



L'annonce de la fausse couche spontanée précoce par la sage-femme

Sélia Badache

► To cite this version:

Sélia Badache. L'annonce de la fausse couche spontanée précoce par la sage-femme. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04217078

HAL Id: dumas-04217078

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04217078v1>

Submitted on 25 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ de MONTPELLIER
UFR de MÉDECINE MONTPELLIER - NÎMES

DÉPARTEMENT de MAÏEUTIQUE
SITE d'enseignement de NÎMES

L'annonce de la fausse couche spontanée précorce par la Sage-Femme.

Soutenu par Sélia Badache

Né(e) le 06/03/1997

Sous la direction de [Mr. Manuel FERRER]

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année de fin d'études 2023



**UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER**



Remerciements

Aux personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

A Mr. Manuel Ferrer, sage-femme enseignant pour ses nombreuses relectures, ses conseils avisés ainsi que pour sa disponibilité tout au long de ces années.

Aux sages-femmes enseignantes pour leur soutien, leurs encouragements et leur accompagnement lors de ces dernières années.

A mes proches, famille et amis, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée.

Table des matières

PREMIERE PARTIE : PARTIE THEORIQUE.....	6
1.La physiopathologie de la fausse couche spontanée précoce.....	6
1.1. DÉFITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FAUSSE COUCHE SPONTANÉE PRÉCOCE	6
1.2. DIAGNOSTIC DE LA FAUSSE COUCHE SPONTANÉE PRÉCOCE.	6
1.3. LES ETIOLOGIES DE LA FAUSSE COUCHE SPONTANEE PRECOCE :	7
1.3.1 Les causes génétiques :	8
1.3.2. Les causes utérines	8
1.3.3. L'environnement :	8
1.3.4 Les maladies auto-immunes :	9
1.3.5. Les infections :	9
1.3.6. Les maladies endocriniennes :	9
1.4. LA PRISE EN CHARGE DE LA FAUSSE COUCHE SPONTANEE PRECOCE :	10
2.LE VECU PSYCHOLOGIQUE D'UNE FAUSSE COUCHE SPONTANEE PRECOCE :	14
2.1. LE VECU ET LE RESSENTI DES FEMMES SUITE A UNE FAUSSE COUCHE SPONTANEE PRECOCE :	14
2.2. LE DEUIL :	15
2.3. LE RETENTISSEMENT SUR UNE PROCHAINE GROSSESSE.....	17
3. L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE	19
3.1. L'ANNONCE D'UNE MAUVAISE NOUVELLE EN GENERALE.....	20
3.2. L'ANNONCE DU DEUIL PERINATAL : LA FAUSSE COUCHE SPONTANEE	21
3.3. LES ATTENTES DES FEMMES EN CAS DE FAUSSES COUCHES SPONTANEEES :	21
 DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	24
1.METHODE :	23
1.3. TYPE D'ÉTUDE :	23
1.4. POPULATION DE L'ETUDE	23
2.ANALYSE :	25
3.DISCUSION	38
4.PROPOSITIONS.....	44
5.CONCLUSION.....	45
6.BIBLIOGRAPHIE.....	46
7. ANNEXE.....	48

Introduction

Alors que 15 à 20% des grossesses se terminent en fausse couche spontanée dans le monde chaque année, le sujet reste peu abordé en France au niveau du grand public. La fausse couche spontanée (FCS) reste un sujet tabou. On se demande alors pourquoi ce sujet reste peu abordé alors qu'elle représente la complication la plus courante de la grossesse.

Une fausse couche spontanée est un événement traumatique pour les patientes et qui demande un travail de deuil. C'est le deuil d'un enfant qui n'est pas né, d'un projet et aussi de tout désir de conception. Les femmes victimes de fausse couche spontanée ressentent de la culpabilité. Elles se sentent responsables de la perte du fœtus. C'est ainsi que les femmes ont besoin d'être rassurées.

Tout commence par l'annonce. Elle n'est pas la finalité d'un processus mais son début. C'est une manière de démarrer un processus de prise en charge. Elle a systématiquement une répercussion sur l'avenir de la patiente. C'est pour cela qu'il est important de se préparer, de se former et de choisir les bons mots.

Les professionnels doivent être particulièrement vigilants et prudents dans leurs attitudes et la prise en charge des problématiques singulières afin de mieux accompagner l'arrêt spontané et involontaire d'une grossesse.

Dans ce temps thérapeutique, la place du soignant est centrale car les patientes ont nécessairement besoin de soutien et d'accompagnement spécialisée si possibilité. C'est ainsi que le personnel soignant ne doit pas se cacher derrière les soins et techniques médicaux qui ne sont pas primordiaux, en dehors d'une situation d'urgence.

Première partie : Partie théorique

1. La physiopathologie de la fausse couche spontanée précoce

1.1. Definition et épidémiologie de la fausse couche spontanée précoce

Une fausse-couche précoce se caractérise par l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine avant 14 semaines d'aménorrhée. La survenue d'une fausse couche spontanée précoce concerne 12% à 15% des grossesses par an en France. C'est la complication la plus courante de la grossesse (1).

