerne les changements secondaires à la perte, tels que les nouveaux rôles et changements quotidiens. Le MDP s'appuie sur le « modèle des tâches » (Worden, 2009) : a) accepter la réalité de la perte, b) expérimenter la douleur de la perte, c) s'ajuster à un monde sans le défunt et d) transférer la place de la personne perdue. Stroebe et Schut (1999) y ajoutent un versant orienté vers la restauration : a) accepter la réalité d'un monde changé, b) prendre du temps libre de la douleur du deuil, c) maîtriser l'environnement changé et d) développer de nouveaux rôles, identités et relations.

DEUIL PÉRINATAL PATERNEL ET CONSTELLATION FAMILIALE

La recherche sur le deuil se focalise surtout sur le niveau individuel, et quand elle inclut les dynamiques interpersonnelles, elle néglige largement le niveau familial (Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2013). Intégrer ces deux niveaux peut donc approfondir la compréhension du deuil. Stroebe et Schut (2015) ont ainsi le MDP en y intégrant le niveau familial : le Modèle en Double Processus Révisé (MDP-

R). Il ajoute les stressseurs et le coping au niveau familial, soulignant que les familles peuvent entraver ou soutenir l'ajustement familial et individuel. Une étude longitudinale de parents endeuillés a p.ex. démontré que l'autorégulation axée sur le partenaire (éviter de parler de la perte, vouloir rester fort·e pour protéger le partenaire) était liée à des symptômes de deuil plus élevés dans le temps chez les deux partenaires (Stroebe, Finkenauer, et al., 2013). Une étude qualitative sur une même population a révélé que le partage d'émotions, se souvenir de l'enfant, maintenir ensemble les liens avec lui ainsi que se consoler mutuellement (stratégies de *coping dyadique commun* ; Bodenmann, 2008) favorisent la cohésion de couple et l'ajustement individuel au deuil (Bergstraesser et al., 2015).

Obst et al. (2020) soulignent la centralité des relations proches dans le DPP, en particulier avec la conjointe, qui peut être positive ou négative (Avelin et al., 2013), mais se renforce souvent suite à l'expérience commune du deuil (Campbell-Jackson et al., 2014). Le manque de reconnaissance sociale du deuil fait de la partenaire la principale source de soutien des hommes endeuillés (Kapil & Chakraborty, 2025). Ceux-ci endossent souvent un rôle de soutien, percevant leur propre deuil comme moins intense (Campbell-Jackson et al., 2014), les amenant à taire leur souffrance et se sentir ignorés (Kapil & Chakraborty, 2025).

LA PRÉSENTE RECHERCHE

Cette étude explore le vécu masculin du DPP en intégrant la dynamique familiale. Les récits de cinq hommes ont été analysés de façon déductive, selon les trois axes du MDP-R (Stroebe & Schut, 2015) a) tâches du deuil (Worden, 2009), b) tâches orientées vers la perte vs. la restauration, c) niveaux individuel, familial et leur intégration. Cette approche permet de tester la pertinence d'un modèle théorique (Fife & Gossner, 2024). Le MDP-R est le seul modèle du deuil intégrant explicitement la dimension interpersonnelle, essentielle dans le DPP (Obst et al., 2020). Contrairement à des modèles plus généraux, comme celui de l'attachement (Bowlby, 1969) ou du coping dyadique (Bodenmann, 2008), il offre une lecture spécifique du vécu interpersonnel de la perte. Reconnu dans la littérature

scientifique comme sur le terrain (Fiore, 2021), sa souplesse théorique en fait un outil pertinent pour l'analyse qualitative du vécu du DPP.

MÉTHODE

POSITIONALITÉ DES AUTEUR·ICE·S

Dr. Phil. AD se définit comme femme cisgenre. Mère de deux filles en bas âge, elle a vécu une perte périnatale entre les naissances. Enseignante-chercheuse en psychologie clinique, elle étudie les dynamiques de couple et développe des interventions par internet, notamment pour le deuil. Dr. Phil. XM se définit comme un homme queer. Il n'a pas d'enfants ni n'en souhaite. Postdoctorant en psychologie de la santé, sa compréhension du deuil périnatal est avant tout théorique, nourrie par quelques échanges personnels où le vécu du père était absent. Ses recherches mobilisent des méthodologies qualitatives et participatives. Msc. ALL se définit comme femme cisgenre. Elle n'a pas d'enfants, mais en désire. Intéressée par la périnatalité et le deuil, elle a travaillé en centre périnatal et ses connaissances du DPP proviennent de témoignages de patients et de son travail de Master.

PARTICIPANTS

Des hommes ayant vécu une perte périnatale entre un et cinq ans avant l'entretien ont été recrutés via un échantillon de convenance, par l'intermédiaire de deux informatrices (doula et cofondatrice d'une fondation de soutien au deuil périnatal) qui ont contacté des hommes rentrant dans les critères. ALL a ensuite contacté chaque participant, présentant la recherche et ses modalités lors d'un échange téléphonique. Une fois l'accord du participant obtenu, elle fixait un rendez-vous à son domicile à un moment propice. Tous les participants étaient mariés. Le Tableau 1 présente leurs caractéristiques socio-démographiques et cliniques.

