



Le vécu des femmes lors de la prise en charge d'une fausse couche précoce

Ombeline Peyridieux

► To cite this version:

Ombeline Peyridieux. Le vécu des femmes lors de la prise en charge d'une fausse couche précoce. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03972038

HAL Id: dumas-03972038

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03972038v1>

Submitted on 3 Feb 2023

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

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

Université Rennes 1
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

**Le vécu des femmes lors de la prise
en charge d'une fausse couche
précoce**

Mémoire présenté par
Ombeline PEYRIDIEUX
Née le 13 avril 1997

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2021

Université Rennes 1
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

**Le vécu des femmes lors de la prise
en charge d'une fausse couche
précoce**

Mémoire présenté par Ombeline PEYRIDIEUX, née le 13 avril 1997

Sous la direction du Dr Simon Girault, gynécologue-obstétricien,

Assistant spécialisé en gynécologie-obstétrique et PMA

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME 2021

L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation
aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées
comme propres à leur auteur

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chacune des femmes ayant accepté de partager leur vécu de m'avoir fait confiance.

Je remercie mon directeur de mémoire le Dr Simon Girault pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie ma famille et plus particulièrement ma mère pour son soutien pendant ses six années d'études.

Je remercie mes amies Eléonore, Camille, Anaëlle, Alix et Romane pour tous les bons moments passés ensemble.

Je remercie également l'ensemble de ma promotion 17-21 pour ces quatre années d'études.

GLOSSAIRE

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

hCG : Human chorionic gonadotropin

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

SA : semaine d'aménorrhée

SOMMAIRE

1. Introduction

2. Méthodologie

2.1. Une étude qualitative

2.2. La population étudiée

2.2.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

2.2.2. Le mode de recrutement

2.3. Forme et méthodologie

2.3.1. La construction du guide d'entretien

2.3.2. Les modalités de déroulement des entretiens

2.3.3. La méthode d'analyse des entretiens

3. Résultats

3.1. Profil de la population

3.1.1. Recrutement de la population

3.1.2. Caractéristiques des entretiens semi-directifs

3.1.3. Caractéristiques de la population

3.1.4. Antécédents obstétricaux

3.1.5. Types de fausses couches précoces

3.1.6. Méthode de diagnostic

3.1.7. Type de prise en charge

3.1.8. Complications

3.2. Le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces

3.2.1. L'annonce de la fausse couche précoce

3.2.2. L'information

3.2.3. La prise en charge médicale

3.2.4. Le devenir de l'embryon

3.2.5. La prise en charge psychologique

3.2.6. L'arrêt de travail

3.2.7. La prise en charge de la fertilité

3.2.8. Les professionnels de santé

3.2.9. L'organisation des services

3.3. Autres facteurs ayant pu influencer le vécu de la prise en charge

3.3.1. L'investissement de la grossesse

1. INTRODUCTION

Il n'existe pas de consensus sur la définition de fausse couche. La définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) reste cependant la plus utilisée. Selon elle, la fausse couche est l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus avant la 22ème SA (semaine d'aménorrhée) ou pesant moins de 500g (1). Les fausses couches sont considérées comme précoces si elles surviennent avant 14 SA. On distingue parmi elles : les grossesses arrêtées, les fausses couches complètes et les fausses couches incomplètes (2).

Les fausses couches précoces sont très fréquentes, elles représentent 15 à 20% des grossesses (soit 200 000 femmes par an en France (3)). Elles concernent donc en moyenne une femme sur quatre en période d'activité génitale (4).

Une fausse couche précoce peut être découverte fortuitement lors d'une échographie ou bien être évoquée lors de métrorragies et de douleurs pelviennes. Elle est ensuite confirmée par échographie endo-vaginale ou dosage biologique des hCG (Human Chorionic Gonadotropin) (3, 5).

Il existe trois types de prise en charge des fausses couches précoces : l'expectative, le traitement chirurgical (aspiration ou curetage), et le traitement médicamenteux par misoprostol. Le choix de prise en charge dépend du type et du terme de la fausse couche précoce mais également du souhait de la patiente. La décision thérapeutique doit donc être partagée entre la patiente et l'équipe médicale (4, 5, 6, 7).

Une prise en charge de la douleur est aussi souvent nécessaire, car dans la majorité des cas, lors d'une fausse couche précoce, la femme souffre de douleurs pelviennes liées aux contractions utérines (6).

Cette prise en charge implique de nombreux acteurs que sont les gynécologues, les obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes, les anesthésistes, les infirmiers....

Une fausse couche est rarement considérée comme quelque chose d'anodin pour les femmes. Mais son vécu est très différent d'une patiente à une autre, car elle vient s'inscrire dans l'histoire personnelle de chaque femme. De plus, toutes les femmes ne donnent pas la même signification aux fausses couches : certaines considèrent avoir perdu un bébé tandis que d'autres un embryon (1, 8). La perte d'une grossesse même précoce peut donc être vécue comme un deuil même s'il n'est pas souvent reconnu comme tel du fait de sa singularité. En effet, une fausse couche n'est pas seulement une perte physique, elle représente aussi la perte d'un futur enfant et donc de toutes les représentations et les projets dont il était porteur (3, 8).

Les femmes ont souvent une représentation de leur grossesse bien différente de sa réalité biologique, leur donnant alors l'impression que les professionnels de santé "minimisent" la perte de leur grossesse. Cependant on peut aussi parfois observer, du fait du nombre important des fausses couches, un décalage entre l'expérience des femmes et la pratique quotidienne des soignants, qui peuvent alors banaliser cet événement (1, 4). On peut donc se demander si ces différences de représentations des fausses couches précoces ont un impact sur la prise en charge.

La littérature évoque surtout le vécu des pertes tardives de la grossesse comme les fausses couches tardives et les morts-in-utéro, mais très peu les fausses couches précoces. Les rares études réalisées concernent surtout les facteurs de risques, l'épidémiologie et la prise en charge médicale, mais très peu abordent l'aspect psychologique. En effet, le vécu des fausses couches précoces est peu étudié, encore moins le vécu de la prise en charge et jamais de façon approfondie. C'est pour cette raison qu'étudier cette thématique m'a semblé intéressant. D'autant plus, qu'en tant que future professionnelle de santé, il me semble essentiel de nous intéresser aux vécus des prises en charge que nous réalisons.

La problématique de notre étude est la suivante : « Comment la prise en charge d'une fausse couche précoce est-elle vécue par les femmes ?

Afin de répondre à cette question nous avons émis différentes hypothèses :

- Le vécu de la prise en charge d'une fausse couche précoce est différent selon la méthode : expectative, chirurgicale ou médicamenteuse
- La prise en charge psychologique est souvent perçue comme insuffisante par les femmes
- Le soutien et l'accompagnement par l'équipe médicale, améliore le vécu de la prise en charge d'une fausse couche précoce selon les femmes.

L'objectif principal de cette étude est donc de décrire et d'analyser le vécu des femmes vis-à-vis de la prise en charge de leur fausse couche précoce.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les facteurs influençant le vécu de la prise en charge et d'élaborer des propositions qui permettraient d'améliorer cette prise en charge.

Nous commencerons par expliquer notre étude et sa méthodologie puis nous détaillerons les résultats. Viendront ensuite la discussion et quelques propositions.

2. METHODOLOGIE

2.1. Une étude qualitative

Il s'agit d'un mémoire d'apprentissage à la recherche en santé publique. La méthodologie utilisée est une enquête qualitative, multicentrique reposant sur des entretiens semi-directifs, menés auprès de femmes ayant vécu une fausse couche précoce. L'approche qualitative nous a semblé être la méthode la plus appropriée, pour analyser le vécu et le ressenti des femmes, d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet intime et personnel.

2.2. La population étudiée

2.2.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusions établis étaient les suivants :

- **femme majeure**
- **femme parlant français**, pour des raisons d'accessibilité.
- **femme ayant vécu une fausse couche précoce entre 2015 et 2020 en France.**

Les critères d'exclusions établis étaient les suivants :

- **femme enceinte au moment de l'étude.** Selon nous, la grossesse n'était pas un moment approprié pour aborder un sujet tel que le vécu d'une fausse couche précoce. En effet, revenir sur cet événement pourrait faire resurgir certaines émotions et angoisses chez les femmes.
- **femme ayant vécu trois fausses couches précoces consécutives.** Selon les recommandations du CNGOF (collège national des gynécologues et obstétriciens français), les femmes ayant vécu des fausses couches précoces à répétitions soit au moins trois consécutives, nécessitent une prise en charge comprenant une recherche étiologique. La prise en charge étant différente, ces femmes ne peuvent pas être incluses dans l'étude.

- **femme ayant suivi un parcours d'aide médicale à la procréation au cours de leur vie.** La problématique et la prise en charge n'étant pas la même, ces femmes ne peuvent pas être incluses dans l'étude.
- **femme présentant un antécédent de fausse couche tardive (entre 14 et 22 SA), de mort fœtale in-utéro (>22 SA) ainsi que les femmes présentant un antécédent d'interruption médical de grossesse.** Selon nous ces événements peuvent influencer le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces et donc entraîner un biais. Nous avons donc décidé de les exclure.

2.2.2. Le mode de recrutement

Le recrutement des femmes a été réalisé, via le réseau social Facebook. Nous avons créé une page Facebook dédiée à l'étude mi-septembre. Cette page s'intitule : « le vécu de la prise en charge d'une fausse couche précoce par les femmes » (annexe 1). Via cette page Facebook nous avons publié une annonce de recrutement dans laquelle nous présentons l'étude (annexe 2). Cette annonce a ensuite pu être partagée par effet « boule de neige » par des comptes privés et sur des groupes privés et publics, dont notamment des groupes de soutien pour les femmes ayant vécu des fausses couches. Les femmes intéressées nous ont ensuite contactés directement via la page Facebook en envoyant un message. Cette méthode de recrutement nous a permis de toucher un grand nombre de femmes et d'obtenir une population très hétérogène. Suite au nombre important de messages reçus, nous avons sélectionné dans la population un échantillon en réalisant un échantillonnage aléatoire à l'aide d'une application en ligne. Puis nous avons repris contact avec les femmes de l'échantillon obtenu afin d'appliquer nos critères d'inclusions et d'exclusions et fixer un entretien avec celles qui pouvaient être incluses dans l'étude. Nous avons ensuite effectué les entretiens jusqu'à saturation des données.

2.3. Forme et méthodologie

2.3.1. La construction du guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 3) a été construit afin de répondre à la problématique et aux hypothèses. Il se compose de cinq parties :

- la première partie permet de présenter le sujet (recueil des données socio démographiques et des antécédents obstétricaux).
- la deuxième partie aborde le début de grossesse et plus particulièrement le vécu de cette grossesse.
- la troisième partie s'intéresse au vécu de la prise en charge de la fausse couche précoce (annonce, prise en charge médicale, prise en charge psychologique...)
- La quatrième partie traite le vécu de la fausse couche en elle-même.
- la dernière partie s'interroge de l'impact de cette fausse couche.

2.3.2. Les modalités de déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence sur la plateforme zoom ou de visu dans un lieu public. Avant chaque entretien, nous avons rappelé le sujet de l'étude, ainsi que le caractère confidentiel et anonyme des informations recueillies. Pour conserver cet anonymat nous avons choisi de modifier les prénoms de toutes les femmes. Ces pseudos leur ont été transmis afin qu'elles puissent se reconnaître lors de la lecture du mémoire. Tous les entretiens ont été enregistrés après recueil de l'accord oral de chaque femme, afin de pouvoir les retranscrire.

2.3.3. La méthode d'analyse des entretiens

Après retranscription complète et analyse individuelle, les entretiens ont été comparés entre eux et avec la littérature grâce à une grille d'analyse transversale (annexe 4).

