

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Évaluation de la satisfaction des patientes prises en charge pour une grossesse arrêtée au premier trimestre par geste chirurgical

Manon Cros

Née le 10/10/1996

Dr Marion CORTET, Maître de Conférence des Universités-Praticien
Hospitalier, Hôpital de la Croix-Rousse
Directrice de mémoire

Pascal KOBER, Enseignant sage-femme, École de sage-femme Lyon
Sud
Enseignant

Morgane LOUBET-SARTROU, Enseignante sage-femme, École de sage-
femme Lyon Sud
Enseignante coordinatrice de mémoire

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier ma directrice de mémoire, Dr Marion Cortet, pour sa disponibilité, son professionnalisme et sa gentillesse. Sans elle, rien n'aurait été possible.

Je remercie également Mr Laurent Gaucher pour son accompagnement, sa disponibilité et son aide précieuse pour ce mémoire.

Je remercie tous les internes et les médecins qui ont permis de faire vivre cette enquête et qui ont passé du temps, et qui nous ont bien accueillis dans leur service malgré la lourde charge de travail.

Je souhaite également remercier toutes les patientes qui ont répondu à ce questionnaire et qui se sont livrées à nous pendant cet événement malheureux qui arrive trop fréquemment. Je vous souhaite que du bonheur, vous êtes fortes et courageuses.

Je remercie mes coéquipières de mémoire, Lauriane et Typhaine, avec qui nous avons traversé tant de difficultés, d'énervements et de frustrations. Merci beaucoup à vous deux !

Je remercie ma famille, qui me soutient depuis le début et qui croit en moi en toute circonstance. Je vous aime.

Je te remercie, toi, Jo, pour ce que tu m'apportes chaque jour, les multiples corrections de ce mémoire et les nombreuses prises de tête pour essayer de me comprendre. Merci, merci, merci !

Merci à vous mes copains, pour tous ces moments qui m'ont permis de sortir la tête de l'eau et de profiter de la vie.

GLOSSAIRE

Classé par ordre alphabétique

AUORE : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional, réseau de périnatalité en région Auvergne-Rhône-Alpes

BERCER : Bienvenue Entretien Renseignement Choix Explication Retour. Dès la première consultation en gynécologie et tout le long du suivi de la femme, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que la HAS recommandent de respecter les six étapes de la méthode BERCER afin de favoriser l'installation d'un environnement confortable, chaleureux et permettre une relation de confiance pour toutes les femmes venant consulter un professionnel de santé en matière de santé génésique.

CSE : Comité Scientifique et Ethique

IC : Intervalle de confiance

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

J-2 : Deux jours avant l'intervention

J0 : Jour de l'intervention

J+2 : Deux jours après l'intervention

HCL : Hospices Civils de Lyon

HFME : Hôpital Femme Mère Enfant

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. MATÉRIELS ET MÉTHODES

- 1.1. Type d'étude
- 1.2. Population et type d'échantillon
- 1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion
- 1.4. Lieux et période
- 1.5. Méthodologie
- 1.6. Critère de jugement
- 1.7. Analyses statistiques : comparaisons effectuées et tests employés.

2. RÉSULTATS

- 2.1. Échantillon
- 2.2. Résultats de l'étude

3. DISCUSSION

- 3.1. Résultats principaux
- 3.2. Limites et biais
- 3.3. De la méthode et des résultats confrontés à ceux de la littérature
- 3.4. Perspectives

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

En 2017, après plusieurs polémiques, la notion de “violences obstétricales” a été énoncée pour la première fois par Marlène Schiappa provoquant un engouement dans les médias et les réseaux sociaux. Des hashtags apparaissent (#payetonutérus) ainsi que plusieurs témoignages. Ces derniers vont jusqu’au mot “maltraitance”. (1) (2) (3) Face à ce débat, de nombreuses études sont parues afin d’établir un état des lieux de ce phénomène. En obstétrique, dans le réseau de périnatalité AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional) de la région Auvergne-Rhône-Alpes, une étude est publiée sur l’évaluation du vécu de la prise en charge de l’accouchement. Les résultats ont démontré que 10% des femmes ont été insatisfaites de leur accouchement. (4)

Cette polémique s’est étendue au domaine de la gynécologie et des hashtags se sont développés pour dénoncer les violences gynécologiques (#payetongynéco). Plusieurs témoignages sont apparus pour dévoiler les pratiques non adéquates de certains professionnels de santé en gynécologie obstétrique. (2)

La gynécologie est une discipline qui comprend un nombre considérable d’actes ; dont la prise en charge d’une grossesse arrêtée au premier trimestre qui est un évènement courant. En effet, au moins 1 femme sur 4 fera l’expérience d’une grossesse arrêtée. (5) Or, pour les professionnels de santé qui s’occupent de ces patientes, cette prise en charge peut être banalisée au vu du nombre élevé de passages aux urgences gynécologiques.

Des études existent sur le vécu psychologique des grossesses arrêtées et le deuil engendré, mais pas sur la prise en charge de cet évènement par les professionnels de santé. (6)(7)(8)(9)(10)(11)(12) Cette étude estimait la proportion de femmes à chaque moment de leur prise en charge rapportant des gestes ou actes médicaux, et/ou paroles, et/ou attitudes gênantes ou blessantes au cours d’une prise en charge chirurgicale dans le cadre d’une grossesse arrêtée au premier trimestre. Elles sont interrogées à différents temps : deux jours avant l’intervention, le jour de l’intervention et 2 jours après l’intervention.

L’objectif principal était de mesurer la proportion de patientes rapportant leur insatisfaction concernant le comportement des soignants vis-à-vis des soins réalisés lors de leur prise en charge chirurgicale pour une grossesse arrêtée au premier trimestre de la grossesse.

Les objectifs secondaires étaient de mesurer la proportion de patientes rapportant leur insatisfaction aux différents temps de l’enquête : deux jours avant l’intervention, le jour de l’intervention et 2 jours après l’intervention.

Après ces résultats, j’ai étudié les différentes propositions de formation au cours des cursus de soignant et ainsi qu’aux Hospices Civils de Lyon (HCL), afin de pointer les axes d’amélioration pour enrichir la prise en charge des grossesses arrêtées après un geste chirurgical.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1.1. Type d'étude

C'est une étude prospective descriptive. Elle a été menée comme une enquête de satisfaction. Les autorisations MR004 ont été obtenues. Une demande d'avis au Comité Scientifique et Ethique (CSE) des HCL a été effectuée et validée.

1.2. Population et type d'échantillon

Les patientes éligibles sont celles qui ont une prise en charge chirurgicale pour une grossesse arrêtée au premier trimestre de la grossesse dans les structures de soins participant à l'étude.

Le nombre nécessaire de patientes afin d'avoir une proportion avec suffisamment de précision est de 110 patientes. Or, le début de l'enquête a été retardé à cause des retards d'autorisation d'ordre administratifs en pleine épidémie de la Covid 19. Par ce fait, le nombre de sujets déterminés au départ n'a pas été respecté.

1.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion sont : patientes majeures, comprenant le français et ayant une prise en charge chirurgicale pour une grossesse arrêtée au premier trimestre.

Les critères d'exclusion sont : toutes patientes refusant de participer à cette étude ou ayant une aspiration/curetage pour une interruption volontaire de grossesse ou une interruption de grossesse pour raison médicale. Nous avons exclu également les patientes ayant eu une grossesse arrêtée avec des suites pathologiques (hémorragies, décès maternel) ou une expulsion spontanée de la grossesse.

1.4. Lieux et période

Les centres d'inclusions de l'étude sont l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) et l'hôpital de la Croix-Rousse, deux services de gynécologie à des Hospices civils de Lyon. Ce sont deux maternités de type III. Nous avons sélectionné ces grandes structures car ce sont les deux plus importantes maternités de Lyon avec environ 4000 naissances à l'année. (13)(14)

Ces grandes maternités ont des urgences gynécologiques qui permettent aux couples d'aller consulter librement en cas d'urgence 7j/7 24h/24 avec un personnel paramédical et médical. Le nombre de passages annuels est, en conséquent, important avec environ 23 000 passages à l'année soit 65 passages par jour.(15)(16)

La période d'inclusion s'étend sur 4 mois. La participation pour chaque patiente était de 6 jours.