PROCÉDURE

Les données proviennent d'un travail de Master (La Luna, 2022) visant à explorer le DPP selon une démarche inductive basée sur l'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006) et sur la littérature. ALL a mené les entretiens semi-structurés entre novembre 2021 et janvier 2022 (durée : 50 à 90 min.), enregistrés et retranscrits. Un seul entretien par participant a été réalisé. La grille d'entretien fondée sur la littérature (Obst et al., 2020) et les questions de recherche originales (Matériel Supplémentaire A) débutait avec une consigne initiale ouverte (« Pouvez-vous me raconter le vécu de votre deuil périnatal ? »), suivie de neuf axes explorés de manière flexible : Histoire de la perte, Partage avec la conjointe, Relation de couple, Partage avec l'entourage, Rapport à la parentalité, Spécificités du deuil périnatal, Sources de soutien, Représentations du rôle masculin et Avenir. Conformément à la législation suisse, aucune approbation éthique n'était requise, mais l'étude a respecté les normes en vigueur.

ANALYSES

L'étude initiale (La Luna, 2022) reposait sur une analyse thématique inductive (Braun & Clarke, 2006), offrant une compréhension approfondie du corpus. Reconnaisant la richesse des données, XM et AD ont souhaité les valoriser par une seconde analyse, cette fois déductive, mobilisant le MDP-R pour éclairer les processus du DPP et identifier les forces et lacunes du modèle (Fife & Gossner, 2024). ALL a mené cette analyse, relisant les entretiens et classant les extraits selon les catégories du MDP-R. Les résultats ont été discutés à deux reprises avec XM et AD, permettant de clarifier les classifications et de résoudre les ambiguïtés.

RÉSULTATS

Nous présentons les résultats (voir Tableau 2) selon les trois axes du MDP-R (Stroebe & Schut, 2015) : a) tâches orientées vers la perte vs. la restauration, b) niveau familial, individuel et d'intégration de l'expérience, et c) tâches du deuil (Worden, 2009).

ORIENTATION VERS LA PERTE

a) Accepter la réalité de la perte

Niveau individuel. L'acceptation de la réalité de la perte est un processus long et itératif dans lequel le temps joue un rôle important. Des situations amènent les pères à se confronter à cette réalité et à cheminer vers l'acceptation (ex. toucher la dépouille, se retrouver dans la chambre préparée dans l'anticipation de la naissance ou recevoir des informations médicales objectivant la situation).

« C'est à mon avis un chemin de croix à faire pour la maman et le papa... C'est dur, c'est hyper dur, mais je pense qu'en faisant tout ça [être en contact le corps du bébé défunt] en fait, tu le vis beaucoup mieux après. (B) »

Niveau familial. Les hommes décrivent la perte comme un vécu conjoint avec la partenaire.

« Je n'ai pas perdu un bébé, on a perdu un bébé. (C) »

Ils partagent aussi parfois ceci avec les enfants aînés.

« C'est quelque chose qu'on a partagé beaucoup avec [enfants de l'épouse]. (C) »

Intégration. Un père décrit que partager la douleur du décès en tant que couple a légitimé sa propre douleur.

« C'est vraiment quelque chose qu'on a vécu en couple et pis que je mets en avant aussi sous forme de couple, pis que je suis le papa, pis que je suis légitime. » (A)

b) Expérimenter la douleur de la perte

Niveau individuel. Les pères ressentent diverses émotions liées à la douleur de la perte, telles que la tristesse, l'incompréhension, la colère, mais aussi la culpabilité (accentuée dans le cas d'interruption médicale de grossesse ; IMG). La séparation de la dépouille, ou l'annonce de grossesses ou naissances de proches accentuent ces émotions.

« Et puis, aussi l'incompréhension, la colère, je dirais les deux fois un peu de colère, c'est quoi ce business, tu viens, tu repars. » (E)

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

Pour gérer ces émotions, les stratégies d'évitement sont fréquentes. Les pères décrivent ne pas avoir besoin d'en parler, ni même de les vivre, ou encore la difficulté à comprendre ce qu'ils ressentent. Ils tendent à cacher leur ressenti ou à s'isoler.

« Peut-être que je suis un peu pudique... pas pudique, mais... Ouais, peut-être un homme ça pleure moins, ça montre moins sa sensibilité. » (D)

Au contraire, certains vont activement accueillir ces émotions et vivre avec cette douleur.

« J'accueille comme ça et pis je me laisse être une flaque et pis... sans vraiment aucune motivation, après ça repart gentiment. » (A).

Niveau familial. Les pères comparent souvent leur ressenti à celui de leur compagne et le considèrent comme moins intense et surtout moins important, leur propre souffrance est relativisée.

« Donc forcément, le rapport à la naissance, à la mort de [bébé] est différent, surtout pour [compagne] c'est d'autant plus difficile comme elle donne la naissance, la mort aussi à son bébé... euh... C'est elle qui doit prendre ces pastilles pour déclencher l'accouchement. Enfin... c'est elle qui est actrice de tout ça, alors qu'elle vit encore avec lui et elle fait encore un avec ce bébé. Je suis déjà détaché. C'est plus facile pour moi. » (A)

Un suivi professionnel à deux peut être un espace pour partager la douleur. D'autres hommes vont éviter le sujet, notamment par crainte de surcharger émotionnellement leur compagne.