3. RESULTATS

3.1. Profil de la population

3.1.1. Recrutement de la population

Nous avons reçu 80 messages de femmes acceptant de participer à l'étude. Nous souhaitions réaliser des entretiens jusqu'à saturation des données. Selon nos recherches réalisées au préalable, cela devait représenter 10 à 12 entretiens. Nous avons donc procédé à un échantillonnage aléatoire à l'aide d'une application en ligne afin d'obtenir un échantillon composé de 20 femmes. Nous avons choisi de sélectionner 20 femmes afin d'être sûrs d'obtenir au moins 10 entretiens. En effet, nous savions que du fait du recrutement sur les réseaux sociaux nous risquions de perdre de vue plusieurs femmes. Nous savions également que le critère d'exclusion « femme ayant vécu trois fausses couches précoces consécutives » était relativement fréquent dans notre population car nous avons posté notre annonce sur des groupes de soutien qui sont souvent consultés par des femmes vivant plusieurs fausses couches. Parmi ces 20 femmes : six ont été perdues de vue, une s'est rétractée, trois ont été exclues car elles présentaient un ou plusieurs critères d'exclusions et dix ont participé aux entretiens. Suite à ces dix entretiens nous avons choisi de ne pas contacter de nouvelles femmes, car les dernières données recueillies n'apportaient plus de nouveaux éléments à l'étude. Au total, dix entretiens ont donc été réalisés entre octobre 2020 et décembre 2020. Nous avons représenté ces résultats à l'aide d'un diagramme de flux (annexe 5).

3.1.2. Caractéristiques des entretiens semi-directifs

Neuf entretiens ont été réalisés en visioconférence sur la plateforme zoom, du fait du contexte sanitaire et de l'éloignement géographique entre l'enquêteur et les enquêtées. Un seul entretien a été réalisé de visu dans un lieu public (café).

La durée moyenne des entretiens est de 1h10 (de 54 minutes à 1h30).

3.1.3. Caractéristiques de la population

Pseudo	Age	Situation conjugale	Profession	Lieu
Thaïs	29	Pacsée	Spécialiste technique dans l'industrie pharmaceutique	Auvergne-Rhône-Alpes
Margot	35	Mariée	Art-thérapeute et éducatrice	Grand-Est
Camille	28	Mariée	Auxiliaire puéricultrice	Auvergne-Rhône-Alpes
Mathilde	26	Pacsée	Auxiliaire puéricultrice	Bretagne
Chloé	30	Mariée	Manipulatrice radio	Bretagne
Manon	30	Mariée	Journaliste	Bretagne
Agathe	30	Concubinage	Educatrice spécialisée	Occitanie
Amélie	36	Célibataire	Infirmière	Occitanie
Claire	28	Concubinage	Responsable de secteur dans une entreprise d'aide à la personne	Normandie
Alice	28	Mariée	Gestionnaire dans une filiale d'assurance	Centre-Val De Loire

Les femmes interrogées avaient toutes, au moment de la fausse couche précoce, entre 26 et 36 ans avec une médiane de 29 ans.

Presque toutes les femmes participant à l'étude vivaient en couple au moment de leur fausse couche. Une femme s'est séparée de son conjoint lors de l'annonce de la grossesse et était donc célibataire au moment de sa fausse couche.

Cinq femmes travaillaient dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.

Compte tenu de la méthode de recrutement, toutes les femmes ont été prises en charge en France, mais dans des régions différentes ; donc dans des établissements différents et avec des professionnels différents.

3.1.4. Antécédents obstétricaux

Pseudo	Gestité	Parité	GEU / IVG	FCP	Année FCP	Terme FCP
Thaïs	4	2	1 GEU	1	2017	6 SA
Margot	2	1	0	1	2020	10 SA
Camille	3	2	0	1	2018	3 SA
Mathilde	1	0	0	1	2020	5 SA
Chloé	1	0	0	1	2020	8 SA
Manon	4	3	0	1	2019	5 SA
Agathe	4	1	1 IVG	2	2019	10 SA
					2019	8 SA
Amélie	1	0	0	1	2020	12 SA
Claire	1	0	0	1	2020	8 SA
Alice	3	1	0	2	2020	3 SA
					2020	5 SA

Six femmes avaient déjà un ou plusieurs enfants (entre un et trois enfants), et quatre étaient nullipares.

Une des femmes présentait un antécédent de GEU et une autre un antécédent d'IVG.

Toutes les femmes ont vécu leurs fausses couches précoces entre 2017 et 2020. Huit femmes ont vécu une seule fausse couche et deux femmes en ont vécu deux.

Le terme des fausses couches est variable d'une femme à une autre : de 3 SA à 12 SA, avec une médiane à 7 SA.

3.1.5. Types de fausses couches précoces

Au total, notre étude comprend 12 fausses couches précoces : neuf grossesses arrêtées et trois fausses couches en cours.

3.1.6. Méthode de diagnostic

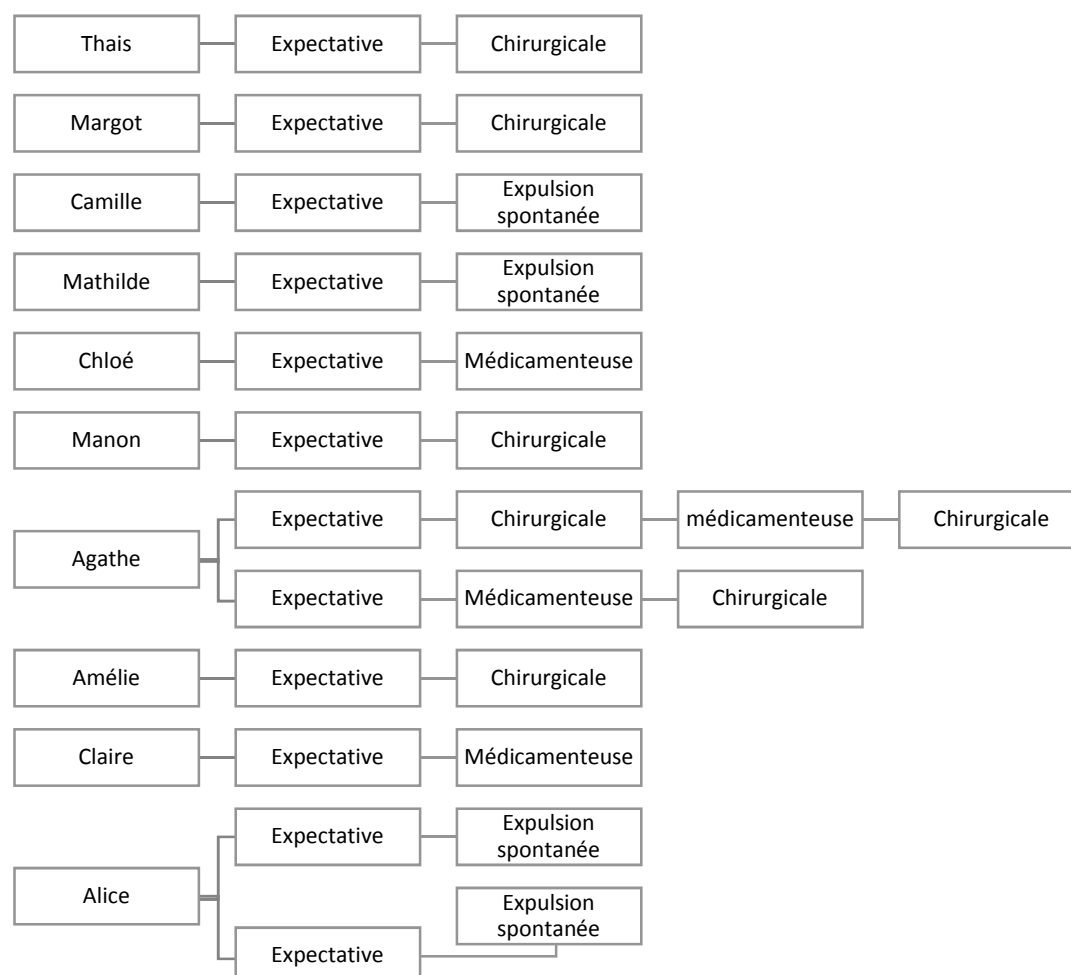
Pour neuf fausses couches précoces, le diagnostic a été établi par échographie. Pour deux d'entre elles, la découverte de la grossesse s'est faite de façon fortuite lors de l'échographie de datation ou l'échographie du premier trimestre. Pour les sept autres, le diagnostic de fausse couche précoce a été confirmé par échographie aux urgences gynécologique, ou chez un professionnel libéral lors d'une consultation pour saignements, ou douleurs pelviennes.

Pour les trois autres fausses couches précoces le diagnostic ne s'est pas fait par échographie mais cliniquement (pertes de sang associées à des douleurs pelviennes) ou biologiquement (prise de sang avec décroissance du taux de hCG).

3.1.7. Type de prise en charge

Pour toutes les fausses couches précoces de notre étude, il y a eu une période d'expectative, soit par choix, soit imposée du fait du délai entre l'annonce du diagnostic et le choix de la prise en charge, ou du délai entre le diagnostic et la prise en charge chirurgicale (qui peut-être plus ou moins long selon l'organisation des établissements).

Pour quatre fausses couches précoces, l'expulsion s'est faite spontanément pendant la période d'expectative, deux fausses couches précoces ont nécessité une prise en charge médicamenteuse, quatre une prise en charge chirurgicale, et deux autres fausses couches ont nécessité les deux méthodes : chirurgicale et médicamenteuse.



3.1.8. Complications

Parmi les femmes interrogées, trois ont eu des complications : une fausse couche hémorragique, une hémorragie au cours d'une aspiration et une rétention utérine persistante après prise en charge chirurgicale.

3.2. Le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces

3.2.1. L'annonce de la fausse couche précoce

Pour toutes les femmes, on constate que l'annonce de la fausse couche précoce est un moment très important de la prise en charge. Les femmes en ont en effet un souvenir très net. Les mots choisis et la façon dont ils sont dits sont retenus avec précision.

Nous avons pu observer que les expressions les plus utilisées pour annoncer la fausse couche sont « il n'y a pas d'activité cardiaque » ou bien « le cœur du bébé ne bat plus ». Nous avons également pu voir que la plupart du temps les professionnels de santé s'excusent auprès des patientes.

Suite à l'annonce du diagnostic, trois réactions principales ressortent des entretiens : le choc, le déni, la dépression. Ces trois réactions correspondent à trois étapes décrites par de nombreuses études, sur l'acceptation de la perte ou du deuil.

Neuf femmes sur dix évoquent l'annonce comme un « choc ». Certaines, comme Claire, vont plus loin et qualifient ce choc de violent : *“Et là je n'ai pas réussi à dire un mot... Ça a été et c'est encore d'une violence”*. Pour une femme seulement, l'annonce de la fausse couche a été plutôt progressive et n'est donc pas assimilée à un choc.

Plusieurs femmes, comme Chloé, racontent être passées par une phase de déni : *“Sur le moment j'avais du mal à l'accepter... J'étais un peu dans le déni de la chose...”* Certaines nous expliquent même avoir eu besoin d'un deuxième contrôle échographique ou biologique pour accepter la réalité.

Toutes les femmes parlent également d'un sentiment de tristesse et utilisent les mots: *“larmes”*, *“dévastation”*, *“drame”* et *“tristesse”* pour raconter l'annonce de leur fausse couche précoce.

3.2.2. L'information

Toutes les femmes abordent la question de l'information lors de leurs entretiens. Les femmes disent mieux vivre la prise en charge si elles comprennent ce qui leur arrive et ce qui va se passer. Elles attendent donc des professionnels de santé une information claire, complète et adaptée.

Toutes les femmes expliquent avoir à un moment ou à un autre manqué d'informations. Certaines, comme Amélie, soulignent également la difficulté d'entendre, de comprendre et de retenir les informations lorsqu'on vient d'apprendre une nouvelle telle qu'une fausse couche précoce : *«Après, c'est vrai que j'ai eu pleins d'infos, et ça je n'ai pas trouvé ça adapté, parce que finalement on est en état de choc, donc on ne comprend pas vraiment tout ce qu'ils nous expliquent, même si on nous explique ça ne rentre pas.»* Plusieurs femmes expliquent en effet que l'information orale n'est pas suffisante et qu'elles auraient aimé un support papier auquel se référer.

Face à ce manque d'informations sept femmes racontent avoir cherché des informations sur internet.