L'enquête aura duré 4 mois. Nous avons débuté les inclusions le 16 décembre 2020 et fini le 16 avril 2021.

1.5. Méthodologie

Le questionnaire utilisé pour cette enquête a été développé dans l'étude sur l'évaluation du vécu de l'accouchement qui a été conduite par AURORE pour mesurer la satisfaction des patientes par rapport à leur accouchement.(4) Ils ont utilisé les 7 critères soulevés par le rapport de la bientraitance en obstétrique rédigé par l'Académie de Médecine en 2018. (17) Le questionnaire a été adapté pour mesurer l'évaluation de la satisfaction des patientes ayant une prise en charge chirurgicale ayant une grossesse arrêtée. (ANNEXE I,II et III)

Les internes des services des urgences gynécologiques accompagnés des médecins seniors incluaient les patientes le jour de l'annonce de la grossesse arrêtée en recueillant les informations nécessaires (mail, jour de l'intervention) sur un classeur prévu à cet effet. Ils leur donnaient la note d'information et recueillaient leur consentement.

Nous envoyions par mail deux jours avant l'intervention le premier questionnaire portant sur l'annonce de la grossesse arrêtée. Ensuite, le jour de l'intervention, les internes donnaient le questionnaire papier pour évaluer la satisfaction du jour de l'opération et les infirmières récupéraient le papier. Deux jours après l'intervention nous envoyions le dernier questionnaire par mail pour estimer la satisfaction des patientes après l'intervention. (ANNEXE I, II et III)

Nous avons utilisé la plateforme Claroline Connect ® afin de récupérer et stocker les données en toute sécurité.

1.6. Critère de jugement

Le critère de jugement est la proportion de femmes, au cours de la prise en charge, rapportant leur insatisfaction concernant les soins réalisés lors de leur prise en charge chirurgicale pour une grossesse arrêtée au premier trimestre de la grossesse. Une seule réponse « insuffisamment » ou « pas du tout » satisfaite d'un questionnaire classera cette femme insatisfaite.

Les critères secondaires sont la proportion de femmes ayant rapporté leur insatisfaction dans l'interrogatoire aux différents temps de la prise en charge, deux jours avant l'intervention, le jour de l'intervention, deux jours après l'intervention et dans les différentes dimensions étudiées:

- ayant reçu insuffisamment ou pas du tout des informations claires et adaptées
- insuffisamment ou pas du tout satisfaites de leur participation aux décisions
- dont les soins et les actes ont été insuffisamment ou pas du tout pratiqués avec délicatesse
- relevant des mots utilisés inconvenables
- pour lesquelles les attitudes et comportements de l'équipe ont été insuffisamment ou pas du tout adaptés
- dont l'intimité a été insuffisamment ou pas du tout respectée
- dont la douleur a été insuffisamment ou pas du tout prise en compte

1.7. Analyses statistiques : comparaisons effectuées et tests employés.

Les pourcentages et les intervalles de confiance à 95 % (IC 95 %) ont été déterminés en utilisant la méthode binomiale exacte avec le logiciel R studio Version 1.4.1103.

2. RÉSULTATS

2.1. Échantillon

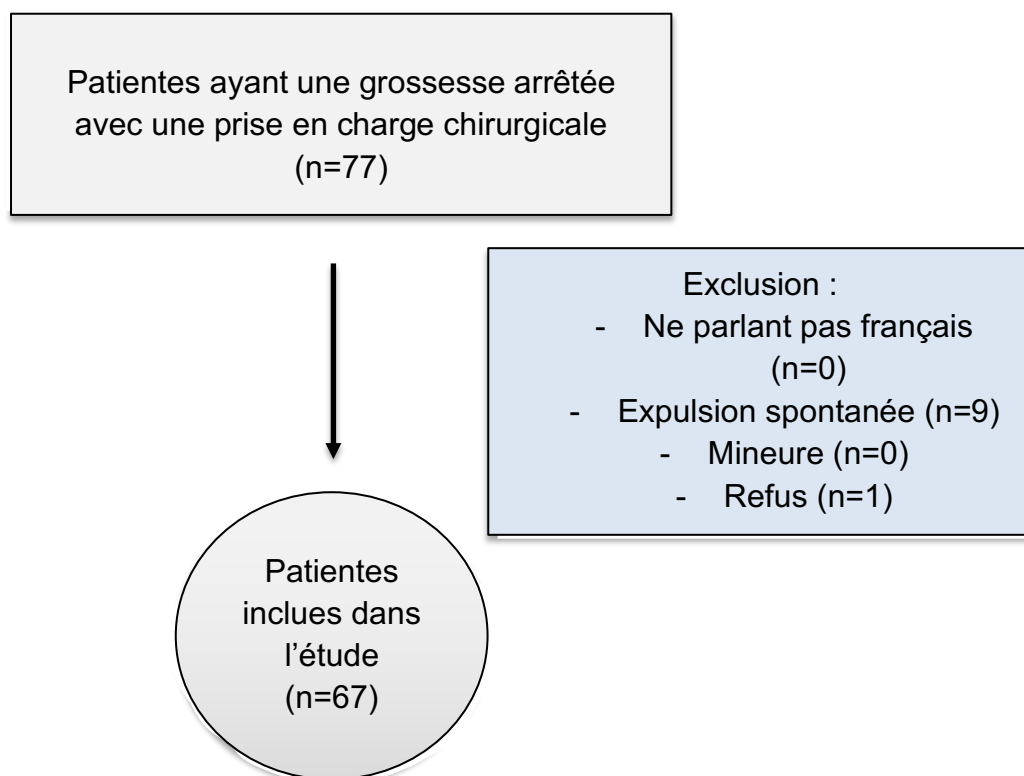


Schéma 1 : Flowchart décrivant l'échantillonnage de l'enquête

Nous avons inclus 77 patientes au total dont 10 exclusions : 9 pour une expulsion spontanée et 1 pour refus.

2.2. Résultats de l'étude

La proportion de femmes insatisfaites de leur prise en charge ayant une grossesse arrêtée nécessitant un geste chirurgical était l'une des dimensions étudiées de l'enquête. Elle était de 16,42 % (IC 95% 8 - 27).

Tableau 1 : Résultats du questionnaire EVA gynécologie

Temps de l'enquête	Critères de réponses		Les informations délivrées ont été claires et adaptées	La participation aux décisions a été satisfaisante	Les soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse	Les mots utilisés étaient convenables	Les attitudes et comportements de l'équipe ont été adaptés	L'intimité a été respectée	La douleur a été prise en compte
2 jours avant l' intervention,	Tout à fait	n	30	33	42	30	29	38	
		%	60	66	84	60	58	76	
	Suffisamment	n	17	15	8	18	18	12	
		%	34	30	16	36	36	24	
	Insuffisamment	n	2	1	0	2	2	0	
		%	4	2	0	4	4	0	
	Pas du tout	n	1	1	0	0	1	0	
		%	2	2	0	0	2	0	
Jour de l' intervention	Tout à fait	n	37	38	39	42	43	43	42
		%	82,22	84,44	86,67	93,33	95,56	95,56	95,45
	Suffisamment	n	8	7	6	3	1	2	2
		%	17,78	15,56	13,33	6,67	2,22	4,44	4,55
	Insuffisamment	n	0	0	0	0	1	0	0
		%	0	0	0	0	2,22	0	0
	Pas du tout	n	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0
2 jours après l' intervention	Tout à fait	n	37	35	45	42	46	45	46
		%	64,91	61,40	78,95	73,68	80,70	78,95	80,7
	Suffisamment	n	19	19	12	13	8	11	11
		%	33,33	33,33	21,05	22,81	14,04	19,30	19,3
	Insuffisamment	n	1	3	0	2	3	1	0
		%	1,75	5,26	0	3,51	5,26	1,75	0
	Pas du tout	n	0	0	0	0	0	0	0
		%	0	0	0	0	0	0	0

Nous avons comparé la satisfaction des patientes selon les différents facteurs étudiés pendant cette enquête : les informations délivrées, la participation aux décisions, la délicatesse des soins/actes, les mots utilisés, les attitudes et les comportements, le respect de l'intimité et la prise en charge de la douleur.