« Après, je cache beaucoup de choses à [compagne], bon elle sait que je suis quelqu'un d'hypersensible. J'ai pas envie de plus la charger que ça ». (D)

Intégration. Certains pères échangent beaucoup au sein du couple à propos de la douleur de chacun·e, souvent à la demande de la compagne. Ceci leur permet de conscientiser et de verbaliser leur douleur ainsi que de recevoir du soutien, et peut renforcer le sentiment d'appartenance au couple.

« Deux êtres humains puissent communier comme ça, pas seulement dans l'amour, mais aussi dans la négativité et dans l'adversité. Et... j'ai vécu des moments tristes, mais beaux. » (C)

c) S'ajuster à un monde sans le défunt

Niveau individuel. La perte ou le manque est toujours présent dans le discours des pères. Ce sentiment peut prendre différentes formes, telle qu'une présence vécue ou un grand sentiment de vide.

« Il nous manque tout le temps, [...] il en devient présent et pour moi, c'est une présence agréable, c'est une présence que je vis bien. [...] Il y en a une [fille aînée], alors qu'ils pourraient être deux. C'est un vide... Il me manque. » (C)

Niveau familial. Des pères s'inquiètent de l'état psychologique de leur partenaire. Certains se questionnent aussi sur comment gérer au mieux la situation avec l'enfant vivant. Des rituels ou autres manières de symboliser l'importance du bébé décédé sont mis en œuvre pour garder son souvenir présent.

« [Ma fille] sait que je porte [bébé décédé] dans mes colliers, que sa mère porte [bébé décédé] dans ses colliers. » (C)

Intégration. Les difficultés d'ajustement peuvent affecter le-s enfant-s vivant-s, confrontés à la souffrance et à la fragilité de leurs parents. Ça culpabilise les pères d'être moins disponibles émotionnellement pour eux.

« Ça été un défi pour nos enfants de nous voir pleurer, de nous voir effondrés, enfin effondrés dans le sens de ne plus tenir. » (E)

d) Transférer la place de la personne perdue

Niveau individuel. Certains pères veulent activement garder un lien avec le bébé perdu, en en parlant en famille ou en l'ayant régulièrement à l'esprit.

« J'aime vivre avec ça, en fait. Je voudrais pas oublier [...]. Enfin, on est passé à autre chose dans le sens que la vie elle continue et y a [nouvel enfant]. Mais on est pas passé à autre chose en l'oubliant, on est passé à autre chose en le gardant avec nous. » (C)

Niveau familial. Le besoin de donner une réalité au bébé défunt qui soit socialement reconnue est fort. Cela peut prendre la forme d'un enterrement ou d'une cérémonie, en couple, en famille, voire avec des amis. Certains proches participent à cette « mise en réalité », par exemple en confectionnant des habits pour le bébé défunt.

Des pères rapportent l'importance de pouvoir parler du bébé défunt au sein de la famille, de lui donner une place, par ex. en fêtant ses anniversaires ou en l'inscrivant dans le livret de famille.

« [Bébé défunt], il a commencé à revenir dans notre vie... et petit à petit, il s'est mis à faire partie de la famille... C'est fou de dire des choses comme ça, mais c'est vraiment ça... Tout le monde connaît son existence et pour nous tous, il existe et je trouve ça beau. » (C)

Intégration. Certains pères vont activement demander que les proches comprennent et reconnaissent que le bébé défunt était une personne à part entière et un membre de la famille.

« Avec mon frère, je me suis un peu pris de tête [...] je sais plus s'il a dit quelque chose du style « mais c'est pas un bébé » [...] mais en gros je me suis méga énervé, pis après j'ai balancé les photos, « Pis ça, c'est un bébé, c'est vrai tout ce qu'on a vécu. » ». (A)

ORIENTATION VERS LA RESTAURATION

a) Accepter la réalité d'un monde changé

Niveau individuel. Travailler intensivement a aidé certains pères à aller de l'avant. Pour d'autres, c'était une entrave, ou ils avaient sous-estimé l'effet du deuil sur leur capacité de travail.

« J'ai voulu reprendre le travail assez vite. Pis je me suis vite rendu compte que c'était trop, c'était trop difficile, donc j'ai baissé à 25%, ce qui faisait pratiquement rien. Mais je me rends compte après coup que j'ai repris trop tôt, j'étais pas du tout prêt. » (A)

Niveau familial. Le couple doit prendre beaucoup de décisions liées au décès, notamment concernant le traitement à réserver à la dépouille, ce qui rend saillant le manque de ressources et de repères.

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

« Pis après, tu as plein de décisions, comment faire la suite, des décisions de qu'est-ce que tu fais avec le corps de ce petit chat. Est-ce que tu l'enterres ? Est-ce que... Enfin voilà, toutes les questions liées au décès. » (B)

Sont aussi rapportés des problèmes administratifs, voire financiers ou moraux liés à l'interruption de grossesse.

« L'assurance a dit « ben en fait, vous avez interrompu volontairement, peu importe la raison, c'est une interruption volontaire. [...] donc, on ne paie pas. » ». (E)

Intégration. Pour beaucoup, avoir un-e aîné-e est crucial pour continuer à avancer.