Plusieurs femmes, dont Amélie, expliquent avoir eu l'impression que l'information n'était pas adaptée et personnalisée : *«Ça m'a donné l'impression que c'était quelque chose qu'il fallait dire, j'avais l'impression que c'était protocolisé, que c'était des informations qu'il fallait absolument dire aux femmes qui perdaient un bébé... ça donne vraiment un côté machinal.»*

3.2.3. La prise en charge médicale

3.2.3.1. Le choix de la méthode

Six femmes disent ne pas avoir eu le choix concernant la méthode car, selon les professionnels de santé, la seule méthode envisageable était la méthode chirurgicale étant donné le terme avancé de la grossesse. Pour la plupart d'entre elles, dont Margot, l'absence de choix a été très difficile à vivre : *«Tous mes espoirs d'expulsion naturelle sont partis en fumée, parce qu'il m'a dit : vu sa taille ça sera une aspiration, vous n'avez pas le choix... Une fois de plus on sent qu'on a le choix de rien».*

Quatre femmes racontent avoir eu le choix concernant la prise en charge de leur fausse couche précoce. Et deux d'entre elles nous confient avoir eu des difficultés à choisir : *“Je ne sais pas en fait, quelle est la meilleure solution, enfin du coup je ne savais pas ce que je voulais à ce moment-là pour moi.”* (Claire).

Au final, deux femmes ont choisi la méthode chirurgicale et deux femmes la méthode médicamenteuse. Les principaux arguments évoqués en faveur d'une prise en charge chirurgicale sont : la prise en charge rapide en un jour, et un risque d'échec inférieur à la méthode médicamenteuse, car comme nous l'explique Agathe : *“je pense qu'on a envie de s'en débarrasser vite quoi... de passer à autre chose.”* Les arguments évoqués en faveur d'une prise en charge médicamenteuse sont : l'absence d'hospitalisation et l'absence d'anesthésie générale.

3.2.3.2. L'expectative

Toutes les femmes ont eu une période d'expectative. En fonction des patientes, cette période correspond à l'attente avant l'expulsion spontanée du matériel endo-utérin ou au délai avant d'être prise en charge médicalement ou chirurgicalement. La durée de cette période est donc très variable d'une femme à une autre, d'une journée à deux semaines.

Pour huit fausses couches précoces, cette période d'expectative n'a pas abouti à l'expulsion du matériel endo-utérin et a donc nécessité une prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale. La majorité de ces femmes, comme Chloé, ont trouvé cette attente longue et difficile : *“Ça a été assez dur d'attendre parce que l'embryon est toujours là mais on est dans l'attente.”* Certaines disent même regretter avoir attendu.

Pour les quatre autres fausses couches, l'expulsion complète du matériel endo-utérin a pu se faire spontanément en moins de 48h. Cette attente a été plus courte et donc mieux vécue par les femmes.

3.2.3.3. L'expulsion spontanée

Pour quatre fausses couches précoces l'expulsion complète a pu se faire spontanément. Ces quatre fausses couches concernent trois femmes.

Parmi ces dernières, deux femmes ont ressenti l'expulsion. Camille nous confie en effet avoir été surprise de cette sensation : *“Je ne m'attendais pas du tout à sentir, je ne m'attendais pas du tout à me rendre compte que j'allais expulser la grossesse.”* Alice nous explique qu'expulser naturellement chez elle sans intervention médicale était plus simple et que ressentir l'expulsion et voir l'embryon l'a aidé : *« à passer à autre chose, à accepter la situation »*. A l'inverse, Mathilde elle, ne s'est pas rendu compte de l'expulsion, c'est l'échographiste qui lui a annoncé.

Deux autres femmes ont commencé à expulser naturellement pendant la période d'expectative mais l'expulsion n'a pas été complète et a donc nécessité une prise en charge chirurgicale. Ces deux femmes, dont Manon, nous confient également avoir été surprise de sentir l'expulsion : *“A un moment donné j'expulse un truc énorme, en plus je comprenais rien de ce que j'expulsais, on ne sait pas si le fœtus est là ou pas...”*

3.2.3.4. La méthode médicamenteuse

Trois femmes ont eu une prise en charge médicamenteuse par misoprostol après échec de l'expectative.

Pour Agathe, la méthode médicamenteuse n'a pas fonctionné à deux reprises. Cette dernière nous explique n'avoir ressenti aucun effet, aussi bien la première que la deuxième fois.

Pour les deux autres femmes l'expulsion a eu lieu dans les 24h suivant la deuxième prise de misoprostol.

Ces deux femmes décrivent des contractions utérines très douloureuses lors de la prise en charge médicamenteuse. Par exemple Chloé nous dit : *“C’était assez dur au niveau des douleurs... Franchement je ne savais plus où me mettre, c’était franchement dur.”*

A ces deux femmes, les professionnels de santé avaient prescrit des antalgiques pour soulager ces douleurs (Paracétamol et anti-inflammatoires). Pour Chloé la prise d’antalgique a été indispensable pour surmonter la douleur, alors que Claire nous explique qu’elle n’a pas souhaité en prendre malgré les contractions utérines.

Ces deux femmes insistent également sur l’abondance des saignements qui ont même inquiété Claire : *“les protections je les remplissais en un quart d’heure... j’avais peur...”*

Selon ces deux femmes l’expulsion a immédiatement entraîné l’arrêt des douleurs et une diminution des saignements. L’expulsion est en effet décrite comme un soulagement aussi bien physique qu’émotionnel. Claire évoque aussi la fatigue qu’elle a ressentie suite à cette épreuve : *“Mon corps était épuisé, je ne tenais plus debout, je n’avais plus envie de rien.”*

3.2.3.5. La méthode chirurgicale

Au total, six fausses couches précoces ont nécessité une prise en charge chirurgicale par aspiration. Quatre pour échec de l’expectative, dont une en urgence pour fausse couche hémorragique. Et deux pour échec de l’expectative et de la méthode médicamenteuse.

Lorsque nous avons abordé avec les femmes le vécu de la prise en charge chirurgicale, ces dernières nous ont essentiellement parlé de l’anesthésie générale. Pour certaines l’anesthésie générale a été plutôt bénéfique car elle leur a permis de ne rien sentir lors de l’intervention et donc de mieux vivre l’aspiration.

D'autres femmes, comme Manon, disent cependant avoir très mal vécu physiquement l'anesthésie générale : *“L'anesthésie générale horrible... Je me suis sentie extrêmement mal physiquement, on a vraiment l'impression qu'on va crever, j'étais vraiment dans un état physique misérable.”*

Deux femmes, dont Amélie, évoquent aussi l'émotion qu'elles ont ressenti au bloc opératoire : *“J'avais du mal à retenir mes larmes, parce que je réalisais ce qui allait se passer, le moment où le bébé allait quitter mon corps, c'était vraiment... ç'était, c'était vraiment compliqué.”*

3.2.4. Le devenir de l'embryon

Trois femmes évoquent le devenir de l'embryon après une fausse couche précoce et plus particulièrement après une prise en charge chirurgicale. Ces trois femmes disent qu'on ne leur a pas expliqué ce qu'on avait fait du corps. Margot s'est renseignée sur internet et nous raconte sa colère lorsqu'elle a découvert ce qui était fait de l'embryon : *“Ça a été assez violent parce qu'en terme de semaine j'ai appris que mon bébé n'était pas un bébé mais une pièce anatomique. Et pour moi ce n'était pas audible. Je ne pouvais pas admettre que le bébé soit aspiré, sans que je puisse l'enterrer après. J'ai trouvé ça injuste qu'on ne me laisse pas, que la loi ne me permette pas d'enterrer dignement mon bébé et de considérer que ce soit déjà un enfant en fait.”*

3.2.5. La prise en charge psychologique

A la question : “Vous a-t-on proposé une prise en charge psychologique ?”, huit femmes sur dix nous répondent négativement.

Parmi ces huit femmes, cinq femmes auraient aimé qu'on leur propose un accompagnement psychologique car elles ressentaient le besoin d'être aidées pour surmonter cette épreuve difficile.

C'est ce que nous explique Amélie lors de son entretien : *“j'avais besoin d'être accompagnée parce que je sentais que c'était vraiment très compliqué pour moi... Et finalement je n'en ai jamais eu, même après avoir demandé plusieurs fois. Je pense que c'est pour ça aussi que j'étais en colère en fait parce que je me disais que c'était déjà compliqué pour moi et c'est moi qui doit faire la demande alors que ça me semblait un fait justement assez fréquent pour qu'on me le propose automatiquement.”*

Certaines en effet, comme Amélie, pensent qu'on devrait proposer à toutes les femmes ayant vécu une fausse couche précoce de rencontrer un psychologue, afin d'être accompagnées si elles le souhaitent.

Les trois autres femmes quant à elles, disent ne pas avoir ressenti le besoin d'une prise en charge psychologique.

Une rencontre avec un psychologue a été proposée à seulement deux femmes. Alice a accepté cette rencontre mais avec quelques réticences au début car : *« je n'étais pas en disposition pour parler des fausses couches à ce moment-là quand j'y suis allée... »*. Claire elle, nous explique avoir refusé cet accompagnement parce que : *« parler à quelqu'un que je ne connais pas et établir une relation de confiance ce n'est pas ce qu'il y a de plus simple chez moi.”*

Deux femmes présentaient des antécédents de dépression ayant nécessité un suivi avec un psychologue. Margot nous explique en effet avoir eu une dépression pendant sa première grossesse et a donc été surprise qu'on ne lui propose aucun accompagnement psychologique au vu de ses antécédents. Agathe était suivie avant sa fausse couche précoce et selon elle les consultations avec sa psychologue l'ont aidé à surmonter cette épreuve.

3.2.6. L'arrêt de travail

La majorité des femmes racontent avoir eu des difficultés à obtenir un arrêt de travail. Elles expliquent en effet, avoir été obligées d'en demander un et parfois avec insistance. Comme par exemple, Manon qui a été très choquée qu'on ne lui propose pas d'arrêt, après sa fausse couche hémorragique, prise en charge au bloc opératoire, en urgence.

Pour beaucoup cet arrêt de travail a été essentiel car elles avaient besoin de temps pour accepter leur fausse couche précoce et faire leur deuil ; d'autant plus que certaines femmes interrogées travaillaient avec des enfants. Ces dernières nous expliquent qu'il était difficile pour elles de s'occuper d'enfants alors qu'elles étaient en train ou venaient de perdre le leur.

Pour d'autres, comme Manon, cet arrêt de travail était nécessaire, car elles ne se sentaient pas capable physiquement d'aller travailler : « *C'est physiquement que j'ai eu du mal à m'en remettre. En fait c'est une espèce de grossesse, c'est comme si on se remettait d'un accouchement, mais ce n'est pas considéré comme tel par le personnel médical.* »

Deux femmes disent cependant, ne pas avoir voulu d'arrêt de travail car elles souhaitent reprendre le cours de leur vie et ne pas rester seules chez elles avec leur douleur. Pour les mêmes raisons, Chloé raconte avoir trouvé son arrêt de travail d'une semaine trop long, et précise que trois jours auraient suffi.

3.2.7. Prise en charge de la fertilité

Nous avons constaté que plusieurs femmes évoquent l'impact de la fausse couche sur leur projet de grossesse.

Presque toutes les femmes racontent avoir recommencé les tentatives de grossesse dans l'année qui suivait la fausse couche précoce (entre 3 mois et un an).

Plusieurs femmes confient avoir trouvé cette attente d'une nouvelle grossesse longue et difficile. Certaines décrivent même des symptômes anxio-dépressifs.

Quatre femmes confient également être plus angoissées depuis leur fausse couche précoce, comme Margot : « *Et maintenant quand on se projette sur une nouvelle grossesse, c'est avec la boule au ventre.* » Camille au contraire dit ne pas avoir été particulièrement stressée, et ne pas avoir eu du mal à s'investir lors des grossesses suivantes.

D'autres évoquent leur inquiétude concernant leur fertilité suite à leur fausse couche précoce. Même celles, comme Manon, ayant déjà eu des enfants, se questionnent sur une potentielle atteinte de leur fertilité, suite à la prise en charge de leur fausse couche précoce, et plus particulièrement, suite à une aspiration.