Nous pouvons observer que ce sont les attitudes et les comportements inadaptés qui ont le plus engendré une insatisfaction chez ces patientes (8,96 %). (Tableau 2)

Puis, la participation aux décisions influe également sur les patientes, effectivement 7,46 % des patientes en sont insatisfaites. (*Tableau 2*)

Cependant, on peut observer 100% de satisfaction chez les patientes concernant les soins et les actes qui sont réalisés avec délicatesse, l'intimité a bien été respectée et la douleur a bien été prise en compte. (*Tableau 2*)

Tableau 2 : Comparaison de la satisfaction des patientes selon les différentes dimensions de l'enquête

	Patientes satisfaites	Patientes insatisfaites
Les informations délivrées ont été claires et adaptées	94,03 %	5,97 %
La participation aux décisions a été satisfaisante	92,54 %	7,46 %
Les soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse	100 %	0%
Les mots utilisés étaient convenables	95,52 %	4,48 %
Les attitudes et comportements de l'équipe ont été adaptés	91,04 %	8,96 %
L'intimité a été respectée	100 %	0%
La douleur a été prise en compte	100 %	0%

Cette enquête se déroule à différents temps de la prise en charge : deux jours avant l'opération, le jour de l'opération et deux jours après l'opération. Nous avons voulu comparer la satisfaction aux différents temps de la prise en charge.

Les patientes sont le plus insatisfaites à deux jours après l'intervention avec un taux d'insatisfaction à 8,96 % (IC 95% 3 – 18). (*Tableau 3*)

Tableau 3 : Comparaison de la satisfaction des patientes à différents temps de la prise en charge

	J - 2	J0	J + 2
Patientes insatisfaites	7,46 % IC 95% 2 – 16	1,49 % IC 95% 0 – 8	8,96 % IC 95% 3 – 18

3. DISCUSSION

3.1. Résultats principaux

Le pourcentage de femmes insatisfaites s'élève à 16,42 % (IC 95% 8-27). D'après les nombreux articles des médias sur la dénonciation des violences gynécologiques, les patientes restent en partie satisfaites de leur prise en charge.

Des efforts et des plans d'actions sur la prise en charge restent néanmoins à être poursuivis afin d'améliorer leur prise en charge pour cet événement qui peut être traumatisant pour certaines personnes.

3.2. Forces et limites

Le biais de bienfaisance a été potentiellement une des limites de l'étude. Effectivement, les professionnels de santé étaient informés de cette enquête. Ils ont pu modifier leurs gestes, leurs mots, leur pratique afin d'avoir de meilleurs résultats à cette enquête alors qu'ils ne le feraient pas dans un cas contraire.

Un autre biais éventuel est celui des réponses des patientes. Ces dernières ne veulent plausiblement pas affecter les professionnels de santé donc elles atténueraient leurs réponses. Nous avons réfléchi à ce biais car le jour de l'intervention 98,51% des patientes sont satisfaites de leur prise en charge contre 92,54 % deux jours avant (questionnaire par mail) et 91,04 % deux jours après où les questionnaires sont envoyés par mail. Or il n'y a que à ce temps de l'enquête que les professionnels de santé peuvent observer les résultats de ce questionnaire même si le questionnaire est anonyme. Pour ce biais, nous pourrions le vérifier avec le versant qualitatif qui a été effectué en parallèle de cette enquête avec des entretiens semi-directifs. Le questionnaire PPE15 a été donné en même temps que le questionnaire à deux jours de l'intervention. Une étude est en cours pour analyser ces questionnaires afin de renforcer ces résultats .

Cependant, ce biais peut-être également lié à la solitude des patientes car il n'y a qu'au jour de l'intervention que les patientes ne sont pas seules. sont accompagnés par le personnel soignant quand elles répondent à l'enquête.

La Covid-19 est une pandémie qui influence lourdement la psychologie des personnes. (18)(19) Une étude sur le vécu de cette pandémie dans le secteur obstétrical est actuellement en cours. Elle évalue le retentissement psychologique des modifications dues aux mesures barrières par rapport à ce virus et au stress ressenti. Pour cette enquête, ce facteur joue sur le ressenti psychologique des prises en charge. Les patientes peuvent être plus stressées, moins patientes, plus sensibles. Ce facteur peut faire fluctuer les résultats de notre enquête.

Les chiffres des naissances par l'INSEE ont été publiés en février 2021. L'institut annonce une baisse de la natalité nationale effective en janvier 2021 de 13%. (20) Ces chiffres peuvent nous amener à penser à une possible baisse annuelle de la natalité. Effectivement, nous avons remarqué qu'il y avait également une baisse de patientes incluses de décembre à janvier. Par ce fait, nous n'avons pas atteint le nombre de sujets déterminés au début de cette enquête.

Le taux d'absence de réponse a été une faiblesse dans cette enquête. Effectivement sur 1340 réponses nous avons eu 327 non-réponses ce qui équivaut à 24,4% des réponses totales. Véritablement, on ne peut pas déduire des réponses non effectives. Les réponses de ces questionnaires non remplis peuvent influencer les résultats de cette enquête.

3.3. De la méthode et des résultats confrontés à ceux de la littératures

Le questionnaire EVA a été publié dans l'étude sur l'évaluation de la satisfaction à l'accouchement. (4) Les résultats ont été bien meilleurs que ce à quoi nous nous attendions par rapport aux violences obstétricales. Effectivement, moins d'une femme sur 20 a rapporté être insatisfaite d'au moins un comportement manifestement inapproprié (attitude inappropriée, respect insuffisant, manque de douceur dans les soins, langage inapproprié, informations peu claires et inappropriées, participation insuffisante à la prise de décision, prise en compte insuffisante de la douleur)

Nos résultats se rapprochent donc étroitement de cette étude. Effectivement, nous avons fixé le même échantillon de patientes et sur la même localité. Dans notre étude, nous avons sélectionné seulement que les deux hôpitaux les plus importants. L'étude sur la satisfaction de l'accouchement a choisi d'intégrer toutes les maternités appartenant au réseau AURORE qui ont accepté l'étude.

Leur conclusion se rapproche de la nôtre. En effet, le taux d'insatisfaction se montrant faible comparé aux discussions sur les violences obstétricales. Cependant, des efforts et des améliorations sont à apporter aux services de maternité afin d'adapter certains comportements non adéquats à la prise en charge de ces patientes.

Ces deux événements, l'accouchement et la grossesse arrêtée sont pourtant assez opposés. Effectivement, l'accouchement dans la plupart des cas est un épisode de joie, de bonheur où les personnes sont heureuses. Alors que quand la grossesse s'arrête c'est plutôt un fait triste où les personnes sont malheureuses.

D'autres études ont été publiées sur le vécu de la prise en charge gynécologique mais jamais sur le vécu des grossesses arrêtées alors que ce phénomène arrive pour plus d'une femme sur 10.

Une étude a été parue sur le vécu sur la première consultation de gynécologie ainsi que sur la prise charge en chirurgie ambulatoire en gynécologie.(21) (22) Leur taux d'insatisfaction s'élève à 21,4 % pour leur première consultation de gynécologie avec une influence sur l'utilisation de la méthode BERCER (Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour). L'étude montre également une hétérogénéité des pratiques des professionnels de santé.

Pour la prise en charge en chirurgie ambulatoire en gynécologie le taux de satisfaction globale à J1 et à J7 était respectivement de 94,2 % et de 96,4 % avec une différence significative ($p < 0,001$). Les patientes satisfaites à J7 l'étaient à J30 avec des taux de satisfaction quasiment identiques. La satisfaction globale ne semble pas être liée au type d'intervention. En effet, le taux de satisfaction globale à J1 selon le type d'intervention est de 95,83 % pour les actes marqueurs versus 90,7 % pour les autres interventions ($p = 0,23$). Il en est de même à J7 avec un taux de satisfaction de 96,88 % versus 95,24 % ($p = 0,64$).