Deux tableaux cliniques peuvent être observés : la grossesse arrêtée précocement et la fausse couche précoce complète ou incomplète (2).

1.2. Diagnostic de la fausse couche spontanée précoce.

Pour poser le diagnostic, les différentes classifications cliniques des fausses couches spontanées précoces sont essentielles à définir (3).

Définition des entités de la fausse couche spontanée précoce (3):

Entités cliniques	Grossesse arrêtée	Menace de fausse couche	Fausse couche complète	Fausse couche incomplète
Définitions	Présence d'embryon et absence d'activité cardiaque	Présence de signes cliniques sans expulsion de l'embryon	Expulsion entière et une vacuité utérine	Persistance de signes cliniques et une rétention retrouvée

Le diagnostic de la fausse couche spontanée précoce pour chaque entité clinique repose sur des signes cliniques et des critères échographiques bien spécifiques. En effet, l'échographie est nécessaire pour le diagnostic : elle permet, d'une part, de confirmer une grossesse arrêtée et elle permet, d'autre part, d'évaluer le caractère complet ou incomplet d'une fausse couche spontanée précoce (3).

La majorité des signes cliniques retrouvés en cas de fausse couche spontanée sont :

- Des métrorragies : discrets ou abondants, irréguliers ou en continu, de couleur rouge vif ou brunâtre.
- Des douleurs pelviennes, sous forme de crampes ou de douleurs de règles, en continues ou transitoire (3).

Le taux des B-HCG peut être un outil de diagnostic des fausses-couches spontanées précoces en cas de doute échographique. Le diagnostic est positif lorsque le taux diminue sur 2 prélèvements faits espacés de plus de 48 heures d'intervalle dans le même laboratoire. Toutefois le taux peut continuer d'augmenter même si l'activité cardiaque de l'embryon est arrêtée ce qui peut être une source d'incompréhension pour la patiente (4).

Critères diagnostiques cliniques et échographiques du stade évolutif d'une fausse-couche précoce (5):

Tableau 1

Critères diagnostiques cliniques et échographiques du stade évolutif d'une fausse couche précoce (FC).

Définitions actuelles (terminologie anglo-saxonne)	Critères cliniques	Critères échographiques
FC retardée ou grossesse arrêtée (<i>delayed or missed miscarriage early fetal or embryonic demise</i>) Œuf clair ^a (<i>anembryonic pregnancy/blighted ovum</i>)	Aucun ou métrorragies minimales	Embryon > 7 mm sans activité cardiaque Ou sac gestationnel (SG) > 25 mm de grand axe sans image embryonnaire ou vésicule vitelline visible Ou embryon < 7 mm, SG < 25 mm sans évolution après un délai d'au moins 7 jours
FC menaçante ou menace de FC (<i>threatened miscarriage</i>)	Métrorragies modérées Col fermé	Présence ou non d'images de décollement ovulaire (hématome sous-chorial)
FC en cours ou inévitable (<i>inevitable miscarriage</i>)	Douleurs, métrorragies d'intensité croissante, col ouvert Expulsion vaginale du produit de conception	SG en voie d'expulsion
FC complète (<i>complete miscarriage</i>)	Disparition des douleurs Diminution des saignements Col fermé	Absence d'images échogènes hétérogènes intra-utérines
FC incomplète ou rétention trophoblastique (<i>incomplete miscarriage</i>)	Persistance de douleurs et de saignements ± Col ouvert	Images intra-cavitaires échogènes hétérogènes représentant des caillots ou des débris déciduaux et trophoblastiques

^a Ancienne terminologie : traduction d'un arrêt de développement précoce du sac gestationnel ou d'une lyse embryonnaire précoce.

1.3. Les étiologies de la fausse couche spontanée précoce :

La fausse couche spontanée (FCS) est due dans la plupart des cas à une anomalie de développement du fœtus non viable. Le plus souvent la cause retrouvée pour cette anomalie est l'altération des chromosomes lors de la fécondation ou lors des premières divisions des cellules de l'embryon (4).

1.3.1 Les causes génétiques :

Elles sont les causes les plus fréquentes retrouvées lors d'une FCS :

En effet, les anomalies chromosomiques sont responsables de 60% des avortements spontanés uniques. 99% des grossesses présentant une anomalie chromosomique se termineront par une fausse couche précoce (4).

Dans la majorité des cas, il s'agit d'anomalies chromosomiques quantitatives (déséquilibrées) qui peuvent toucher environ tous les chromosomes : On retrouve les trisomies, les triploïdies, les monosomies et les tétraploïdies (4).