« Donc, [aîné] a vraiment été là pour, enfin, il a pas été là pour... mais comme il était présent, on a dû avancer quoi. » (A)

b) Prendre du temps libre de la douleur du deuil

Niveau individuel. Les pères ont différents moyens de prendre du temps libre de la douleur de la perte, notamment en faisant du sport, des jeux vidéo, ou simplement en s'isolant.

« Un espace qui me ressource et pis je me... où je suis seul, c'est l'ordinateur, je peux jouer, je peux geeker, personne m'emmerde. » (A)

Niveau familial. Les pères mentionnent uniquement le fait de devoir s'occuper des enfants vivants comme une distraction familiale de la perte.

« [Aîné] a été ce moteur de vie qui nous a fait continuer, qui nous a forcé, qui a été la locomotive, on a dû le suivre pour pouvoir un minimum répondre à ses besoins et pis être présent pour lui. » (A)

Intégration. Aucun extrait ne correspond à cette catégorie.

c) Maîtriser l'Environnement Changé

Niveau individuel. Plusieurs pères ne savent pas comment ils auraient géré ce deuil sans un enfant vivant, voire pensent qu'ils n'y seraient pas arrivés.

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

« Je ne sais pas comment ça se serait passé sans lui, je pense que ça se serait pas passé quoi, je sais pas exactement. Ouais, on n'aurait pas pu aller de l'avant. » (A)

Certains rapportent que cette épreuve leur a apporté un autre regard sur la vie, plus apaisé, ainsi que de la gratitude pour des choses simples, comme être en vie.

« [Bébé décédé] m'a apporté beaucoup aussi... comment dire... à relativiser... Qu'est-ce qui est important dans la vie et sur quoi il faut se prendre la tête ou pas. Pis c'est vrai que... y a un peu, en tout cas de mon côté, y a vraiment du lâcher-prise sur tout quoi. Je me dis « ça je m'en fous, c'est pas grave ». » (A)

Niveau familial. Les pères estiment que sans aîné-e, il aurait été beaucoup plus difficile pour leur couple de tenir au long de cette épreuve.

« S'il n'y avait pas eu [aîné] avant, je ne sais pas ce qu'on serait devenu. (A) »

Certains évoquent que le deuil peut être vécu différemment (intensité, rythme, adaptations) au sein du couple, amenant un sentiment de désynchronisation.

« [Compagne] avait l'impression que je l'oubliais parce que j'en parlais pas, que pour moi c'était rien, que j'avais passé à autre chose. Pis euh, c'est clair que je le vivais différemment. » (A)

Certains pères ont des difficultés face aux maladresses ou incompréhensions de la famille élargie.

« Ma belle-mère à la base, elle sait pas... [...] Elle est trop présente, elle est trop étouffante. Pis ça, c'est hyper lourd, quoi. [...] Pis ben, au final, je l'ai envoyée péter. J'ai dû lui rentrer dedans méchamment pour qu'elle parte. Elle est partie en pleurant quoi. » (D)

Intégration. C'est un défi de devoir gérer à la fois son monde changé, celui de sa compagne, voire celui de l'enfant aîné.

« Tu dois gérer ton deuil plus une personne qui se sent hyper coupable parce que elle a pas eu... parce qu'elle a pas été la maman portante parfaite avec tout ce qu'on peut imaginer, [...] m'occuper du petit, parce que là ben, c'était une période où il fallait. » (B)

d) Développer de nouveaux rôles, identités et relations

Niveau individuel. Les éventuelles grossesses ultérieures peuvent être source d'angoisse ou mener les pères à se distancier émotionnellement.

« Avec le recul, je me rends compte que moi j'ai eu beaucoup de peine avec... pas avec [nouveau bébé] lui-même, mais avec une grossesse, à me réinvestir dans un nouveau bébé... Une peine vraiment à me... Je sais pas comment dire, pas à me mettre dedans... y a toujours une espèce de flottement. » (A)

Certains décident de ne plus essayer d'avoir d'enfants, ce qui affecte aussi d'autres relations, par ex. se sentir plus proche d'autres enfants (neveux/nièces, filleul·e·s).

En termes d'identité, un père s'est impliqué dans la reconnaissance des pertes périnatales par les assurances. Un autre se sent maintenant appartenir à la communauté des couples rencontrant des difficultés de fertilité et pouvoir mieux les comprendre.

« Les deux fausses couches m'ont permis de prendre du recul sur les couples qui ont des difficultés à avoir des enfants. Tout à coup, je faisais aussi partie de ces personnes-là. » (E)

Niveau familial. Plusieurs pères rapportent un clair désir dans le couple d'un nouvel essai d'avoir un enfant après la perte. C'est une manière d'aller de l'avant, malgré le deuil. Un père relate que le couple peut partager de l'anxiété mais aussi de la joie dans cette nouvelle étape.

« Le fait d'essayer, qu'elle soit tombée enceinte, la grossesse en elle-même ça été un moment, alors avec ses inquiétudes certes, mais un souvenir fantastique et je pense que mon épouse aussi malgré l'inquiétude, elle garde un côté positif. » (C)

Un couple a au contraire décidé de ne plus avoir d'enfant après les pertes périnatales, au terme d'une phase de questionnement et de discussions dans le couple.