Que ce soit un accouchement, qui est un événement heureux pour la majorité des personnes, une grossesse arrêtée, qui est un bouleversement pour la plupart des personnes, ou tout autre type de prise en charge gynécologique, l'évènement n'influerait pas sur la satisfaction du vécu de la prise en charge.

Un rapport de trois études a été publié sur les fausses couches en Angleterre. (23)(24)(25)(26)

Les auteurs, Siobhan Quenby, Arri Coomarasamy et leurs collègues, appellent à une refonte complète de la prise en charge des fausses couches et une révision complète des soins médicaux et des conseils donnés aux femmes. Les articles présentent des facteurs de risque pour les fausses couches : l'augmentation de l'âge (tant chez les hommes que chez les femmes), l'indice de masse corporelle et l'appartenance à l'ethnie noire et également l'alcool, le tabagisme, la pollution de l'air, les pesticides, le stress persistant et le travail de nuit.

Les auteurs recommandent que les femmes qui ont fait une fausse couche puissent bénéficier d'un suivi minimum, avec notamment un soutien psychologique pour le couple et des conseils avant des grossesses ultérieures. Ces soins doivent être renforcés pour les femmes qui ont fait plusieurs fausses couches. Ils jugent par ailleurs nécessaire une harmonisation de ce suivi au niveau mondial.

3.4. Perspectives

L'amélioration de la satisfaction des patientes suite à la prise en charge de leur grossesse arrêtée passe par la formation des professionnels de santé.

Lors des formations de maïeutique à Lyon, plusieurs cours ont été délivrés sur l'apprentissage du deuil et des fausses-couches, d'après ma propre expérience. Pour apporter plus de discussions, une conférence sur le deuil a été effectuée en dernière année pour s'intéresser à différentes situations cliniques et faire naître certaines réflexions sur ce sujet.

Par rapport aux études de médecines, des cours ont été délivrés sur le deuil et les fausses-couches mais principalement sur le versant médical. Pour les attentions à apporter lors de ces événements, elles sont apprises sur les lieux de stages avec leurs référents et les situations cliniques qu'ils auront pu observer.

Dans les HCL, des formations sont proposées pour apprendre et discuter autour du deuil périnatal.

Par cette perspective, j'ai proposé un livret pour les patientes et un pour les professionnels de santé pour les aider à avoir la meilleure prise en charge possible pour les patientes (ANNEXE IV et V).

J'aimerais pouvoir travailler avec des psychologues, des professionnels de santé, des associations créées pour ces parents, le réseau AURORE afin de pouvoir faire valider ces livrets. Puis par la suite, le livret pour les patientes pourra être déposé dans les services d'urgences gynécologiques afin d'être distribué pour les informer de leur prise en charge, de leurs droits et d'avoir des informations supplémentaires sur cet événement. Il pourra les aider à avancer tout en ayant vécu cet événement.

Le livret pour les professionnels de santé peut les aider à apporter plus d'informations aux patientes et de répondre à leurs questions.

CONCLUSION

La plupart des patientes se considèrent être satisfaites de leur prise en charge de leur grossesse arrêtée nécessitant un geste chirurgical. Effectivement, 83,58% des femmes de cette enquête sont satisfaites aux différents temps de leur prise en charge.

Néanmoins, des efforts et des améliorations devront être apportés afin de d'améliorer la satisfaction des autres patientes. En effet, 16,42% des femmes sont insatisfaites de leur prise en charge, concernant au moins une dimension étudiée. Le temps de la prise en charge qui nécessite une amélioration particulière est après l'intervention. « Les attitudes et les comportements inadaptés » est le facteur qui a le plus influencé sur l'insatisfaction des patientes. Puis, la « non satisfaction de la participation aux décisions » est le deuxième facteur où les patientes ont été le moins satisfaites. Cependant, toutes les patientes de l'étude ont été satisfaites des soins et des actes qui ont été réalisés avec délicatesse, l'intimité a bien été respectée et la douleur a bien été prise en compte.

Les résultats de cette enquête peuvent permettre la mise en place d'actions afin d'améliorer la prise en charge de ces patientes. Nous pouvons réfléchir à fournir plus de formations, d'apprentissage sur les lieux de stages aux professionnels de santé, mettre en place des supports afin d'informer les patientes, créer une plateforme de forum avec des questions/réponses sur internet ou encore, fournir des contacts de psychologues en systématique des structures hospitalières.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Jacques B. Des pratiques d'accouchement routinisées aux violences obstétricales. 27 août 2019 [cité 24 oct 2019]; Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02295199>
2. D'Ercole C, Debillon T, Deneux-Tharaux C, Dupont C. Communiqué de presse - violences obstétricales, écoute et évolution des pratiques, une dynamique permanente. Lyon, le 19 octobre 2017. Rev Méd Périnat. 1 déc 2017;9(4):197-8.
3. Franeczczek M-L. Violence obstétricale: essai de définition à partir de la littérature scientifique. :42.
4. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, Rudigoz R, Cortet M, Bouvet L, et al. Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study. Birth. 8 mars 2021;birt.12542.
5. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2014;43(10):764-75.
6. Wong MK, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. Br J Gen Pract. sept 2003;53(494):697-702.
7. Kong GWS, Lok IH, Yiu AKW, Hui ASY, Lai BPY, Chung TKH. Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage - a randomised controlled trial. Aust N Z J Obstet Gynaecol. avr 2013;53(2):170-7.
8. Kong GWS, Lok IH, Lam PM, Yip ASK, Chung TKH. Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage: Conflicting perception on miscarriage. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. déc 2010;50(6):562-7.
9. Meaney S, Corcoran P, Spillane N, O'Donoghue K. Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. BMJ Open [Internet]. 1 mars 2017 [cité 14 janv 2020];7(3). Disponible sur: <https://bmjopen-bmj-com.docelec.univ-lyon1.fr/content/7/3/e011382>
10. Flink-Bochacki R, Hamm ME, Borrero S, Chen BA, Achilles SL, Chang JC. Family Planning and Counseling Desires of Women Who Have Experienced Miscarriage. Obstet Gynecol. 2018;131(4):625-31.
11. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. La Revue Sage-Femme. 1 déc 2008;7(6):295-300.
12. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. Devenir. 7 sept 2009;Vol. 21(3):143-57.
13. Hôpital Femme Mère Enfant | Hospices Civils de Lyon - HCL [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/hopital-femme->

mere-enfant

14. FICHE-SIGNALETIQUE-69-Hop_-CROIX-ROUSSE_2016.pdf [Internet]. [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/07/FICHE-SIGNALETIQUE-69-Hop_-CROIX-ROUSSE_2016.pdf
15. Webmestre. A Bron (69), l'HFME fête ses dix ans d'excellence au service de l'enfant [Internet]. Ra Santé. 2018 [cité 30 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ra-sante.com/lyon-pediatrie-hfme-dix-ans-excellence-159876.html>
16. Gillet QJ. BOULEVARDRDEUSECAPINEUTRSRE BRUNIER. :2.
17. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crepin G. De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. 2018;(7):18.
18. Peretti-Watel P, Alleaume C, Léger D, Beck F, Verger P. Anxiety, depression and sleep problems: a second wave of COVID-19. Gen Psychiatr [Internet]. 22 sept 2020 [cité 20 avr 2021];33(5). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7513629/>
19. Megalakaki O, Kokou-Kpolou CK, Vaudé J, Park S, Iorfa SK, Cénat JM, et al. Does peritraumatic distress predict PTSD, depression and anxiety symptoms during and after COVID-19 lockdown in France? A prospective longitudinal study. Journal of Psychiatric Research. 1 mai 2021;137:81-8.
20. Janvier 2021 - Forte baisse des naissances en décembre 2020 et janvier 2021 – Les naissances en 2021 | Insee [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5348634?sommaire=5348638#tableau-figure1>
21. Vignaud C. Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans en France. :81.
22. Sahmoune LR. Évaluation de la satisfaction des patientes prises en charge en ambulatoire en chirurgie gynécologique : une étude prospective. :7.
23. Coomarasamy A. Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. :8.
24. Quenby S. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. :10.
25. Miscarriage: worldwide reform of care is needed. :1.
26. Coomarasamy A. Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. :7.

ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire : deux jours avant l'intervention



Enquête E.V.A GYN

Évaluation du vécu autour de la prise en charge chirurgicale
de la grossesse arrêtée au premier trimestre

Une seule réponse par ligne : entourer celle qui se rapproche le plus de votre ressenti

Lors de l'annonce de votre grossesse arrêtée, vous diriez que :

1. Les informations qui vous ont été transmises lors de la consultation où l'annonce a été faite ont été claires et adaptées :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
2. Vous avez été satisfaite de votre participation aux décisions :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
3. Les soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
4. Les mots utilisés par l'équipe vous convenaient :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
5. Les attitudes et comportements de l'équipe ont été adaptés :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
6. Votre intimité a été respectée :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout

ANNEXE II

Questionnaire : le jour de l'intervention



Etiquette à coller
Sera découpé
Après inclusion

Enquête E.V.A GYN

Évaluation du vécu autour de la prise en charge chirurgicale de la grossesse arrêtée au premier trimestre

Numéro d'inclusion : _____

Bonjour Madame,

Nous sommes au deuxième temps de l'enquête EVA Gynécologie, le questionnaire à remplir est au verso de cette feuille.

Pour rappel, cette enquête évalue **le vécu de la prise en charge chirurgicale des grossesses arrêtées au premier trimestre**.

Le temps de réponse à ce questionnaire est de trois minutes.

Votre n° d'inclusion, qui est à indiquer en haut de cette feuille, est inscrit dans les mails qui vous ont été envoyés. Il permettra de vous identifier tout au long des trois temps de l'enquête. Si vous êtes dans l'indisponibilité de consulter ces mails, merci de l'indiquer à l'équipe soignante qui collera une étiquette afin que l'on vous identifie.

Nous vous remercions pour le temps accordé à cette enquête et votre implication dans celle-ci.

Pour tout complément d'informations, n'hésitez pas à contacter le médecin responsable de l'enquête :

marion.cortet@chu-lyon.fr.

Enquête E.V.A GYN
Évaluation du vécu autour de la prise en charge chirurgicale
de la grossesse arrêtée au premier trimestre

Une seule réponse par ligne : entourer celle qui se rapproche le plus de votre ressenti

Le jour de votre prise en charge au bloc opératoire vous diriez que :

1. Les informations qui vous ont été transmises lors de l'opération ont été claires et adaptées :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
2. Vous avez été satisfaite de votre participation aux décisions :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
3. Les soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
4. Les mots utilisés par l'équipe vous convenaient :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
5. Les attitudes et comportements de l'équipe ont été adaptés :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
6. Votre douleur a été prise en compte :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
7. Votre intimité a été respectée :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout

ANNEXE III

Questionnaire : deux jours après l'intervention



Une seule réponse par ligne : entourer celle qui se rapproche le plus de votre ressenti

Après l'intervention chirurgicale, vous diriez que :

1. Les informations qui vous ont été transmises ont été claires et adaptées :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
2. Vous avez été satisfaite de votre participation aux décisions :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
3. Les soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
4. Les mots utilisés par l'équipe vous convenaient :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
5. Les attitudes et comportements de l'équipe ont été adaptés :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
6. Votre douleur a été prise en compte :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
7. Votre intimité a été respectée :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout

Grossesse arrêtée au premier trimestre

D'après l'étude EVA Gynécologie qui s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'hôpital Femme Mère Enfant et de la Croix Rousse :

- **16,42 %** de femmes sont insatisfaites de leur prise en charge de leur grossesse arrêtée. Les facteurs qui en ressortent du plus nombreux au moins nombreux sont :
 - des attitudes et comportements de l'équipe qui n'ont pas été adaptés (8,96%),
 - la participation aux décisions qui n'a pas été satisfaisante (7,46%),
 - des informations délivrées qui n'ont pas été claires et adaptées (5,9%)
 - Et les mots utilisés n'étaient pas convenables (4,48%)

Le deuil

Plusieurs étapes découlent du deuil. C'est un enchaînement de sentiments qui n'est pas obligatoirement suivi dans l'ordre. Il peut y avoir des retours en arrière ou au contraire des étapes sautées.

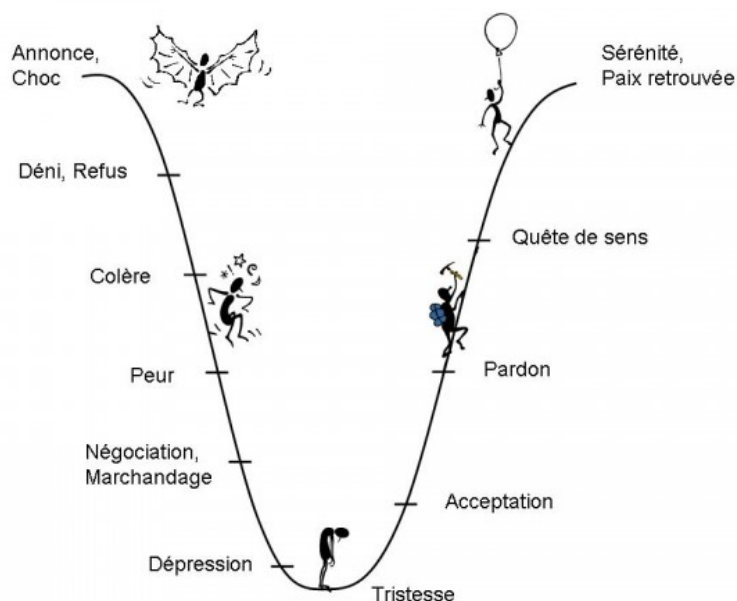
Définition du deuil

Il existe plusieurs définitions du deuil. En effet, chez Freud c'est la confrontation à la réalité de la perte d'un objet d'attachement, le retrait de la libido de cet objet et le réinvestissement de celle-ci dans d'autres objets. Si ce travail s'effectue normalement, l'épreuve de réalité est maintenue et le moi redevient libre et sans inhibition. Après Freud, les psychanalystes ont continué à définir le deuil normal à partir de ses formes pathologiques, dépressives, mélancoliques et maniaques. Ils ont également mis en évidence la fonction cardinale de l'agressivité envers le mort qui permettrait justement le détachement à son endroit. C'est dans la rébellion du sujet contre la perte que s'accomplit le travail de deuil. Peu à peu, la libido se détache puis se libère totalement de l'objet d'amour perdu.

Il y a le processus en cinq étapes pour Kübler-Ross:

- le déni : moment traumatique de l'annonce de la perte
- la colère : sentiment de colère face à la perte
- le marchandage : phase de négociations, chantages
- la phase dépressive réactionnelle : c'est pendant cette période que le travail de détachement s'effectue au travers du travail d'intériorisation de la relation d'avec la personne disparue

- la phase d'acceptation: complète au bout d'un an le plus souvent. Le sujet a alors la capacité à s'adapter à la réalité de la perte de l'être cher
- Et John Bowlby décrit le deuil comme un processus en quatre phases:
- engourdissement, torpeur
 - languissement, recherche de la personne perdue
 - désorganisation et désespoir
 - réorganisation



Supports proposés

Annonce d'une mauvaise nouvelle par l'HAS : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Des formations sur le deuil périnatal sont proposées au sein des Hospices Civils de Lyon, ne pas hésiter à se rapprocher de votre cadre de santé afin d'avoir des informations supplémentaires.

Ce sont des mots, des gestes qui peuvent être marquants à vie pour la vie de ces couples qui traversent un événement douloureux. Un accompagnement de ces personnes peut leur apporter du bien-être et les aider à surmonter plus rapidement et plus sereinement cette étape de leur vie.

Des formations sont proposées avec des structures extérieures avec les frais de formations (21h / an).

Ma grossesse s'est arrêtée ...