Trois femmes, dont Agathe, nous expliquent même ne pas comprendre pourquoi il faut attendre trois fausses couches précoces consécutives pour rechercher la cause. Ces femmes aimeraient qu'on leur propose une recherche étiologique dès la première fausse couche précoce, afin d'être rassurées ou prises en charge plus rapidement en parcours d'aide médicale à la procréation, même si cela n'est pas recommandé et rarement contributif.

3.2.8. Les professionnels de santé

Toutes les femmes ont eu plusieurs intervenants au cours de leur prise en charge de leur fausse couche précoce : sages-femmes, médecins gynécologues, internes de gynécologie, internes de médecine générale, médecins traitants, anesthésistes, infirmières.

Toutes les femmes ont un souvenir très précis des professionnels de santé qu'elles ont rencontré et expliquent que le comportement de ces derniers peut influencer le vécu de la prise en charge.

Certaines attitudes ont un impact négatif selon les femmes sur le vécu de la prise en charge :

- La banalisation : Toutes les femmes, dont Chloé, évoquent la banalisation de la fausse couche précoce : *“Il a banalisé ça assez vite : bah que ça arrive à une femme sur quatre, que c’est normal, que ça arrive très fréquemment...Pour lui c’était quelque chose de banal.”* De plus, les discours visant à dédramatiser tels que « ce n’est pas de votre faute », « la nature fait bien les choses », « les fausses couches précoces concernent une femme sur quatre » sont souvent perçus par les femmes, comme impersonnels et banalisants. Certaines femmes racontent aussi avoir dû faire face à l’amalgame fausse couche précoce et IVG et ont donc ressenti le besoin de se justifier comme Thaïs : *“J’avais l’impression que je devais justifier que je faisais un curetage parce que je faisais une fausse couche et pas une IVG, que ce n’était pas parce que je ne voulais pas du bébé.”*
- Le manque de respect : Margot nous confie avoir eu l’impression qu’on lui manquait de respect, et nous explique que cela a été très difficile à vivre pour elle. Deux femmes décrivent également l’humour comme très peu adapté voir irrespectueux lors de l’annonce ou de la prise en charge d’une fausse couche précoce.
- L’abandon : Toutes les femmes comme Amélie, racontent avoir souffert de solitude au cours de leur prise en charge : *“Beaucoup de moments de solitudes, de moments seules dans la pièce qui étaient compliqués à gérer... C’est dur d’être toute seule, de se sentir abandonnée...”*

A l’inverse d’autres attitudes ont un impact positif selon les femmes sur la prise en charge :

- L’écoute : Les femmes qui se sont senties écoutées semblent avoir un meilleur vécu de leur prise en charge : *“Je me suis sentie comprise, je me suis sentie écoutée... ça fait du bien...ça m’a permis de mieux le vivre”* (Alice). Etre écoutées permet aux femmes de se sentir prise en considération : *“Je me suis sentie accompagnée et écoutée comme une personne singulière et pas comme une personne lambda.”* (Amélie).

- L'empathie et la bienveillance : Certaines femmes, dont Mathilde, évoquent l'empathie comme une qualité nécessaire chez les professionnels de santé, surtout lors d'un évènement douloureux tel qu'une fausse couche précoce : *“ J'aurai préféré que le gynécologue soit plus dans l'empathie... J'aurai aimé qu'il se mette un peu plus à ma place.”* Un professionnel décrit comme « chaleureux » par les femmes semble rendre l'annonce et la prise en charge plus simple à accepter qu'avec un professionnel décrit comme « froid ». Le choix des mots et la façon dont ils sont dits ont aussi un impact sur le vécu de la fausse couche précoce. L'utilisation de mots simples et bienveillants est appréciée par les femmes : *“Les mots qu'il m'a dits étaient doux en fait, il y avait beaucoup de douceur... Je me rends compte que les souvenirs les plus forts, ça reste les mots réconfortants, ça reste le peu de douceur que j'ai eue.”* (Margot).
- Le toucher : Agathe décrit le toucher comme un bon outil pour accompagner et consoler: *“J'ai souvenir que les professionnels, en voyant que je n'étais pas bien, montraient des marques d'affections physiquement pour essayer de me consoler.”* Amélie explique elle aussi que cela permet aux femmes de sentir que leur souffrance est prise en considération : *“Et le moment où la jeune interne est venue me toucher la main, je me suis dit : là on me prend en considération. Je pense que le toucher est important à ce moment-là, de se sentir soutenue, enfin comprise et prise en considération.”*

Quatre femmes évoquent également les difficultés rencontrées par les professionnels de santé lors de la prise en charge des fausses couches précoces. Pour commencer ces femmes abordent la notion de charge de travail qui selon elles a un impact sur la qualité de la prise en charge. Deux femmes, dont Manon, parlent ensuite de la difficulté émotionnelle de ces prises en charges : *“C'est quand même la première personne qui doit annoncer ces choses-là ça doit être terrible. C'est son travail mais ça doit pas être une belle partie de son travail.”* Claire elle, s'interroge sur la formation des soignants pour faire face à ces situations : *“Est-ce qu'ils ont été formés pour faire ce genre d'annonce, et pour accompagner les personnes ?”*

3.2.9. L'organisation des services

Pour certaines femmes, se retrouver au milieu de femmes enceintes au moment de l'annonce ou de la prise en charge de leur fausse couche est difficile psychologiquement. Or, dans de nombreux établissements, la salle d'attente des urgences gynécologiques est la même que celles des urgences obstétricales, ce qui peut être compliqué à vivre, comme nous l'explique Mathilde : *“Le plus dur c'est qu'on est au milieu des femmes enceintes donc c'est difficile à gérer. C'est difficile à gérer parce qu'on n'a pas envie que tout le monde nous voit dans cet état-là (en pleurs), et encore moins les femmes enceintes, en train de se caresser le ventre...”*. Amélie nous raconte que ce problème existe aussi au bloc opératoire et en salle de réveil : *“Se retrouver au bloc et voir une femme arriver et faire la première rencontre avec son bébé après une césarienne... Je trouvais que c'était trop dur, vraiment trop dur.”*

Plusieurs femmes racontent également avoir trouvé très longue l'attente aux urgences gynécologiques et au bloc opératoire le jour de leur aspiration. D'autres femmes expliquent aussi avoir attendu longtemps entre l'annonce de leur fausse couche précoce et l'aspiration (parfois plus d'une semaine). Pour ces femmes, ces moments d'attente sont décrits comme difficiles à vivre, et peuvent être source de stress.

3.3. Autres facteurs ayant pu influencer le vécu de la prise en charge

3.3.1. L'investissement de la grossesse

Parmi les 12 fausses couches précoces : sept grossesses étaient programmées et cinq grossesses n'étaient pas planifiées (échecs ou absence de contraception). Parmi ces dernières, deux femmes se sont posées la question de l'IVG mais ont préféré conserver la grossesse.

Huit femmes sur dix disent s'être projetées, pendant ce début de grossesse. Certaines femmes comme Claire se sont beaucoup investies dès le début : *"ah bah on n'avait pas encore fait la première échographie qu'on était déjà parti loin.... On commençait déjà à chercher la chambre, on avait quelques idées sur les prénoms, on se demandait comment on allait l'annoncer..."*. Certaines femmes, pour qui la grossesse n'était pas prévue, disent également avoir réussi à se projeter. Seulement deux femmes confient avoir eu des difficultés à investir la grossesse, car elles avaient un pressentiment que la grossesse ne se passait pas bien.

Même si certaines disent ne pas avoir réussi à s'investir, nous constatons que toutes les femmes utilisent le terme *"bébé"* pour parler de l'embryon. Mathilde nous explique lors de son entretien : *"Pour moi c'est mon bébé, même si je sais que c'est encore très petit à ce terme-là."* Margot nous confie qu'elle considère cet embryon comme un de ses enfants : *"il faisait vraiment partie de la famille. Moi si on me demande combien j'ai d'enfants je réponds que j'en ai deux, il y en a un que je n'ai pas eu la chance de rencontrer mais j'en ai deux."*

Quatre femmes ont bénéficié d'une échographie de datation. Nous avons pu constater que l'échographie avait pour effet de majorer ces projections. Certaines comme Amélie, nous expliquent en effet que cette échographie leur a permis de rendre cette grossesse plus concrète. Manon nous raconte ne pas avoir voulu aller à son échographie de datation ce qui l'aurait aidé lors de sa fausse couche précoce : *"Je n'avais pas vu ce bébé, enfin ce que je veux dire c'est que je n'avais pas entendu son cœur battre, ça m'a permis d'affronter le truc moralement quand même."* Ces quatre femmes nous expliquent également que ces échographies ont eu pour effet de les rassurer, et ont donc rendu l'acceptation de la fausse couche plus difficile.

3.3.2. La méconnaissance des fausses couches précoces

A la question : “Comment avez-vous vécu ce début de grossesse ?”, seulement deux femmes disent avoir été angoissées. Ces deux femmes ont été suivies pour une grossesse de localisation indéterminée. Elles ont donc eu un suivi régulier du taux de hCG et échographique, ce qui a été pour elles source de stress.

Nous constatons donc que la majorité des femmes n'était pas stressée de faire une fausse couche. Plusieurs femmes expliquent en effet que, selon elles, il y a un réel manque d'information de la part des professionnels, qui entraîne une méconnaissance et une sous-estimation des fausses couches précoces. Thaïs, par exemple, nous raconte ne jamais avoir entendu parler des fausses couches précoces, avant d'en vivre une, et nous explique qu'elle aurait préféré être informée : *“Je ne trouve pas ça normal qu'en tant que femme, en étant enceinte on ne connaisse pas ça. Après je ne veux pas crier au loup et dire : attention tu es enceinte, tu vas peut-être faire une fausse couche ; mais juste savoir que ça existe et que ce n'est pas si anodin que ça.”*

Plusieurs femmes expliquent que, cette méconnaissance des fausses couches précoces est également due au fait que même les femmes ayant vécu ces arrêts de grossesses n'osent pas en parler parce qu'elles ont honte ou qu'elles se sentent coupables. Claire définit même ce sujet de « *tabou* ».

3.3.3. L'entourage

Une seule femme était célibataire au moment de sa fausse couche précoce. Amélie, qui s'est séparée de son conjoint lorsqu'elle a appris sa grossesse, nous confie ses difficultés : *“On s'était un peu séparé à cause de cette grossesse parce que ce n'était pas son projet. Donc c'est vrai que ça a été compliqué parce que je n'ai pas été beaucoup soutenue par le papa.”*. Toutes les autres femmes étaient en couple, pacsées ou mariées, au moment de leur fausse couche précoce. Toutes ces femmes disent avoir eu un conjoint très présent et soutenant.

Les femmes qui avaient déjà un ou plusieurs enfants nous expliquent que ces derniers ont été pour elles un réel soutien. En effet, toutes racontent que leurs enfants et le retour au quotidien leur ont permis d'avancer et de tourner la page plus rapidement. Margot, nous confie par exemple : *“Alors je pense que ma fille m'a sauvé la vie. C'est vrai que ça m'a aidé à tenir d'une part de l'avoir elle, et d'être maintenue dans un quotidien, parce que elle, elle est en vie. Il fallait quand même être présent pour elle...”* Thaïs et Camille nous expliquent aussi que leurs enfants leur ont permis d'être rassurées sur leur fertilité.

Certaines femmes racontent en effet avoir été très soutenues par leurs familles, leurs amis, leurs collègues... Tandis que d'autres confient n'avoir pas reçu l'aide qu'elles espéraient. Pour Agathe ce soutien ne dure qu'un temps car *“au bout d'un moment on a l'impression que les gens en face sont lassés, ou qu'ils ont épuisé le stock de soutien... Ils ne savent plus trop quoi dire mise à part des phrases qui se veulent rassurantes...”*. Plusieurs femmes abordent aussi la question du “cap des trois mois” et expliquent que, selon elles, le fait d'attendre les trois premiers mois pour annoncer leur grossesse entraîne un manque de soutien de la part de l'entourage.