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

« Des questionnements aussi sur le sens de la vie, de procréer ou pas, combien ? Qu'est-ce qui est juste ? Trop ? Assez ? Quel monde on laisse ? Bref, beaucoup de questionnements, de cheminements et puis, au bout d'un moment, on a aussi senti que... C'était usant d'être dans : est-ce qu'on se protège ou pas ? [...] On a des fausses couches, on a une IMG. C'est quoi le message en fait ? [...] Et pis, [...] on a décidé conjointement qu'on s'arrêterait là. » (E)

Intégration. Aucun extrait ne correspond à cette catégorie.

OSCILLATION

Deux pères évoquent le mouvement d'oscillation entre l'orientation sur la perte vs. la restauration.

« J'ai un avis un peu à moi qui n'est pas très érudit parce que c'est basé sur des sentiments et sur du vécu, de l'expérience. Je crois pas tellement à franchir des étapes. Je pense qu'on avance, pis après on recule et on avance de nouveau et parfois on stagne. Et c'est un peu comme : ça va, ça vient et c'est comme ça. Et y a des jours meilleurs que d'autres. » (C)

DISCUSSION

L'analyse des récits de pères endeuillés à travers le MDP-R (Stroebe & Schut, 2015) met en lumière la complexité du DPP. L'oscillation entre les tâches orientées vers la perte vs. la restauration, la centralité des relations familiales et les interactions entre les vécus individuels et familiaux confirment la pertinence théorique du modèle. Le deuil est vécu comme une expérience familiale, incluant les enfants vivants et une intégration symbolique du bébé défunt (rituels, anniversaires), parfois marquée par une désynchronisation entre les membres. La présence d'un enfant vivant agit à la fois comme ressource et contrainte, en raison de la culpabilité et des responsabilités parentales. Enfin, des stratégies d'adaptation genrées émergent, telles que la minimisation de la douleur et l'évitement émotionnel (Mota et al., 2023).

RÉCITS MASCULINS RÉVÉLATEURS DE TENSIONS IDENTITAIRES ET RELATIONNELLES

Les récits de cette étude dévoilent la complexité du vécu paternel face à une perte peu reconnue socialement. Le DPP apparaît comme un deuil comparable à d'autres en termes d'intensité émotionnelle (Zhang et al., 2024). Cela dit, les hommes balancent entre une volonté de soutien envers leur partenaire et leur propre souffrance, qui est mise à distance, intériorisée ou rationalisée (Mota et al., 2023). Cette dynamique reflète les tensions entre les normes de masculinité hégémonique (contrôle émotionnel, rationalité, rôle de soutien) et les besoins psychiques liés au deuil (Doka, 2020; Gough & Novikova, 2020). Elle illustre aussi la *double privation* issue de la marginalisation du deuil périnatal lui-même, souvent considéré comme « mineur », et celle du vécu masculin, peu reconnu et documenté (Obst et al., 2020). Ce positionnement ambivalent s'inscrit dans les connaissances sur la santé mentale masculine : conscience et expressivité limitées des émotions (Rogier et al., 2019), faible propension à demander de l'aide, et vulnérabilité aux troubles internalisés (Whitley, 2024; Gough & Novikova, 2020).

Les récits soulignent aussi la dimension relationnelle du deuil, notamment dans la dynamique conjugale. Si certains décrivent un renforcement du lien, d'autres évoquent des désynchronisations émotionnelles, des tensions liées à des attentes différenciées, rejoignant les travaux sur les effets ambivalents du deuil partagé (Avelin et al., 2013). Cependant, cette étude montre que les échanges conjugaux permettent aux pères de reconnaître et verbaliser leur douleur, contribuant à la légitimation de leur souffrance et au renforcement du lien.

LE MDP-R : UN CADRE PERTINENT MAIS À CLARIFIER

L'usage du MDP-R (Stroebe & Schut, 2015) constitue un apport théorique majeur, en permettant d'analyser le DPP au-delà du niveau individuel, en intégrant les dimensions familiales et interactionnelles. Ce cadre est particulièrement adapté au deuil périnatal, vécu dans un système conjugal, parental et familial. Il rend compte de l'oscillation entre les tâches orientées vers la perte (ex. : confrontation à la dépouille) vs. vers la restauration (ex. : projets parentaux futurs) ainsi que des

interactions entre niveaux individuel et familial (ajustements conjugaux, rituels, décisions parentales). Cet aspect est particulièrement innovant ; c'est surtout dans le versant « perte » que les exemples se retrouvaient. En particulier, le partage du vécu individuel au sein du couple favorise une meilleure gestion de la douleur, à l'inverse de l'autorégulation axée sur le partenaire (c-à-d. essayer de protéger le partenaire de sa propre peine) qui a des conséquences délétères (Stroebe, Finkenauer, et al., 2013). Finalement, le modèle souligne le rôle ambivalent de la famille, à la fois ressource (soutien conjugal, enfants) et source de tension (désynchronisation, incompréhensions). Des approches interpersonnelles complémentaires, comme le coping dyadique (Bodenmann, 2008), permettraient de compléter la perspective du MDP-R. Il a par ex. été montré qu'il favorise l'ajustement du couple après le décès (périnatal) d'un enfant (Albuquerque et al., 2018; Bergstraesser et al., 2015).