Votre prise en charge

Avant le premier trimestre (<15 SA):

Vous saignez, vous avez des douleurs en bas du ventre ou à votre échographie recommandée on vous annonce que votre fœtus ne grossit pas, qu'il faut une prise de sang pour voir la cinétique des Béta HCG (marqueur de la grossesse).

Malheureusement, une semaine plus tard, une échographie de contrôle est réalisée et on vous annonce que la grossesse s'est malheureusement arrêtée.

L'équipe médical vous propose deux choix :

	La méthode médicamenteuse	La méthode chirurgicale
Généralités	On vous donne des médicaments pour faire contracter l'utérus pour évacuer le fœtus.	On passe par les voies naturelles, récupérer le fœtus avec une anesthésie locale ou générale.
Avantages		Moins de saignements Moins de douleurs
Inconvénient	Plus de douleurs Plus de saignements	Opération avec risques anesthésiques
Arrêt de travail <i>(selon les signes cliniques)</i>	1 à 3 jours	1 jours

Le jour de votre hospitalisation, il ne faut pas hésiter à demander à voir la psychologue.

Après le premier trimestre jusqu'au seuil de viabilité (22 SA ou poids > 500g) :

On doit déclencher l'accouchement avec des médicaments:

- On vous donnera un premier médicament pour préparer votre col de l'utérus
- Puis la veille de votre hospitalisation on pourra utiliser des dilatateurs naturels du col de l'utérus à base d'algues
- Le jour de votre déclenchement, on vous donnera les médicaments pour faire contracter l'utérus afin de procéder à l'accouchement
- Si vous le souhaitez une péridurale pourra être posée tôt afin que vous ne ressentiez pas de douleurs.

L'accouchement effectué, on pourra vous présenter avec votre accord votre enfant. Si l'organisation du service le permet, une boîte souvenir ainsi que des photos pourront être réalisées afin de vous le transmettre ou dans le cas contraire y conserver dans le dossier afin que vous puissiez plus tard dans le temps retrouver ses souvenirs.

Vos droits

Si l'enfant est né sans vie, quelle que soit la durée de la grossesse (**mais pas avant 15 SA**) ou né vivant "non viable" (avant 22 SA et de moins de 500gr), les parents reçoivent un certificat médical d'accouchement qui est établi par un médecin ou une sage-femme.

Ce certificat permet d'obtenir un acte d'enfant sans vie. Si les parents le souhaitent, ils peuvent déclarer leur enfant à l'état civil et l'inscrire sur leur livret de famille, avec son seul prénom.

Cette déclaration est nécessaire pour organiser des obsèques. La déclaration à l'état civil d'un enfant né sans vie est une demande parentale non obligatoire, volontaire et sans délai. Cette demande pourra être faite, même des années plus tard. Les parents peuvent obtenir un livret de famille, même s'il s'agit de leur premier enfant et qu'ils ne sont pas mariés.

Situations	Enfants morts-nés <15 SA	Enfants morts-nés > 15 SA
Certificats	Pas de certificat d'accouchement	Certificat d'accouchement
Etat civil	Pas d'acte	Acte d'enfant né sans vie possible
Registre	Non	Inscription registre décès Si déclaration
Livret de famille	Non	Oui possible, même si pas mariés
Nom de famille	Non	Prénom possible si déclaré
Autopsie	Autorisation signée de la mère	Autorisation signée de la mère
Obsèques	Pas d'obsèques	Obsèques possibles
Transport du corps		Réglementé (pièces anatomiques)

Notes importantes :

- Devenir et prise en charge des corps des enfants nés sans vie : Si l'enfant a un acte d'enfant né sans vie, ses funérailles sont possibles mais non obligatoires.

Si la famille ne prend pas en charge les funérailles, l'hôpital doit faire procéder à sa charge, (après 10 jours, prorogés de 4 semaines en cas d'autopsie) à l'inhumation ou à la crémation (collective en crématorium).

En cas de crémation collective, un certificat de crémation, portant la date de celle-ci, peut être remis aux parents qui le souhaitent.

- Remarque : la crémation d'un enfant âgé de moins de 1 an ne donne pas de cendres humaines (Extrait du site www.nostoutpetits.fr), sauf disposition particulière comme au Crématorium de Bron (région lyonnaise).

Type de certificat	Sans certificat	Certificat accouchement Enfant mort né ou vivant non viable <22SA
Prise en charge	Risque maladie	Risque maladie 100 %
Congé Maternité	Non → AT Non	Non → AT Non
Congé 3ème enf	Non	Non
Congé paternité	Non	Non
Impôts	Non	Non
Retraite	Non	Oui

Pour toute information sur les retraites, veuillez vous référer au lien ci-dessous qui vous donnera des indications sur vos droits à venir dans le cas d'un bébé mort-né (et cela quel que soit le stade de la grossesse) :

<https://www.toutsurmesfinances.com/retraite/enfants-nes-sans-vie-les-regles-pour-le-calcul-de-la-retraite.html>

Sources :

- RPC : Les pertes de grossesse, CNGOF 2014
- Circulaire interministérielle du 19 Juin 2009 (pour les enfants nés sans vie, dits morts-nés)
- Loi du 8 janvier 1993 et circulaire de juillet 1993 (pour les critères juridiques de viabilité à la naissance)
- Site : www.spama.asso.fr

Le deuil

Plusieurs étapes découlent du deuil. C'est un enchaînement de sentiments qui n'est pas obligatoirement suivi dans l'ordre. Il peut y avoir des retours en arrière ou au contraire des étapes sautées.

Définition du deuil

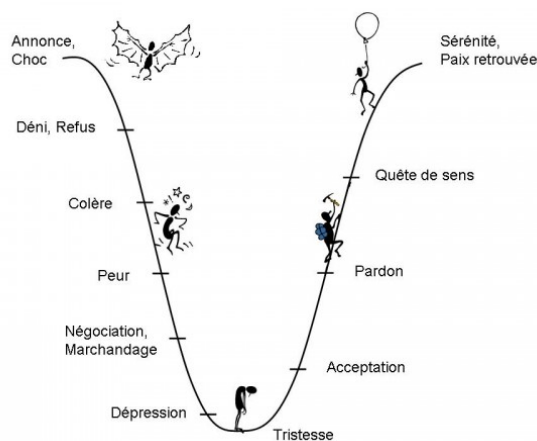
Il existe plusieurs définitions du deuil. En effet, chez Freud c'est la confrontation à la réalité de la perte d'un objet d'attachement, le retrait de la libido de cet objet et le réinvestissement de celle-ci dans d'autres objets. Si ce travail s'effectue normalement, l'épreuve de réalité est maintenue et le moi redevient libre et sans inhibition. Après Freud, les psychanalystes ont continué à définir le deuil normal à partir de ses formes pathologiques, dépressives, mélancoliques et maniaques. Ils ont également mis en évidence la fonction cardinale de l'agressivité envers le mort qui permettrait justement le détachement à son endroit. C'est dans la rébellion du sujet contre la perte que s'accomplit le travail de deuil. Peu à peu, la libido se détache puis se libère totalement de l'objet d'amour perdu.

Il y a le processus en cinq étapes pour Kübler-Ross:

- le déni : moment traumatique de l'annonce de la perte
- la colère : sentiment de colère face à la perte
- le marchandage : phase de négociations, chantages
- la phase dépressive réactionnelle : c'est pendant cette période que le travail de détachement s'effectue au travers du travail d'intériorisation de la relation d'avec la personne disparue
- la phase d'acceptation: complète au bout d'un an le plus souvent. Le sujet a alors la capacité à s'adapter à la réalité de la perte de l'être cher

Et John Bowlby décrit le deuil comme un processus en quatre phases:

- engourdissement, torpeur
- languissement, recherche de la personne perdue
- désorganisation et désespoir
- réorganisation



Votre partenaire

L'impensable, l'inimaginable, l'irreprésentable, c'est ce que vous pouvez vivre. Les rituels de deuils, un espace d'écoute et de parole, et de manière plus spécifique, une psychothérapie, peuvent vous aider à penser puis élaborer le traumatisme vécu. Dans l'espace transitionnel de la séance, vous pouvez faire une place à ce bébé, lui donner une existence, lui attacher des représentations et des affects positifs, pour pouvoir ensuite s'autoriser sans trop de culpabilité, à s'en séparer.