3.3.4. Les groupes, les associations

Ayant partagé notre annonce sur des groupes de soutien sur Facebook, quatre femmes, dont Mathilde, nous parlent de ces groupes sur les réseaux sociaux qui les ont aidées à se sentir moins seules : *“ Ça m'a permis de me libérer un petit peu, parce que j'ai pu discuter avec des personnes qui avaient vécu la même chose. Sur les réseaux j'ai vraiment trouvé de l'aide et une écoute”*. Ces groupes leur ont aussi permis de trouver des réponses à leurs questions et des informations concernant la prise en charge.

3.3.5. L'épidémie de la Covid 19

Six femmes sur dix ont vécu leur fausse couche en 2020. Quatre d'entre elles expliquent l'impact de la Covid sur leur prise en charge.

Toutes évoquent les règles sanitaires, et plus particulièrement l'interdiction d'être accompagnées par leur conjoint, ce qui pour elles a été très difficile à vivre, et a amplifié ce sentiment de solitude que nous avons abordé précédemment. Margot par exemple nous dit : *“Je pense que c’est à cause de la situation sanitaire, mais j’aurais aimé que mon mari puisse être à mes côtés surtout après l’intervention parce que là pour le coup on est vraiment toute seule. Et cette solitude-là est très dure à ce moment-là.”*

Claire évoque, en plus de la solitude, la difficulté qu'elle a rencontrée pour annoncer la fausse couche à son conjoint : *“Après je sais qu’il y avait le confinement, les règles sanitaires, le virus... mais à quel moment on peut laisser un conjoint sur le parking ? C’est moi qui ai dû lui annoncer, c’est moi qui ai dû lui dire, c’est moi qui ai dû lui enlever tout espoir... Non je n’ai pas eu les mots, je n’ai pas été formée pour ça moi...”*

3.4. L’impact de la prise en charge sur le vécu de la fausse couche précoce

Il est difficile de décrire si les femmes ont bien ou mal vécu leur fausse couche précoce, car elles-mêmes ont du mal à le dire. Certaines, comme Mathilde, disent avoir un mauvais vécu : *“Je ne peux pas dire bien, parce que je ne l’ai pas bien vécu. Ça a été très difficile. C’est toujours dur, au jour d’aujourd’hui, y a encore des jours où j’ai du mal à gérer mes émotions, mais j’avance petit à petit.”*. D’autres, comme Chloé, comparent leur vécu à celui des autres : *“Je pense qu’on ne peut jamais bien le vivre, mais je pense que je l’ai mieux vécu, que certaines personnes...”*. Et pour finir, quelques femmes comme Manon pensent l’avoir plutôt bien vécu : *“Moi je me dis que j’ai bien vécu ma fausse couche, mais il y a peut-être des émotions que j’ai enterrées...”*. A la question : *“Pensez-vous que la prise en charge a eu un impact sur le vécu de votre fausse couche ?”*, toutes les femmes répondent affirmativement. Selon elles, l’attitude des professionnels de santé influence de façon positive ou négative le vécu de la fausse couche. : *“Oui forcément, parce qu’on fait en fonction des personnes qu’on a en face de nous... Si j’avais eu des réactions, des propos différents en face de moi, je l’aurai forcément vécu différemment.”* (Margot).

4. DISCUSSION

4.1. Critique de la méthode

Cette étude qualitative n'a pas vocation à être représentative du vécu de toutes les femmes ayant subi une fausse couche précoce. Son but est d'analyser le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces, de déterminer les facteurs l'influençant et de faire des propositions permettant d'améliorer cette prise en charge.

4.1.1. Forces de l'étude

4.1.1.1. Utilité de l'étude

La fausse couche précoce semblant être un sujet tabou dans notre société, il nous a donc semblé important de donner la parole à ces femmes pour mieux comprendre leur vécu vis-à-vis de la prise en charge des fausses couches précoces. En tant que professionnels de santé il est important de connaître l'expérience et le ressenti des femmes vivant une fausse couche, afin de proposer une prise en charge adaptée à leurs besoins.

4.1.1.2. Diversité de la population

Le fait d'avoir réalisé notre recrutement via les réseaux sociaux nous a permis d'obtenir une population très hétérogène. En effet, on constate que les femmes ont toutes des profils très différents. Ces 10 femmes présentent des âges différents, certaines ont des enfants et d'autres non, toutes vivent dans des villes différentes et ont donc eu des prises en charge dans des villes, des établissements et avec des professionnels différents ; le terme de la fausse couche précoce est variable d'une femme à une autre, le type de fausse couche précoce et le type de prise en charge de la fausse couche également. La diversité de la population étudiée a constitué une richesse pour notre étude et nous a permis de mettre en évidence de nombreux facteurs influençant le vécu de la prise en charge de la fausse couche précoce.

4.1.1.3. Méthode utilisée

La méthodologie utilisée est une enquête qualitative, reposant sur des entretiens semi-directifs, permettant aux femmes interrogées de s'exprimer librement. Elles ont pu ainsi nous partager leur expérience en nous racontant ce qui était important pour elles, avec les mots de leur choix. Cela s'est révélé très intéressant pour analyser leur vécu et leur ressenti. De plus, nous nous sommes très rapidement rendu compte, dès les premiers entretiens, que les femmes se livraient très facilement. En effet, nous n'avions presque pas à intervenir, la simple question : *“Pouvez-vous nous raconter votre histoire, votre fausse couche précoce ?”* suffisait. Nous n'avions ensuite qu'à relancer les femmes sur certains points, en leur demandant de reformuler, ou de détailler plus leur propos, pour obtenir plus d'informations. Nous pensons que cela nous a permis de ne pas influencer le discours des femmes.

4.1.2. Biais de l'étude

4.1.2.1. Biais de sélection

Un des biais de notre étude est lié au mode de sélection, pour trois raisons différentes. Premièrement, le recrutement ayant été réalisé sur la base du volontariat, les femmes ayant accepté de participer étaient probablement des femmes qui éprouvaient le besoin de parler du fait d'un moins bon vécu de la prise en charge, et de leur fausse couche précoce. Deuxièmement, l'annonce ayant été postée sur des groupes de soutien pour les femmes ayant perdu leur grossesse, les femmes recrutées sur ces groupes sont des femmes qui ont eu besoin de trouver des réponses et du réconfort sur ces groupes du fait sûrement d'un mauvais vécu de leur fausse couche précoce. Même si toutes les femmes incluses dans l'étude n'ont pas été recrutées via ces pages, ce biais n'est pas négligeable. Troisièmement, nous avons rencontré des difficultés au moment de l'analyse compte tenu de la diversité de prises en charges rencontrées. En effet, nous retrouvons dans notre étude les trois types de prise en charge (expectative, médicamenteuse et chirurgicale) et certaines femmes ont même eu plusieurs types de prise en charge pour une même fausse couche précoce.

Il a donc été difficile d'analyser avec précision le vécu de chaque type de prise en charge. Cependant nous avons constaté lors des entretiens que les femmes abordent le vécu de leur prise en charge de façon globale, et que le type de prise en charge avait finalement peu d'impact sur leur vécu.

4.1.2.2. Biais dû à la méthode

Le recrutement des femmes s'étant fait via les réseaux sociaux, nous avons pu obtenir une population très hétérogène vivant dans des régions et des villes différentes. Comme nous l'avons dit précédemment, cette diversité a apporté de la richesse à notre étude mais a aussi créé un biais. En effet nous avons dû réaliser presque tous les entretiens (neuf sur dix) en visioconférence. Or, nous savons qu'établir une relation de confiance à distance est plus difficile qu'en présentiel. Nous avons cependant constaté que les femmes se livraient facilement même derrière leur écran, et aucune d'entre elles ne nous a confié avoir eu des difficultés à partager son expérience du fait du mode d'entretien.

4.1.2.3. Biais d'objectivité

Comme nous l'avons dit précédemment, l'utilisation de la méthode qualitative et d'entretiens semi-directifs nous a permis de peu influencer le discours des femmes. Nous avons essayé d'intervenir le moins possible, d'utiliser au maximum les mots des femmes, ou bien d'utiliser des questions neutres, afin de ne pas influencer les réponses. Les silences et les demandes de reformulations ont également été très utiles pour obtenir des informations de manière objective. Cependant, malgré une très grande vigilance de notre part, il est possible que certains de nos propos aient pu influencer les femmes interrogées.

4.1.2.4. Biais de mémorisation

Un autre biais du mémoire est le biais de mémorisation du fait du délai entre la fausse couche et la réalisation de l'entretien. Nous avons cependant réussi à réduire ce biais de mémorisation au cours de notre étude. En effet, au début notre critère d'inclusion était "femme ayant vécu une fausse couche spontanée précoce entre 2015 et 2020 en France". Cependant, au vu du nombre important

de femmes ayant accepté de participer à notre étude, nous avons décidé de modifier ce critère d'inclusion par : "femme ayant vécu une fausse couche entre 2017 et 2020.". Cela nous a donc permis de réduire ce délai à trois ans, au lieu de cinq. On constate que ce délai est variable entre les dix femmes interrogées : six femmes sur dix ont vécu leur fausse couche précoce en 2020, 2 femmes en 2019, une femme en 2018 et une femme en 2017. Pour la majorité d'entre elles, le délai entre la fausse couche précoce et l'entretien était donc de moins d'un an. De plus, nous avons remarqué que la fausse couche précoce, était un événement marquant pour les femmes, et que les souvenirs étaient assez précis malgré le temps passé.

4.1.2.5. Biais dû au sujet intime

Le sujet abordé est un sujet intime, personnel, et pour certaines femmes interrogées, raconter leur expérience de fausse couche précoce s'est révélé compliqué émotionnellement. En effet, plusieurs d'entre elles ont pleuré et ont expliqué que parler de cet événement faisait resurgir des souvenirs et des émotions. Il est possible que certaines femmes n'aient pas réussi à aborder certains sujets. De plus, nous nous sommes rendus compte que pour certaines femmes il était difficile de parler de leur ressenti, de leurs émotions. Nous avons dû plusieurs fois relancer les femmes pour obtenir plus de détails sur le vécu à proprement parler.

4.2. Synthèse des résultats au regard de la littérature

4.2.1. Les facteurs influençant le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces

4.2.1.1. L'annonce

L'annonce du diagnostic de fausse couche précoce est un des moments les plus importants de la prise en charge. L'annonce d'une fausse couche précoce est très souvent vécue comme un choc émotionnel, un traumatisme. La patiente se retrouve alors en état de sidération et a besoin de temps pour intégrer et accepter la situation (9).

En effet, Suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle telle qu'une fausse couche précoce, on observe la mise en place de différentes étapes qui correspondent au processus d'acceptation de la perte : le choc, la colère, la dénégation voire le déni, le marchandage, la dépression et pour finir l'acceptation. Ce processus est toujours présent mais n'est pas uniforme, il varie selon les personnes et les situations. Il est donc essentiel que les professionnels de santé s'adaptent au rythme et aux besoins de chaque femme (9).

« Même s'il n'existe pas de « bonnes » façons d'annoncer une mauvaise nouvelle, certaines sont moins dévastatrices que d'autres. » selon la psychanalyste Isabelle Moley-Massol (10). Par exemple, les mots choisis, c'est-à-dire des mots simples, clairs, et doux ainsi qu'une attitude empathique peuvent aider les femmes à mieux vivre cette annonce et à accepter plus facilement la réalité (11).

4.2.1.2. Les représentations et l'investissement

Les fausses couches précoces ont une signification différente pour chaque femme, en fonction des représentations qu'elles se font de l'embryon, mais également de la grossesse. En effet une fausse couche n'est pas seulement la perte d'un bébé, mais aussi la fin de projets, de rêves, de désirs... qui sont propres à chaque femme et à chaque couple (1). *« Si la définition médicale de la fausse couche est simple, l'expérience vécue prend un sens différent pour chaque femme »* comme nous l'expliquent Garel et Legrand dans leur livre (12). Il semble donc important que les soignants offrent aux femmes l'opportunité d'évoquer leur expérience afin qu'ils puissent adapter leur discours et leur prise en charge au vécu et à l'histoire personnelle de chaque femme. Dans leur étude Jean Rowlands & Lee recommandent en effet une prise en charge adéquate et empathique qui considère la variété de réponses émotionnelles, respecte le vécu de chacun et se soucie du sens de la grossesse donné (11).