Cependant, plusieurs limites du modèle apparaissent. La distinction entre les versants « perte » et « restauration » n'est pas toujours claire, rejoignant les conclusions d'une recherche avec des veuf-ves (Fasse & Zech, 2016). Certaines expériences (ex. : retour au travail) peuvent relever simultanément des deux dimensions. D'autre part, l'intégration des niveaux individuel et familial, bien que centrale dans le modèle, n'est pas systématiquement retrouvée dans les récits.

LIMITES

Plusieurs limites doivent être considérées. L'analyse ayant été menée par une seule codeuse, la validité du classement ne peut être objectivée. De plus, les données n'ayant pas été recueillies avec le MDP-R en tête, certaines dimensions, notamment l'intégration, n'ont pas été explicitement explorées, limitant la profondeur des récits sur certaines catégories. Une opérationnalisation du MDP-R dans la grille d'entretien serait souhaitable (Fife & Gossner, 2024). En outre, le MDP inclue également la dimension confrontation vs. évitement (Stroebe & Schut, 1999), pertinente à intégrer dans de futures analyses, notamment au vu de la tendance masculine à l'évitement (Nazaré et al., 2013). Les récits pourraient aussi être analysés de manière inductive pour rapporter tous les thèmes évoqués. De plus,

malgré la rigueur de la démarche, une méthodologie qualitative ne peut pas être utilisée pour valider un modèle théorique. Enfin, l'échantillon, restreint et recruté par échantillonnage de type boule de neige, a pu favoriser des profils proches des chercheurs ou ayant un plus grand réseau, limitant la généralisabilité des résultats (Marcus et al., 2017).

RECHERCHE FUTURES

Cette étude ouvre plusieurs pistes de recherche. L'analyse des dynamiques conjugales pourrait être approfondie via des entretiens croisés ou dyadiques, pour mieux comprendre l'ajustement mutuel et l'articulation entre niveaux individuel et familial (voir Jiao & Chow, 2023). Des méthodes visuelles (Glaw et al., 2017) ou centrées sur les pratiques (rituels, objets, gestes ; Schiller, 2015) permettraient d'explorer les formes non verbales du deuil masculin. Les entretiens pourraient également être analysés de manière inductive afin de présenter tous les thèmes évoqués par les pères. Enfin, cette étude montre l'importance de développer des interventions sensibles au genre, reconnaissant les spécificités du DPP et du fonctionnement masculin, sans les essentialiser, tout en intégrant les dynamiques familiales et sociales (Whitley, 2024).

RÉFÉRENCES

- Albuquerque, S., Narciso, I., & Pereira, M. (2018). Dyadic coping mediates the relationship between parents' grief and dyadic adjustment following the loss of a child. *Anxiety, Stress, and Coping*, 31(1), 93–106. <https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1363390>
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(6), 668–673. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007>
- Bergstraesser, E., Inglin, S., Hornung, R., & Landolt, M. A. (2015). Dyadic coping of parents after the death of a child. *Death Studies*, 39(1-5), 128–138. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.920434>
- Bodenmann, G. (2008). Dyadic coping and the significance of this concept for prevention and therapy. *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, 16(3), 108–111. <http://dx.doi.org/10.1026/0943-8149.16.3.108>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). “A renewed sense of purpose”: Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 423. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0423-x>
- Doka, K. J. (2020). Disenfranchised Grief: An exposition and update. In J. D. Morgan (Ed.), *Death, value and meaning series. Readings in thanatology*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Fasse, L., & Zech, E. (2016). Dual Process Model of Coping with Bereavement in the test of the subjective experiences of bereaved spouses. *Omega*, 74(2), 212–238. <https://doi.org/10.1177/0030222815598668>

Fife, S. T., & Gossner, J. D. (2024). Deductive qualitative analysis: Evaluating, expanding, and refining theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 23, Article 16094069241244856.

<https://doi.org/10.1177/16094069241244856>

Fiore, J. (2021). A systematic review of the Dual Process Model of Coping with Bereavement (1999-2016). *Omega*, 84(2), 414–458. <https://doi.org/10.1177/0030222819893139>

Glaw, X., Inder, K., Kable, A., & Hazelton, M. (2017). Visual methodologies in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), Article 1609406917748215.

<https://doi.org/10.1177/1609406917748215>

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. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 61(3), 461–467.

<https://doi.org/10.1037/h0079261>

Gough, B., & Novikova, I. (2020). *Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European region? Health evidence network synthesis report: Vol. 70*. WHO Regional Office for Europe.

Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118–129.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>

Horton, R., & Samarasekera, U. (2016). Stillbirths: Ending an epidemic of grief. *The Lancet*, 387(10018), 515–516. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3)

Hug, L., You, D., Blencowe, H., Mishra, A., Wang, Z., Fix, M. J., Wakefield, J., Moran, A. C., Gaigbe-Togbe, V., Suzuki, E., Blau, D. M., Cousens, S., Creanga, A., Croft, T., Hill, K., Joseph, K. S., Maswime, S., McClure, E. M., Pattinson, R., . . . Alkema, L. (2021). Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: A systematic assessment. *The Lancet*, 398(10302), 772–785. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01112-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01112-0)

- Irani, M., Khadivzadeh, T., Asghari Nekah, S. M., Ebrahimipour, H., & Tara, F. (2019). Emotional and cognitive experiences of pregnant women following prenatal diagnosis of fetal anomalies: A qualitative study in Iran. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 7(1), 22–31. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2019.40843>
- Jiao, K., & Chow, A. Y. M. (2023). From I-coping to we-coping: A retrospective qualitative study on parent-child dyadic coping in widowed families. *Journal of Family Psychology*, 37(8), 1200–1212. <https://doi.org/10.1037/fam0001110>
- Kapil, A., & Chakraborty, R. (2025). Unheard and unseen: Exploring the disenfranchisement of perinatal loss in North-Indian men. *The Journal of Men's Studies*, 33(1), 62–85. <https://doi.org/10.1177/10608265241256962>
- Kuforiji, O., Mills, T. A., & Lovell, K. (2023). Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis. *Women and Birth*, 36(2), e195-e202. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.170>
- La Luna, A. (2022). *Approche du vécu du conjoint lors d'une fausse couche, d'une interruption médicale de grossesse ou d'une mort fœtale in utero : Une analyse qualitative* [Master thesis]. Unpublished manuscript, Université de Lausanne, Lausanne.
- Lang, A., Fleischer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *Omega*, 63(2), 183–196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>
- Le Vu, M., Matthes, K. L., Brabec, M., Riou, J., Skrivankova, V. W., Hösli, I., Rohrmann, S., & Staub, K. (2024). Health of singleton neonates in Switzerland through time and crises: A cross-sectional study at the population level, 2007-2022. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 218. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06414-1>

- Marcus, B., Weigelt, O., Hergert, J., Gurt, J., & Gelléri, P. (2017). The use of snowball sampling for multisource organizational research: Some cause for concern. *Personnel Psychology*, 70(3), 635–673. <https://doi.org/10.1111/peps.12169>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2023). Paternal experiences of perinatal loss: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph20064886>
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). Adaptive and maladaptive grief responses following TOPFA: Actor and partner effects of coping strategies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(3), 257–273. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.806789>
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
- Roberts, L., Renati, S. J., Solomon, S., & Montgomery, S. (2021). Stillbirth and infant death: Mental health among low-income mothers in Mumbai. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 292. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03754-0>
- Rogier, G., Garofalo, C., & Velotti, P. (2019). Is emotional suppression always bad? A matter of flexibility and gender differences. *Current Psychology*, 38(2), 411–420. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9623-7>
- Schiller, G. (2015). Grasping gestures. Practice-based research. *Hermès*, n° 72(2), 98. <https://doi.org/10.3917/herm.072.0098>
- Setubal, M. S., Bolibio, R., Jesus, R. C., Benute, G. G., Gibelli, M. A., Bertolassi, N., Barbosa, T., Gomes, A., Figueiredo, F., Ferreira, R., Francisco, R., & Stein Bernardes, L. (2021). A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 246–256. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000826>

- Shannon, E., & Wilkinson, B. D. (2020). The ambiguity of perinatal loss: A dual-process approach to grief counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(2), 140–154.
<https://doi.org/10.17744/mehc.42.2.04>
- Stroebe, M. S., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-oriented self-regulation among bereaved parents: The costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychological Science*, 24(4), 395–402.
<https://doi.org/10.1177/0956797612457383>
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 873–879.
<https://doi.org/10.1177/1745691615598517>
- Stroebe, M. S., Schut, H., & Finkenauer, C. (2013). Parents coping with the death of their child: From individual to interpersonal to interactive perspectives. *Family Science*, 4(1), 28–36.
<https://doi.org/10.1080/19424620.2013.819229>
- Van Nguyen, Temple-Smith, M., & Bilardi, J. (2019). Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(6), 757–766. <https://doi.org/10.1111/ajo.13041>
- Whitley, R. E. (2024). *La santé mentale au masculin: Notions essentielles*. Robert Laffont Québec.
- Worden, J. W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Springer.
- Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 772.
<https://doi.org/10.1186/s12884-024-06986-y>

TABLEAU 1. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des participants.

Pseudonyme	Catégorie d'âge	Profession	Niveau d'éducation	Nombre et type de perte périnatale	Nombre d'enfants vivants nés avant la perte
Arthur	30-35	Educateur	Bachelor	1 IMG	1
Benoît	40-45	Assureur	Enseignement supérieur court	1 ISG	1
Charles	35-40	Enseignant	Enseignement supérieur court	1 IMG	1
Daniel	40-45	Chauffeur	Enseignement post-secondaire non-supérieur	8 ISG	0
Emile	40-45	Ingénieur	Bachelor	2 ISG, 1 IMG	0
Groupe	<i>M</i> = 38.6, <i>EC</i> = 3.9			<i>M</i> = 2.8, <i>EC</i> = 3.0	<i>M</i> = 0.6, <i>EC</i> = 0.6

TABLEAU 2. Synthèse des résultats.