L'un, puis l'autre, chacun à votre tour, vont mettre des mots sur des émotions personnelles parfois très différentes de vous-même. Vous devriez essayer de respecter les sentiments/émotions de l'autre à chaque moment du deuil exprimer par la personne. Ces différences peuvent vous rapprocher mais aussi vous éloigner, il ne faut pas hésiter à prendre du temps pour réfléchir à ces émotions.

Il est plus souvent difficile d'exprimer de la souffrance par les personnes masculines car dans notre société peu de personnes considèrent que la gente masculine a le droit d'exprimer de la peine.

Contact

Psychologue HFME :

Psychologue Croix-Rousse :

Il ne faut pas hésiter à en discuter avec la personne qui vous semble adéquat à chaque moment de votre vie, cela peut-être un ami, un membre de la famille, votre conjoint, un représentant de votre culte religieux mais cette personne peut être également un médecin traitant, une sage-femme, votre gynécologue, votre psychologue de ville, un forum de parents en deuil.

Il y a des structures d'accueil avec des psychologues ou des psychiatres qui peuvent vous accompagner (PMI, centres médico-psychologiques).

Quelques noms d'associations pour un accompagnement et une écoute pour les parents :

- AGAPA : www.association-agapa.fr

- SPAMA : www.spama.asso.fr : un livret de 60 pages peut être commandé au prix de 5€ qui est très complet et parle plus en approfondi du deuil, du couple, de la famille, des amis,...

- Naître et Vivre : www.naitre-et-vivre.org

- Enfant Papillon : <http://enfantspapillonsasso.free.fr/>

- ESNPE : lenfantsansnom.fr

- Nos tout-petits : www.nostoutpetits.org

Bibliographie

1. Wailly F de. Séparation et deuil périnatal. Imaginaire Inconscient. 2012;n° 30(2):25-32.
2. Full Text PDF [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=IMIN_030_0025&download=1
3. Snapshot [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-imaginaire-et-inconscient-2012-2-page-25.htm>
4. mauvaisenouvelle_vf.pdf [Internet]. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
5. L'épreuve de ce deuil [Internet]. Association SPAMA. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.association-spama.com/soins-palliatifs-et-perinatalite/lepreuve-de-ce-deuil/>
6. Netgen. Deuil, évolution conceptuelle et nouvelles définitions [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 20 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-420/Deuil-evolution-conceptuelle-et-nouvelles-definitions>

ANNEXE VI

	Document-type PROTOCOLE COURT <i>Enquête de satisfaction auprès des patientes – Recherche n’impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH)</i>
---	--

EVALuation de la satisfaction autour de la prise en charge chirurgicale de la grossesse arrêtée au premier trimestre EVA Gyn

***Protocole - Enquête de satisfaction auprès des patientes – Recherche n’impliquant pas la
personne humaine RNIPH***

Version 1 du 16/10/2020

La clarté, la concision et la précision des informations apportées sont déterminantes pour
l'expertise de votre dossier.

(Obligatoirement en français – 5 pages maximum)

TITRE	EVALuation de la satisfaction autour de la prise en charge chirurgicale de la grossesse arrêtée au premier trimestre
TITRE COURT / ACRONYME	EVA Gyn
INVESTIGATEUR PRINCIPAL <i>(coordonnateur pour les recherches multicentriques)</i>	Marion CORTET Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital de la Croix Rousse, Hospices Civils de Lyon 103, Grande Rue de la Croix-Rousse 69004 LYON
NOMBRE D'EQUIPES HCL ASSOCIEES A L'ETUDE	Deux maternités (HFME et Croix Rousse) au sein d'un même centre (Hospices Civils de Lyon)
NOMBRE D'EQUIPES HORS HCL ASSOCIEES (si étude multicentrique) *	Néant
CONTEXTE	La perte de la grossesse au premier trimestre est un évènement fréquent. Il nécessite souvent une médicalisation, au moins par un contrôle échographique de la vacuité utérine, au plus par une intervention chirurgicale d'aspiration-curetage pour évacuation de la grossesse arrêtée. Des études ont démontré que le vécu de cet évènement est difficile pour les patientes. Cependant peu d'études dans le monde, et aucune en France n'ont étudié à ce jour leur expérience et leur satisfaction au regard des soins réalisés dans le cadre de cette prise en charge .

OBJECTIFS	Objectif principal : • Mesurer la proportion de patientes rapportant leur insatisfaction concernant le comportement des soignants vis-à-vis des soins réalisés lors de leur prise en charge chirurgicale pour une grossesse arrêtée au premier trimestre de la grossesse. Objectif(s) secondaire(s) : • Mesurer la proportion de patientes rapportant leur insatisfaction concernant leur expérience des soins, • Comprendre les attentes des patientes pour améliorer leur satisfaction lors des prises en charge pour grossesse arrêtée au premier trimestre.
JUSTIFICATION	Ces données nous permettraient d'améliorer la formation de l'ensemble des équipes pour la prise en charge des patientes présentant une perte de grossesse au premier trimestre.
TYPE D'ETUDE	Enquête de satisfaction prospective concernant l'expérience des soins
METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE	Enquête de satisfaction prospective avec deux questionnaires et un entretien semi-directif selon l'accord des patientes afin approfondir l'enquête. Toutes les femmes majeures, comprenant le français et ayant une grossesse arrêtée avec une prise en charge chirurgicale dans l'une des maternités de l'enquête (HFME - HCL, Croix-Rousse – HCL) se verront proposer l'enquête EVA GYN lors du diagnostic. Nous prévoyons d'inclure environ 110 femmes. La période d'inclusion est estimée à 5 mois. Les médecins seniors qui déclarent le diagnostic d'une grossesse arrêtée, notent en commentaire dans l'onglet "recherche clinique" sur easily : l'accord ou non de la patiente, la date d'inclusion, la date prévue du geste chirurgical, leur mail et leur numéro de téléphone. Leurs contacts nous serviront à garder un suivi. Dès lors, un numéro d'inclusion sera attribué à chaque patiente qui servira pour les identifier tout au long de l'enquête. Il sera envoyé dans le premier mail 48 heures avant le geste chirurgical avec un lien permettant de répondre au premier questionnaire EVA Gyn qui est localisé sur le serveur universitaire Claroline. De plus, lors de ce questionnaire en ligne, ces femmes seront invitées à compléter une demande d'autorisation pour l'entretien semi-directif effectué par une étudiante sage-femme 10 jours après le geste chirurgical. Le jour de l'aspiration et du curetage, un questionnaire papier leur sera donné puis récupéré avant leur départ et déposé dans un dossier prévu à cet effet. Ensuite, 48 heures après le geste chirurgical, un deuxième mail sera envoyé afin que les patientes répondent au dernier questionnaire EVA GYN et remplissent le questionnaire PPE15 sur la plateforme Claroline. Par la suite, si les patientes ont accepté, un entretien semi-directif sera effectué afin d'approfondir les résultats de l'enquête de satisfaction.