4.2.1.3. La non-reconnaissance des fausses couches précoces

Dans la majorité des cas, une fausse couche précoce est vécue comme une expérience difficile par les femmes, même si le terme est très précoce et que la grossesse n'est pas encore visible (3, 13). Les femmes ayant vécu une fausse couche précoce décrivent des sentiments qui sont également retrouvés chez les personnes en deuil : le chagrin, la culpabilité, la colère, et l'injustice. Si on reprend la définition de Freud : « *le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc.* » (14) ; la fausse couche précoce peut alors être considérée comme une situation de deuil. Cependant le deuil périnatal est un deuil singulier qui ne peut être assimilé au deuil classique, en raison de la nature de l'objet perdu (3, 8). Le deuil périnatal et plus particulièrement le deuil d'une fausse couche précoce du fait de terme précoce est souvent non-reconnu par la société. Ces pertes semblent en effet souvent banalisées, minimisées, voir passées sous silence, comme si elles n'avaient pas d'importance (15). Selon le pédopsychiatre Stéphane Clerget : « *le terme même de fausse couche invite au déni. « Fausse », comme si rien ne s'était passé et que tout cela n'était pas vrai, pas réel en quelque sorte* » (16). Dans notre étude, de nombreuses femmes confient avoir ressenti ce manque de reconnaissance également de la part des professionnels de santé lors de leur prise en charge. Différentes études relatant le point de vue des femmes vis-à-vis de leur prise en charge, évoquent en effet un manque de considération et une indifférence de la part des soignants (17). Par exemple dans l'étude quantitative d'Evans, Llyod, Considine & Hancock, pour 39% des femmes, il faudrait plus de reconnaissance de la part de l'équipe médicale pour permettre aux femmes de mieux vivre leur prise en charge et faire leur deuil (18).

4.2.1.4. L'accompagnement des professionnels de santé

Reconnaître la perte et les difficultés rencontrées, n'est pas suffisant. Les femmes attendent des professionnels de santé qu'ils les accompagnent, qu'ils les guident et qu'ils les réconfortent. Plusieurs études montrent que les femmes

sont plus satisfaites de leur prise en charge si les professionnels de santé les soutiennent car cela leur permet de ne pas se sentir seules, donc de vivre cet évènement plus sereinement. Le toucher et les paroles réconfortantes sont de moyens simples mais efficaces pour montrer son soutien (19, 20, 21).

La solitude est un sentiment très souvent retrouvé chez les femmes vivant une fausse couche précoce. De nombreuses femmes confient s'être sentie seules et abandonnées au moment de leur fausse couche du fait d'un manque de soutien de la part leur entourage mais aussi du personnel médical. Ce sentiment est encore plus présent après la prise en charge médicale de la fausse couche précoce. Plusieurs femmes évoquent en effet l'absence de suivi suite à leur fausse couche précoce et expliquent qu'elles auraient aimé un suivi à distance de la fausse couche (10, 11).

4.2.1.5. La culpabilité et les angoisses liées à la prochaine grossesse

La plupart des femmes ressentent un sentiment d'échec et de culpabilité lors d'une fausse couche précoce. Elles se sentent souvent responsables de l'arrêt de cette grossesse et cherchent la cause en analysant leur comportement (19, 22). Les professionnels de santé ont donc pour mission de rassurer et de déculpabiliser ces femmes, en les informant que dans la majorité des cas la cause est génétique et ne dépend donc pas d'elles (23).

Cela permet également de les rassurer quant à leur fertilité car après une fausse couche précoce la plupart des femmes confient avoir peur que cet évènement se reproduise lors d'une prochaine grossesse. En effet selon Séjourné, Callahan & Chabrol : 82% des femmes ont peur pour une prochaine grossesse. Ce sentiment est encore plus prononcé chez les femmes ayant fait plusieurs fausses couches (1).

4.2.1.6. L'information

Les professionnels de santé ont l'obligation d'informer les femmes vivant une FCP : de la fréquence, des étiologies possibles, des complications, et des risques concernant une prochaine grossesse. Les différentes prises en charges médicales (expectative, médicamenteuse et chirurgicale) doivent être expliquées en détail. Le devenir des restes humains peut également être abordé selon les interrogations de la patiente. Les soignants doivent aussi parler du processus de deuil d'une fausse couche précoce, des potentielles complications psychologiques et informer les femmes de l'existence de personnes capables de les aider en cas de besoin (6).

Selon la HAS, l'information doit être claire loyale et appropriée. La délivrance de l'information doit se faire oralement mais il est recommandé qu'elle soit aussi accompagnée d'un support écrit. Après avoir délivré des informations, les soignants doivent s'assurer que la patiente les a bien comprises et retenues. Et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit d'informations délivrées lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle telle qu'une FCP ; la patiente étant en phase de sidération, elle n'est alors pas en mesure de tout entendre (24). Pour cela la HAS conseille en plus d'une information écrite, l'utilisation d'un outil le "Faire dire" qui s'inspire d'outils internationaux déjà existants, basés sur la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé (25, 26, 27).

Nous avons pu observer dans notre étude que la délivrance d'une information adaptée permet de renforcer le rôle de la femme dans sa PEC et améliore le vécu de la prise en charge. En effet selon la revue de littérature de Geller, Psaros & Kornfield, des informations adéquates augmentent la satisfaction des femmes quant à la prise en charge de leur fausse couche précoce (28).

4.2.1.7. Le type de prise en charge médicale

Un autre moyen d'impliquer les femmes dans leur prise en charge est de leur laisser le choix quant à la méthode de prise en charge. Cependant au cours de notre étude, nous avons pu observer que le choix de prise en charge dépendait essentiellement du terme, et du type de fausse couche.

Nous savons cependant que la prise en charge est mieux vécue s'il s'agit de l'option thérapeutique choisie par la patiente. Le choix de prise en charge ne peut donc pas se faire sur des critères médicaux uniquement. Il est important de prendre en compte la patiente et son ressenti face à cet événement. La décision thérapeutique doit être partagée entre la patiente et l'équipe médicale (4, 5, 7). Il est toutefois parfois difficile pour les patientes d'évaluer les trois méthodes et de savoir ce qui est le mieux pour elle, car il s'agit souvent de leur première fausse couche. D'où l'importance d'une information claire et détaillée concernant les différentes méthodes, leur efficacité, leurs avantages et leur inconvénients (29).

Notre étude ne nous a pas permis de définir un meilleur vécu en fonction du type de prise en charge médicale. Et nous n'avons pas trouvé d'études démontrant un taux de satisfaction des femmes plus élevé en fonction du type de méthode. Différents éléments semblent cependant influencer le vécu de la prise en charge tel que l'efficacité, la durée et la douleur.

Les femmes semblent avoir un moins bon vécu de la PEC en cas d'échec de la méthode. Dans la littérature, nous trouvons de nombreuses études comparant l'efficacité des différents traitements disponibles. Dans toutes ces études on retrouve une efficacité plus élevée pour la méthode chirurgicale. Cette différence d'efficacité est encore plus marquée en cas de prise en charge de grossesse arrêtée, qu'en cas de fausse couche incomplète, et ce d'autant plus que le diamètre du sac ovulaire est important (30, 31, 32).

L'efficacité d'un traitement ne dépend pas uniquement de son taux de succès mais aussi du taux de complications. Les principaux risques des traitements de fausses couches précoces sont : les risques de saignements, d'infections endométriales et d'atteintes de la fertilité. Selon les résultats de la littérature les risques sont rares quel que soit le type de prise en charge. Certaines études montrent par contre des risques plus élevés en cas d'aspiration du fait du geste chirurgical et de l'anesthésie générale (7, 29).

Les femmes paraissent plus satisfaites de leur PEC si l'expulsion est rapide.

La méthode chirurgicale présente la possibilité de prise en charge en un seul jour, contrairement aux autres méthodes qui présentent des délais d'expulsion plus longs. Cependant les femmes doivent parfois attendre plusieurs jours avant d'être prise en charge chirurgicalement étant donné le nombre de places restreintes au bloc. L'attente de l'expulsion ou de la PEC au bloc opératoire peut parfois être longue et mal acceptée par la patiente qui souhaiterait s'en débarrasser au plus vite, car porter la mort est souvent une source d'anxiété pour les femmes (4, 7).

Dans notre étude plusieurs femmes évoquent également l'attente aux urgences gynécologiques qui est très longue et donc très stressante selon elles. L'étude quantitative d'Evans, Llyod, Considine & Hancock, confirme ces propos : 20% des femmes interrogées sur le vécu de leur fausse couche précoce décrivent une attente longue et traumatisante à l'hôpital (18).

La douleur peut entraîner un moins bon vécu de la prise en charge. La prise de misoprostol est dans la majorité des cas associée à de fortes douleurs pelviennes. Cette douleur est souvent décrite comme difficilement supportable. D'autant plus qu'elle est perçue par les femmes comme «*inutile*» car elle ne conduit pas à la naissance d'un enfant mais à l'expulsion d'un embryon mort (8). Informer les patientes des risques de fortes douleurs avec la méthode médicamenteuse ainsi que l'existence de saignements d'abondance parfois importante permet aux femmes de se sentir plus préparées. Il est également recommandé de prescrire en systématique des antalgiques afin de diminuer les sensations douloureuses (5, 6).

4.2.1.8. La prise en charge psychologique

Dans notre étude, la plupart des femmes évoquent la difficulté psychologique et émotionnelle qu'elles ont rencontrée pendant et après leur fausse couche précoce.

En effet, selon la littérature, un sentiment de tristesse est présent pour 40 % des femmes et parmi ces femmes, 20 à 55 % présentent des symptômes dépressifs, 20 à 40 % des symptômes anxieux et 15 % un état de stress post-traumatique. Cependant ces symptômes sont passagers et diminuent avec le temps (13, 33, 34).

Nous nous sommes donc interrogés sur la nécessité d'une PEC psychologique pour ces femmes. A très peu de femmes de notre étude, une rencontre avec un psychologue a été proposée, alors que la majorité d'entre elles aurait aimé que cela soit fait. Les rares études s'intéressant à l'intérêt d'un suivi psychologique spécialisé suite à une fausse couche précoce, montrent qu'une prise en charge psychologique systématique avec un psychologue ne semble pas apporter de bénéfice. Cependant cette prise en charge devrait être proposée de façon systématique, afin que les femmes qui en ressentent le besoin puissent en bénéficier, car il existe un risque élevé d'anxiété et de dépression. Sans oublier qu'une attention particulière devrait être portée pour les patientes présentant des antécédents psychiatriques et dépressifs (13, 16, 35).

5. Propositions

Plusieurs femmes nous ont expliqué que selon elles, les femmes n'étaient pas assez informées du risque de fausse couche précoce avant et pendant leur grossesse par les professionnels de santé. Nous pensons donc qu'il serait utile de délivrer une information concernant les fausses couches précoces lors des consultations pré-conceptionnelles ou bien lors des consultations de début de grossesse, afin que les femmes ne soient pas totalement dans l'inconnu si cela leur arrive. Cette information doit cependant être délivrée avec prudence pour ne pas être une source de stress pour les patientes.

Comme nous l'avons précisé précédemment, la plupart des femmes évoquent la difficulté pour elles de retenir les informations orales délivrées par les professionnels de santé lors de l'annonce du diagnostic. Il nous semblerait donc intéressant de compléter l'information orale par un support écrit de façon systématique.

Nous avons élaboré un exemple de brochure (annexe 6), qui reprend les informations essentielles : définition, fréquence, étiologies, prise en charge, risques et complications des fausses couches précoces. Cette brochure serait à compléter et à détailler en fonction des protocoles et des habitudes de chaque établissement.

De nombreuses études montrent qu'un entretien téléphonique, un entretien avec un gynécologue, une sage-femme ou un psychologue ou encore une visite à domicile par une sage-femme, quelque temps après la fausse couche permet aux femmes de comprendre et donc de mieux vivre leur prise en charge (11)(17). Selon nous il serait bénéfique de proposer en systématique un entretien par téléphone ou de visu avec un professionnel de santé ayant pris part à la prise en charge dans les semaines qui suivent la fausse couche précoce afin de donner l'opportunité aux femmes d'avoir des informations complémentaires et de s'exprimer sur leur vécu et leurs difficultés. Ce rendez-vous devrait être complémentaire au contrôle échographique de vacuité utérine déjà mis en place selon les recommandations (4).