Stresseurs	ORIENTATION VERS LA PERTE	ORIENTATION VERS LA RESTORATION
Tâche	1. Acceptation de la réalité de la perte	1. Acceptation du monde changé
Niveau individuel	L'acceptation est décrite comme un processus complexe et progressif, parfois marquée par des reculs. Des moments-clés, tels que le contact avec le corps du bébé ou le retour à la maison, sont cruciaux dans la confrontation à la réalité, bien que certains expriment un certain déni.	Certains pères admettent être retournés au travail trop rapidement, sous-estimant l'impact de la perte, tandis que pour d'autres le travail permet d'aller de l'avant. L'engagement émotionnel envers un nouveau bébé peut être un défi.
Niveau familial	L'acceptation de la perte du bébé au sein de la famille se fait en partageant la douleur avec les membres de celle-ci (enfants et conjointe).	Les couples doivent prendre de nombreuses décisions difficiles liées au décès, p.ex. la gestion de la dépouille. Certains rencontrent également des problèmes administratifs et financiers.
Intégration	Partager la douleur avec la partenaire permet aux hommes de se sentir plus légitime dans leur souffrance liée au deuil.	Pour beaucoup, avoir un enfant aîné est essentiel pour les aider à aller de l'avant.
Tâche	2. Vivre/partager la douleur du deuil	2. Distraction et activités non liées au deuil
Niveau individuel	Les pères ressentent une variété d'émotions douloureuses liées à la perte (tristesse, colère, culpabilité), souvent déclenchées par des événements spécifiques comme la séparation du corps du bébé. Beaucoup adoptent des stratégies d'évitement en cachant leurs émotions et s'isolant, mais certains accueillent leurs sentiments.	Les pères évoquent différentes stratégies pour se distraire du deuil (par ex. sport, jeux vidéo).
Niveau familial	Les pères jugent leur souffrance moins importante que celle de leur compagne et la minimisent. Un soutien professionnel à deux permet à certains de partager leur peine, tandis que d'autres choisissent d'éviter le sujet pour préserver leur partenaire.	Devoir s'occuper des enfants vivants est une distraction familiale de la perte.
Intégration	De nombreux pères discutent ouvertement de leur douleur avec leur compagne, souvent à sa demande, ce qui leur permet de verbaliser des émotions parfois inconscientes et de recevoir du soutien. Bien que difficile, ce partage peut renforcer la relation.	--
Tâche	3. Ajustement à la vie sans le défunt	3. Changements dans la vie et les relations

DEUIL PERINATAL PATERNEL ET TÂCHES FAMILIALES

Niveau individuel	Les pères évoquent un grand manque et beaucoup de ruminations. Il leur faut du temps pour s'ajuster à l'absence du bébé. Ils ressentent une présence et laissent une place au bébé défunt dans leur esprit.	Plusieurs pères se demandent comment ils auraient géré ce deuil sans un enfant vivant, certains pensent qu'ils n'y seraient pas parvenus. Pour d'autres, cette épreuve leur a offert un regard plus apaisé sur la vie et une gratitude pour les choses simples de la vie.
Niveau familial	Les pères se questionnent sur comment gérer au mieux la situation avec l'enfant vivant. Des rituels familiaux sont accomplis pour garder le bébé décédé présent.	Sans enfant aîné, des pères auraient eu beaucoup plus de difficultés dans leur couple. D'autres mentionnent la difficulté de rester synchronisés, chacun vivant le deuil à sa manière. Pour plusieurs, cette épreuve a renforcé leur couple et les a unis dans l'adversité. Des difficultés face aux maladresses ou incompréhensions de la famille élargie sont mentionnées.
Intégration	Les difficultés d'ajustement peuvent affecter le-s enfant-s vivant-s, confrontés à la souffrance et à la fragilité de leurs parents. Ceci culpabilise les pères.	Devoir gérer à la fois son monde changé, celui de sa compagne, voire celui de l'enfant aîné est un défi.
Tâche	4. Relocalisation du défunt	4. Passer à autre chose ; nouveaux rôles
Niveau individuel	Certains pères veulent activement garder un lien avec le bébé perdu, que ça soit en en parlant en famille ou en l'ayant régulièrement à l'esprit.	Les nouvelles grossesses suscitent de l'angoisse ou une distanciation, mais aussi des expériences positives. Des pères choisissent de ne plus avoir d'enfants. Sur le plan identitaire, la perte permet un plus grand engagement dans la cause du deuil périnatal ou plus d'empathie pour les difficultés de fertilité.
Niveau familial	Un besoin fondamental de reconnaître l'existence du bébé décédé est exprimé, p.ex. en organisant une cérémonie, parfois avec l'aide de proches. Les pères souhaitent pouvoir parler du bébé en famille et lui accorder une place.	Un désir clair, au sein du couple, de tenter à nouveau d'avoir un enfant après la perte périnatale existe. Cette nouvelle étape suscite à la fois de l'anxiété et de la joie. Certains couples décident de ne plus avoir d'enfant.
Intégration	Les pères souhaitent que leur entourage comprenne et valide la perte, en considérant le bébé défunt comme une véritable personne. Certains jugent des réactions comme inadaptées, p.ex. quand elles invalident l'importance de la perte.	--

ⁱ Nous considérons les interruptions médicales de grossesse comme des pertes périnatales, car provoquant les mêmes réactions de deuil (Irani et al., 2019).