CRITERES DE JUGEMENT	• Critère de jugement principal : L'insatisfaction des patientes concernant le comportement des soignants sera évalué par questionnaire, aux différents temps de la prise en charge, sur : • la clarté et le caractère adapté des informations reçues ; • leur participation aux décisions ; • la délicatesse des professionnels dans la réalisation des soins ; • la convenance du vocabulaire employé par les professionnels ; • le caractère adapté des attitudes et comportements de l'équipe ; • le respect de l'intimité ; • la prise en compte de la douleur. • Critères de jugement secondaire(s) : • Proportion de réponse correspondant à un « problème » aux items du questionnaire Picker Patient Experience (PPE-15) ; • Les hypothèses émergentes de l'enquête qualitative sur les attentes des patientes par entretien semi-dirigé.
POPULATION CIBLE	Cette étude porte sur des patientes prises en charge chirurgicalement pour une grossesse arrêtée au premier trimestre de la grossesse.
CRITERES D'INCLUSION	Toutes patientes prises en charge chirurgicalement pour une grossesse arrêtée au premier trimestre de la grossesse dans les structures de soins participant à l'enquête.
CRITERES DE NON INCLUSION	• mineur, tutelle, curatelle, • refusant de participer, • ne comprenant pas le français, • n'ayant pas accès à internet, • interruption volontaire de grossesse, • interruption volontaire de grossesse pour raison médicale, • absence intervention chirurgicale.
NOMBRE DE SUJETS	110 femmes.
INFORMATION INDIVIDUELLE DES PATIENTS PREVUE	☒ Oui (la fournir : cf. trame type sur AGORA) ☐ Non demande de dérogation (argumentaire à ajouter ci-dessous)
SI DEMANDE DE DEROGATION A L'INFORMATION DES PATIENTS,	Non applicable

SOURCE DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL (choix multiples)	☐ Dossiers médicaux ☒ Enquête ☐ Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS ☐ Autres données, précisez :
MODE DE RECUEIL DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL (papier, électronique...) et lieu d'hébergement de la base de données**	Recueil électronique (onglet recherche clinique d'Easily). Hébergement de la base de correspondance sur les serveurs des Hospices Civils de Lyon. La base de données comportant les réponses aux questionnaires de satisfaction sera hébergée par l'Université Lyon 1.
METHODE ET CRITERES D'APPARIEMENT LE CAS ECHEANT	Non applicable
CIRCUIT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ET MODALITE DE PROTECTION DE LEUR CONFIDENTIALITE***	Information sur l'enquête par le médecin de garde, en cas d'acceptation de participation, attribution d'un code individuel (3 lettres pour le centre, 3 chiffre pour le numéro d'ordre et 2 lettres pour les initiales) et inscription dans l'onglet « recherche clinique » d'Easily. La patiente recevra ensuite un e-mail du clinicien l'invitant à répondre aux questionnaires en ligne en renseignant son code individuel. Les réponses aux questionnaires de satisfaction seront stockées sur les serveurs de l'Université Lyon 1.
PRINCIPALES VARIABLES ET METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	
REFERENCES DU BIOSTATISTICIEN RESPONSABLE	NOM : CORTET Prénom : Marion n° Help Desk PSP (si applicable) :
ETHIQUE	Demande d'avis au Comité Scientifique et Ethique des HCL ? OUI
CALENDRIER ET ORGANISATION DE L'ETUDE	Si recherche rétrospective : - Historique des données : - Période de recueil des données : - Durée prévue du contrôle des données et de l'analyse statistique : - Durée totale de la recherche :
RETOMBEES ATTENDUES	Ces données nous permettraient d'améliorer la formation de l'ensemble des équipes pour la prise en charge des patientes présentant une perte de grossesse au premier trimestre.
TRANSPARENCE DES RESULTATS	Communication des résultats aux équipes soignantes et sous la forme de mémoires ou de thèses professionnels de fin d'études.

* Pour les études multicentriques : remplir sur AGORA la liste des coordonnées des centres associés

** Joindre le cas échéant le(s) supports utilisé(s) pour le recueil des données à caractère personnel

*** Attribution d'un code individuel : préciser la structure alphanumérique du code (par exemple : nom du centre numéro d'ordre), utilisation d'une ou plusieurs tables de correspondance (conservation dans les centres investigateurs ou centralisation), localisation de ces tables et durée de conservation..., sécurisation des échanges.

ANNEXE VII

Résumé en français et en anglais

Auteur : Cros Manon	Diplôme d'Etat de sage - femme.
Titre : Évaluation de la satisfaction des patientes ayant une grossesse arrêtée au premier trimestre après un geste chirurgical	
Résumé : <u>Introduction.</u> – La perte de la grossesse au premier trimestre est un évènement fréquent. Il nécessite souvent une médicalisation, au moins par un contrôle échographique de la vacuité utérine, au plus par une intervention chirurgicale d'aspiration-curetage pour évacuation de la grossesse arrêtée. Des études ont démontré que le vécu de cet évènement est difficile pour les patientes. Cependant peu d'études dans le monde, et aucune en France n'ont étudié à ce jour leur expérience et leur satisfaction au regard des soins réalisés dans le cadre de cette prise en charge. <u>Objectif.</u> – Ces données nous permettraient d'améliorer la formation de l'ensemble des équipes pour la prise en charge des patientes présentant une perte de grossesse au premier trimestre. <u>Méthode.</u> – C'est une enquête de satisfaction prospective concernant l'expérience des soins. Le type d'échantillon est toutes femmes majeures, parlant et comprenant le français ayant une grossesse arrêtée avec une prise en charge chirurgicale. Il y avait 77 patientes incluses dont 10 patientes exclues donc un total de 67 patientes. Cette enquête a eu lieu sur l'hôpital de la Croix Rousse et l'hôpital Femme Mère Enfant, ce sont les deux plus grandes maternités de Lyon. <u>Résultats.</u> – 83,58 % des femmes de cette enquête sont satisfaites aux différents temps de leur prise en charge. Les patientes sont plus satisfaites le jour J (98,51%). Néanmoins, ce sont deux jours après que les patientes sont le plus insatisfaites (8,96%). Nous pouvons observer que ce sont « les attitudes et les comportements inadaptés » qui ont le plus engendré une insatisfaction chez ses patientes (8,96%). Puis, « la participation aux décisions non satisfaisante » influe également sur les patientes, effectivement 7,46% patientes y sont insatisfaites. <u>Conclusion.</u> – 16,42 % des femmes sont insatisfaites de leur prise en charge. De plus, après leur intervention, c'est le temps où elles sont le plus insatisfaites. Également, « les attitudes et les comportements inadaptés » est le facteur qui a le plus influencé sur l'insatisfaction des patientes. Ensuite, « la participation aux décisions non satisfaisante » est le deuxième facteur où les patientes ont été le moins satisfaites. Les résultats de cette enquête peuvent permettre la mise en place d'actes afin d'améliorer la prise en charge des patientes.	
Mots clés : satisfaction, grossesse arrêtée, questionnaires,	

Author : Cros Manon	State diploma of midwife
Title : Assessment of satisfaction in patients with first-trimester loss of pregnancies after surgical procedures	
Abstract : <i>Introduction.</i> - The loss of pregnancy in the first trimester is a frequent event. It often requires medicalization, at least by ultrasound control of uterine vacuity, at most by surgical intervention for evacuation of the arrested pregnancy. Studies have shown that the experience of this event is difficult for the patients. However, few studies in the world, and none in France, have so far studied their experience and satisfaction with the care provided in the context of this management. <i>Objective.</i> - These data would allow us to improve the training of all teams for the management of patients with first trimester pregnancy loss. <i>Method.</i> - This is a prospective satisfaction survey concerning the experience of care. The sample type was all women of legal age, speaking and understanding French, who had a terminated pregnancy with surgical management. There were 77 patients included and 10 patients excluded, for a total of 67 patients. This survey took place at the Croix Rousse Hospital and the Woman Mother Child Hospital, the two largest maternity hospitals in Lyon. <i>Results.</i> - 83.58% of the women in this survey were satisfied with the different stages of their care. Patients were most satisfied on the day of delivery (98.51%). Nevertheless, it is two days later that the patients are the most dissatisfied (8.96%). We can observe that it was "inappropriate attitudes and behaviors" that caused the most dissatisfaction among these patients (8.96%). Then, "unsatisfactory participation in decisions" also affects the patients, effectively 7.46% patients are dissatisfied. <i>Conclusion.</i> - 16.42% of women are dissatisfied with their care. Moreover, after their intervention, this is the time when they are the most dissatisfied. Also, "inappropriate attitudes and behaviors" was the factor that most influenced patient dissatisfaction. Next, "unsatisfactory participation in decisions" was the second factor where patients were least satisfied. The results of this survey can be used to implement actions to improve patient care.	
Key words : satisfaction, loss of pregnancy, questionnaires, surveys	