Grâce à notre étude, nous avons pu constater que les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces. Il nous paraît donc indispensable que les professionnels de santé soient mieux informés des difficultés que peuvent rencontrer ces femmes vivant une fausse couche précoce, afin d'éviter un effet de banalisation et permettre la mise en place d'une prise en charge adaptée et satisfaisante.

6. CONCLUSION

Une fausse couche précoce est un événement douloureux pour les femmes. Elle ne représente pas seulement la perte de la grossesse mais également la fin des projets du couple. Même si cette perte a une signification différente en fonction de l'histoire personnelle de chaque femme et des représentations qu'elle se fait de sa grossesse, elle est souvent vécue comme un deuil.

Le deuil d'une fausse couche précoce du fait du terme précoce n'est pas toujours reconnu. Ces pertes sont en effet souvent banalisées et minimisées par la société et le corps médical. Il est pourtant important que les professionnels de santé prennent en compte le vécu des femmes et reconnaissent les difficultés auxquelles elles sont confrontées pour pouvoir leur proposer une prise en charge adaptée.

Grâce à notre étude nous avons pu en effet constater que les professionnels de santé jouent un rôle essentiel dans le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces. Leur attitude, leurs gestes, leurs paroles et l'information qu'ils délivrent ont un impact important sur le vécu des femmes. Il est nécessaire que les professionnels de santé en prennent pleinement conscience pour pouvoir améliorer la prise en charge des fausses couches précoces.

7. Bibliographie

Ouvrages référencés dans le texte :

1. Séjourné, N., S. Callahan, et H. Chabrol. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. Dans : Collège National de Gynécologie et Obstétriciens Français Rédacteur. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 37e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2008. p. 435-40.
2. Lejeune V. Fausses-couches spontanées répétées : bilan étiologique et prise en charge des grossesses ultérieures. Dans: Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français Rédacteur. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 39e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2010. p. F11-16.
3. Farcy de Pontfarcy C. Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes : la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ? [mémoire en ligne]. Brest (FR): Dumas; 2013. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00866130/document>
4. Beucher G. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. Dans: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français Rédacteur. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 39e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2010. p. F3-10.
5. Ferte-Delbende C, Robin G, Letombe B. Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieur à 12 semaines de gestation). Traitement médical : techniques, avantages et inconvénients. Dans: Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français Rédacteur. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 34^e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2010. p. 21-34.

6. Agostini A, De Troyer J, Capelle M, Estrade J-P. Fausses couches précoces et rétentions ovulaires : prise en charge immédiate. Dans : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français rédacteurs. In Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 34e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2006. p. 117-26

7. Jauffret C, Carcopino X, et Boubli L. Fausses couches spontanées du premier trimestre : arguments en faveur d'une prise en charge chirurgicale. Dans: Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français Rédacteur. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 34e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2010. p. 35-45

8. Zeghiche S. Entre convergences et complémentarité : revue de la littérature en science sociale et psychologie/psychanalyse sur le décès et le deuil périnatal. Etudes sur la mort. [En ligne]. 2019;152(2):125-42. Disponible : <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/revue-etudes-sur-la-mort-2019-2-page-125.htm#>

9. Lebrun Mathilde. Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge.[mémoire en ligne], Limoges (FR): Université de Limoges; 2019. Disponible sur <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-106340>

10. Moley-Massol I. La Lettre HNPCC n° 12. L'annonce de la maladie : une parole qui engage. 2004.

11. Jean Rowlands, I. & Lee, C. The silence was deafening : social and health service support after miscarriage. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2010; 28(3): 274-286.

12. Garel, M. & Legrand, H. Une fausse couche et après ? 1e éd. Paris (FR): A. Michel; 1995.

13. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. *Devenir*. [En ligne]. 2009; 21(3): 143-57. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-devenir-2009-3-page-143.htm>.
14. Freud S. Deuil et mélancolie. Dans: *Folio essais. Métapsychologie*. 30^e éd. Paris (FR): Gallimard; 1986. p. 145-71.
15. Hanus, M. Les deuils dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant. 1^e éd. Paris (FR): Maloine; 1998.
16. Clerget S. Quel-âge aurait-il aujourd'hui ? Le tabou des grossesses interrompues. 1^e éd. Paris (FR): Fayard; 2007. p.99.
17. Geller P, Psaros C, Levine Kornfield S. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health*. [En ligne]. 2010; 13(2): 111-24. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20177721/>
18. Evans, L, Lloyd D, Considine R, Hancock, L. Contrasting views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry : a hospital based study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002; 42(2): 155–160.
19. Stratton, K. & Lloyd, L. Hospital-based interventions at and following miscarriage : literature to inform a research-practice initiative. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*. 2008; 48: 5-11.
20. Abboud, L., & Liamputtong, P. When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. 2004; 23(1): 3-18.
21. Gold K. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*. 2007; 27(4): 230-237.

22. Paton F, Wood R, Bor R, Nitsun M. Grief in miscarriage: patients and satisfaction with care in a London hospital. *J Reprod Infant Psychol.* 1999; **17**(3): 301–15.
23. Simmons, R., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P. & Green, J. Experience of miscarriage in the UK : qualitative findings from the National Women's Health Study. *Social Science & Medecine.* 2006; 63: 1934-1946.
24. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized outpatient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* [En ligne]. 2001; 6(3): 141-4. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11763977/>
25. Haute Autorité de Santé. FAIRE DIRE. [En ligne]. Saint-Denis La Plaine (FR): HAS. 2016. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2612334/fr/faire-dire
26. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Saint-Denis La Plaine (FR): HAS. [En ligne]. 2012. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
27. Conseil national de l'ordre des médecins. L'information du patient. Paris (FR): conseil national de l'ordre des médecins. [En ligne]. 2019. Disponible: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>
28. Geller P, Psaros C, Levine Kornfield S. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health.* [En ligne]. 2010; 13(2): 111-24. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20177721/>

29. Geyman JP, Oliver LM, Sullivan SD. Expectant, medical, or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy ? A pooled quantitative literature evaluation. J Am Board Fam Pract. [En ligne]. 1999; 12(1): 55-64. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10050644/>
30. Fawcus S, McIntyre J, Jewkes RK, Rees H, Katzenellenbogen JM, Shabodien R, Lombard CJ, Truter H. Management of incomplete abortions at South African public hospitals. National Incomplete Abortion Study Reference Group. S Afr Med J. [En ligne]. 1997; 87(4): 438-42. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9254786/>
31. Sairam S, Khare M, Michailidis G, Thilaganathan B. The role of ultrasound in the expectant management of early pregnancy loss. Ultrasound Obstet Gynecol. [En ligne]. 2001; 17(6): 506-9. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11422972/>
32. Lok IH, Yip AS, Lee DT, Sahota D, Chung TK. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. Fertil Steril. [En ligne]. 2010; 93(6): 1966-75. Disponible : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19185858/>
33. Conway K, Russell G. Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. Br J Med Psychol. [En ligne]. 2000; 7(34): 531-45. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11140793/>
34. Legendre G, Gicquel M, Lejeune V, Iraola E, Deffieux X, Séjourné N, Bydlowski S, Gillard P, Sentilhes L, Descamps P. Psychologie et perte de grossesse. Dans : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français Rédacteurs. Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. 43e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2014. p. 908-17.

35. Jennifer Athey, Anna M Spielvogel. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Primary Care Update for OB/GYNS. 2000; 7(2) : 64-69.

Ouvrages non référencés dans le texte :

1. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, Vialard F, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. Dans: Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français Rédacteur. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 43^e éd. Paris (FR): Elsevier Masson; 2014. p. 764-75.
2. Kacprzak M, Chrzanowska M, Skoczylas B, Moczulska H, Borowiec M, Sieroszewski P. Genetic causes of recurrent miscarriages. Ginekol Pol [En ligne]. 2016;87(10):722-6. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27958626>
3. Schwärzler P, Holden D, Nielsen S, Hahlin M, Sladkevicius P, Bourne T. The conservative management of first trimester miscarriages and the use of colour Doppler sonography for patient selection. Human Reproduction. 1999; 14(5): 1341–1345.
4. Volgsten H, Jansson C, Darj E, Stavreus-Evers A. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. Acta Obstet Gynecol Scand [En ligne]. 2018;97(12):1491-8. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30063247>
5. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. Hum Reprod Update [En ligne]. 2018;24(6):731-49. Disponible: <https://academic.oup.com/humupd/article/24/6/731/5094891>
6. Robinson J. Provision of information and support to women who have suffered an early miscarriage. British journal of midwifery. 2014; 22(3): 257-270.

7. Huot-Laurendeau F. Stratégies d'adaptation et engagement conjugal chez des adultes en couple ayant vécu un avortement spontané. [thèse en ligne]. Sherbrooke (QC): Université de Sherbrooke; 2018. Disponible: https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/12979/Huot_Laurendeau_Franke_DPs_2018.pdf?sequence=4&isAllowed=y
8. Toubin R-M, Clutier Seguin J. Deuil en maternité : professionnels et parents témoignent. 1e éd. Toulouse (FR): Erès; 2016.
9. Flis-Trèves M. Le deuil de maternité. 2e éd. Paris (FR): Calmann-Lévy; 2004.
10. Assier de Boisredon F. Deuils périnataux, douleurs secrètes : les écouter, les accompagner. 1e éd. Paris (FR): Desclée de Brouwer; 2017.
11. Grand-Sébille CL. Les deuils d'enfants : de la conception à la naissance, les pratiques rituelles. Etudes sur la mort [En ligne]. 2001;119(1):39-45. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2001-1-page-39.htm>
12. Clément I, Cyr M. Fausse couche, vrai deuil. 4^e éd. Montréal (QC): Editions Transcontinental; 2014.
13. Zeghiche S. Entre convergences et complémentarité : revue de la littérature en sciences sociales et psychologie/psychanalyse sur le décès et le deuil périnatal. Etudes sur la mort. 2019; 152(1):125-42.
14. Bacqué M-F, Hanus M. Le deuil. 7e éd. Paris (FR): Presses Universitaires de France; 2016.
15. AGAPA. Mortalité périnatale, comprendre et mesurer son retentissement pour mieux accompagner ceux qui y sont confrontés. Colloque organisé par AGAPA; Paris; 2014.

16. Moulin A. De la parentalité... au « mal de mère » : perspectives et stratégies de prévention des difficultés maternelles en période postnatale [Mémoire en ligne]. Nancy (FR): Université Henri Poincaré; 2009.
Disponible: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887458/document>
17. Diesse F. La situation juridique de l'enfant à naître en droit français : entre pile et face. *Revue générale de droit*. 2014; 30(4): 607-61.
18. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. Disponible:
<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=2911>

8. Annexes

Annexe 1 : page Facebook « Le vécu des femmes lors de la prise en charge d'une fausse couche précoce »

<https://www.facebook.com/Le-v%C3%A9cu-des-femmes-lors-de-la-prise-en-charge-dune-fausse-couche-pr%C3%A9coce-102704081587549>

Annexe 2 : présentation de l'étude et appel à la participation sur la page facebook

Bonjour,

Je m'appelle Ombeline Peyridieux et je suis étudiante sage-femme.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces. Mon étude a pour objectif de recueillir le ressenti de femmes sur la prise en charge d'une fausse couche précoce afin d'améliorer cette prise en charge.

Pour cela, je recherche des femmes ayant vécu une fausse couche précoce entre 2015 et 2020, acceptant de partager leur expérience lors d'un entretien.

Les entretiens s'effectueront uniquement en ma présence, en face à face ou en visioconférence, et leur durée est variable (45 minutes en moyenne). L'ensemble des propos recueillis restera confidentiel et anonyme lors de la rédaction du mémoire.

Si vous êtes intéressées ou que vous souhaitez tout simplement en savoir plus n'hésitez pas me contacter via cette page facebook en m'envoyant un message.

Je vous remercie pour votre aide.

Annexe 3 : guide d'entretien

I) Données socio-démographiques

- Pouvez-vous vous présenter ?
 - Quel âge avez-vous ?
 - Quelle est/était votre profession ? Quelles études faites-vous/faisiez-vous ? Quel est votre niveau d'études ?
 - Quelle est/était votre situation familiale/matrimoniale (célibataire, en couple, pacsée, mariée, divorcée...)?
 - Avez-vous des enfants ? Si oui combien ? Quel âge ont-ils ? Pouvez-vous me raconter rapidement comment s'est déroulée(s) la/vos grossesse(s) et la/les naissance(s) ?
 - Avez-vous d'autres antécédents obstétricaux en dehors de ces grossesses ?
 - Combien de fausses couches avez-vous vécu ? (précoces/tardives ?)
 - Avez-vous déjà eu recours à une IVG ? si oui par médicament ou par aspiration ?
 - Avez-vous déjà eu une autre FCS ? Si oui, savez-vous le terme ? Et quel a été la prise en charge ?
 - Avez-vous eu une grossesse extra-utérine ?

II) la grossesse

- Pour commencer pouvez-vous me parler de votre début de grossesse (avant votre fausse couche) ?
 - Cette grossesse était-elle prévue/désirée ?
 - Avez-vous eu des difficultés à tomber enceinte ? (délai de conception)
 - Comment l'avez-vous appris ? Comment avez-vous réagi ? Et votre entourage ?
 - Que représentait cette grossesse pour vous ? Vous êtes-vous projetée dans cette grossesse ? Vous êtes-vous investis émotionnellement ?
 - Comment vous sentiez vous au moment de la grossesse ?
 - Avez-vous eu un suivi médical (consultations, échographies) ?

III) la fausse couche

- A quel terme étiez-vous au moment de votre fausse couche ?
- Comment avez-vous appris/vous êtes-vous rendu compte que vous faisiez/avez fait une fausse couche ?
- Qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce/découverte ?
- Comment ont réagi votre conjoint et votre entourage ?
- prise en charge somatique : Comment avez-vous été prise en charge ensuite ?
 - Quel type de prise en charge avez-vous eu ?
 - Ou avez-vous été prise en charge ?

- Qu'avez-vous pensé de cette prise en charge (points positifs et négatifs) et comment l'avez-vous vécu ?
- Qu'avez-vous pensé de l'équipe soignante qui vous a pris en charge ?
- Aviez-vous des attentes concernant cette prise en charge ? Si oui lesquelles ? A-t-on répondu à vos attentes ?
- Selon vous pourrions-nous améliorer cette prise en charge ? Si oui comment ?
- Prise en charge psychologique : Avez-vous eu une prise en charge psychologique ?
 - Vous a-t-on proposé une prise en charge psychologique ?
 - Si oui, avez-vous accepté ? Pourquoi avez-vous accepté/refusé ?
 - Quel type de prise en charge avez-vous eu ?
 - Quand avez-vous eu cette prise en charge ?
 - Qu'avez-vous pensé de cette prise en charge (points positifs et négatifs) et comment l'avez-vous vécu ?
 - Qu'avez-vous pensé de l'équipe qui vous a pris en charge ?
 - Aviez-vous des attentes concernant cette prise en charge ? Si oui lesquelles ? A-t-on répondu à vos attentes ?
 - Selon vous pourrions-nous améliorer cette prise en charge psychologique ? Si oui comment ?
- De façon plus générale : comment avez-vous vécu votre fausse couche ? Et votre entourage ?
- Selon vous, la prise en charge a-t-elle eu un impact sur le vécu de votre fausse couche ? Si oui, comment ?
- En dehors de la prise en charge médicale et psychologique, qu'est-ce qui a pu avoir un impact sur le vécu de votre fausse couche ? (conjoint, entourage, enfants, associations, autres professionnels de santé...)

IV) Conséquences

- Cette fausse couche a-t'elle eu des répercussions sur votre vie (physique, psychologique, sociale, conjugale, familiale...) ?
- Cet évènement a-t'il modifié vos projets de maternité/eu des impacts sur vos grossesses suivantes ?

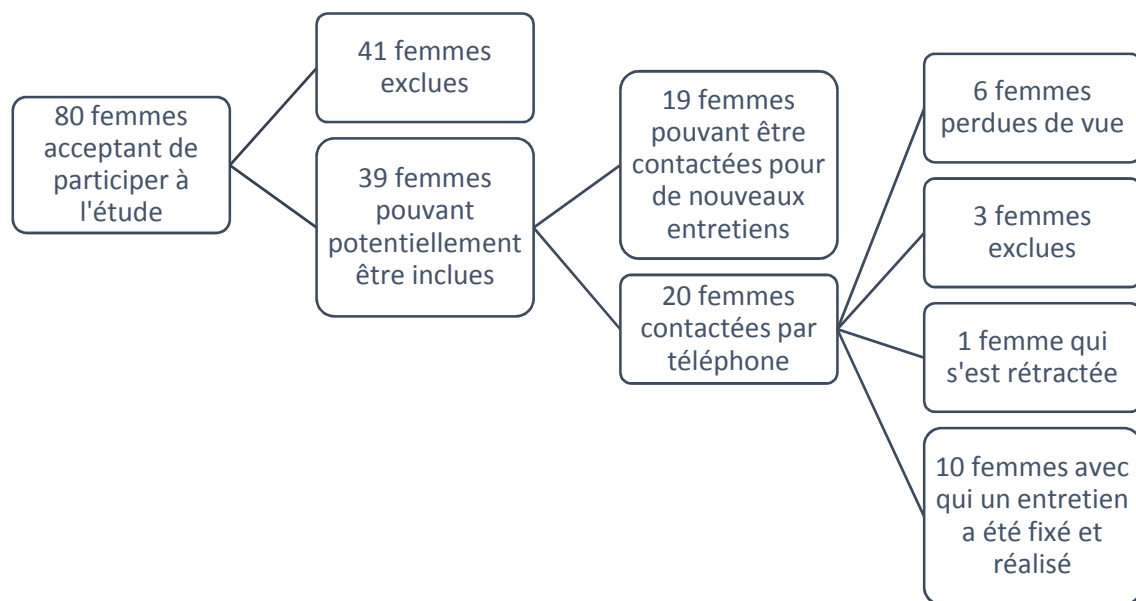
IV) Clôture de l'entretien

Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 4 : grille d'analyse transversale

Thème	Sous-thèmes	Femme n°	Bibliographies	Analyse
Données socio-démographiques	Age Professions / Etudes Situation matrimoniale Lieu de vie			
Antécédents obstétricaux (Gestité et parité)	FCP : nombre / Dates / termes / type de PEC Autres ATCD obstétricaux : GEU, IVG, grossesses et accouchements			
Vécu du début de grossesse de la FCP	Investissement Suivi médical Santé			
Vécu de la PEC de la FCP	Diagnostic / découverte / annonce PEC médicale PEC chirurgicale Arrêt de travail Professionnels de santé			
Vécu de la FCP	Vécu général Vécu de la PEC Impact de la PEC sur le vécu de la FCP			
Conséquences de la FCP	Physiques Psychologiques Sociales			
Autres	Entourage (famille, conjoint, enfants) Associations, groupes Travail			

Annexe 5 : recrutement de la population (diagramme de flux)



Annexe 6 : Brochure d'information sur les fausses couches précoces

LES FAUSSES COUCHES PRECOCES



Les fausses couches précoces correspondent à l'arrêt et à l'expulsion de la grossesse avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée.

Elles sont très fréquentes. Elles représentent 1 femme sur 4 et 15 à 20 % des grossesses

Elles sont souvent dues à des anomalies chromosomiques qui empêchent le développement de la grossesse et provoquent son arrêt.

Diagnostic

Les signes pouvant faire penser à une fausse couche précoce sont les **saignements** et les **douleurs pelviennes** (douleurs dans le bas ventre).

Devant l'un de ces symptômes il est nécessaire de consulter aux **urgences gynécologiques**.

Le diagnostic de fausse couche précoce est ensuite confirmé par **échographie** ou par dosage des hormones de grossesse.

Dans certains cas, la fausse couche ne provoque aucun symptôme et elle est diagnostiquée lors d'une échographie, en l'absence de battements de cœur de l'embryon ou en constatant que la croissance embryonnaire s'est arrêtée.

La prise en charge

Après une fausse couche précocée, l'embryon, les membranes et le placenta sont souvent **expulsés spontanément** par le vagin en une à deux semaines (parfois jusqu'à quatre semaines) à domicile. L'expulsion du matériel **endo-utérin** s'accompagne de **saignements** souvent plus importants que des règles avec parfois des caillots de sang et de **douleurs** pelviennes. Ce phénomène naturel est surveillé par des échographies répétées.

Parfois l'expulsion naturelle ne se fait pas ou alors est incomplète. Dans ces cas-là une prise en charge médicale est nécessaire.

Il existe 2 types de prise en charge médicale : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale

La méthode médicamenteuse :

Elle consiste à prendre des comprimés de **misoprostol** (par voie orale). Les médicaments entraînent des contractions utérines et l'ouverture du col de l'utérus. Ce qui provoque ensuite à **l'expulsion du matériel endo-utérin**. La prise de misoprostol est souvent associée à des **douleurs** et des **saignements**. Les douleurs pouvant être intenses des médicaments contre la douleur sont prescrits. Cette méthode ne nécessite pas d'hospitalisation, la prise des médicaments et l'expulsion se fait à **domicile**. En générale l'expulsion se fait dans les 72h qui suivent la prise de médicaments.

La méthode chirurgicale :

Elle correspond à **l'aspiration** au bloc opératoire du matériel **endo-utérin** sous **anesthésie générale**. Cette méthode requiert une **hospitalisation** d'une journée.

Les complications

Les complications physiques des fausses couches précoces et de leur prise en charge sont **rare** :

- **L'hémorragie** : saignements d'abondance anormale (serviettes hygiéniques changées toutes les 15 min pendant plus de deux heures).

- **L'infection utérine** : fièvre et écoulements vaginaux purulents et nauséabonds.

Ces symptômes doivent amener à consulter aux **urgences gynécologiques**.

Les fausses couches précoces et leur prise en charge n'ont **aucun impact négatif sur les grossesses futures**.

Une fausse couche est souvent un événement difficile à vivre pour les femmes. **Il est important d'en parler et de se faire aider.**

Contacts utiles

- Urgences gynécologiques
- Psychologues
- Associations

RÉSUMÉ

Objectifs : Les objectifs de cette étude sont de décrire et d'analyser le vécu des femmes vis-à-vis de la prise en charge de leur fausse couche précoce ; et ainsi proposer des solutions permettant d'améliorer cette prise en charge.

Méthodologie : La méthodologie utilisée est une enquête qualitative, reposant sur des entretiens semi-directifs avec dix femmes, ayant vécu une ou deux fausses couches précoces entre 2015 et 2020.

Résultats : Selon notre étude, les professionnels de santé ont un rôle essentiel à jouer pour améliorer le vécu de la prise en charge des fausses couches précoces. En effet, une attitude et une écoute empathique de la part des soignants, ainsi que la reconnaissance de la perte et des difficultés rencontrées, semblent aider les femmes à mieux vivre leur prise en charge. La délivrance d'une information claire et complète par les professionnels de santé, est également décrite comme essentiel par les femmes.

Conclusion : Il est nécessaire de sensibiliser et de former les professionnels de santé pour qu'ils puissent accompagner chaque femme vivant une fausse couche précoce de façon adapté.

ABSTRACT

Objectives : The objectives of this study are to describe and analyze the experience of women during the management of their early miscarriage; and thereby to propose solutions that will improve this management.

Methodology : The methodology used is a qualitative survey, based on semi-structured interviews with ten women, who have experienced one or two early miscarriages between 2015 and 2020.

Results : According to our study, the health professionals have an essential role to play to improve the experience of the management of early miscarriages. Indeed, an empathetic attitude from the caregivers, as well as the recognition of the loss and difficulties encountered, seem to help women to better manage their care. Providing clear and complete information by health professionals is also described as essential by women.

Conclusion : It is necessary to raise awareness and train health professionals so that they can support every woman experiencing an early miscarriage in an appropriate way.