Les trisomies sont les plus rencontrées suivies des polyploïdies. Enfin, les monosomies sont rarement observées à l'exception de la monosomie X. En plus des anomalies quantitatives, les anomalies de structures sont également des étiologies de fausses couches spontanées précoces comme les translocations, les délétions et les duplications. Ils représentent environ 6% des anomalies chromosomiques (4).

Le risque d'anomalies chromosomiques augmente lorsque l'âge maternel est avancé (4).

1.3.2. Les causes utérines :

Les malformations utérines peuvent être une cause non négligeable d'avortement spontané précoce. Les malformations utérines évoquées dans la littérature responsable de FCS sont les utérus cloisonnés, bicornes ou les utérus distillibènes. Elles réduisent la cavité utérine qui la rend plus ou moins capable de l'implantation ou même la croissance de l'embryon et de ses annexes. On peut retrouver également une vascularisation anormale de la muqueuse utérine (4).

Les synéchies, la béance du col utérin et les fibromes constituent un véritable obstacle pour l'implantation de l'embryon ou le développement d'une grossesse. En effet, l'imputabilité des fibromes ou des synéchies comme cause d'avortement spontané, se trouve renforcée par l'amélioration du pronostic chez certaines patientes après éradications de ces anomalies (6).

1.3.3. L'environnement :

Le tabac, l'alcool, l'exposition à des perturbateurs endocriniens et certains médicaments sont tératogènes pour l'embryon.

La relation entre l'alcool et la fausse couche est dose-dépendante et le risque de fausse couche spontanée est significatif à partir de 2 verres d'alcool par semaines (6).

1.3.4 Les maladies auto-immunes :

La maladie auto-immune la plus retrouvée dans les causes de FCS précoce est le syndrome des anti-phospholipides (SAPL) : La thrombophilie acquise.

C'est une affection auto-immune qui associe des manifestations cliniques, principalement thromboemboliques et obstétricales à la présence d'anticorps anti-phospholipides (4).

L'altération de la circulation materno-placentaire entraînée par cette maladie est la cause de la FCS précoce.

Chez des patientes avec un SAPL non traité, le risque de fausse couche spontanée précoce est élevé entre 25 % et 67 %.

En dehors du syndrome des anti-phospholipides, les autres pathologies auto-immunes comme les pathologies systémiques peuvent également affecter néfaste ment la grossesse et entraîner une augmentation du risque de FCS (6).

1.3.5. Les infections :

Les différents microorganismes peuvent être en effet des étiologies inévitables de la FCS précoce :

- ⇒ Les infections bactériennes : à mycoplasme et à listéria
- ⇒ Les infections virales : rubéole, varicelle, cytomégalovirus, à parvovirus B19 et le HIV.
- ⇒ Les infections parasitaires : Toxoplasmose et le Paludisme.

Sur le plan physiopathologie, l'infection peut toucher la muqueuse utérine et empêcher la nidation ou peut infecter directement l'embryon et entraîner la FCS précoce (4).

1.3.6. Les maladies endocriniennes :

La plupart des maladies endocriniennes retrouvées dans les fausses-couches spontanées précoces sont :

⇒ Le diabète : L'hyperglycémie est connue pour avoir un impact sur les pertes fœtales tout au long de la grossesse. En effet, le fait d'être diabétique de type 1 ou de type 2 n'est pas la cause directe de l'avortement spontané précoce mais son déséquilibre (6).

Par conséquent, le taux élevé d'hémoglobine glyquée en période périconceptionnelle augmente le risque de pertes fœtales précoces car il engendre des malformations embryonnaires létales.

Le taux de fausse couche spontanée chez les femmes diabétiques de type 1 était de 14.3% proche de celui de la population générale, mais qu'il s'élevait à 32,2% lorsque l'hémoglobine glyquée était supérieure à 6.5%(7).

⇒ L'hypothyroïdie et les anticorps antithyroïdiens peuvent être responsables de fausses couches spontanées précoces. Même sans dysthyroïdie, seulement la présence d'anticorps antithyroïdiens pourrait entraîner la FCS précoce (6). Selon les diverses études, on retrouve une insuffisance d'éléments afin d'établir une association entre l'hyperthyroïdie et la perte de grossesse au premier trimestre (7).

⇒ L'insuffisance lutéale se définit par une insuffisance de sécrétion de progestérone par le corps jaune. Cela peut être responsable de fausse couche précoce. Cette insuffisance peut rendre la muqueuse utérine impropre à la nidation. En effet, la supplémentation en progestérone notamment au premier trimestre de la grossesse peut favoriser l'implantation et le développement de l'embryon (6).

1. 4. La prise en charge de la fausse couche spontanée précoce :

Une fausse couche spontanée précoce est un événement traumatisant et douloureux pour les patientes. La prise en charge proposée doit être rapide, adaptée, efficace qui va permettre une convalescence bien vécue et courte.

La méthode de référence de la FCS précoce est l'évacuation chirurgicale. Mais d'après la situation clinique, d'autres alternatives se présentent comme le traitement médical ou la simple expectative (8). L'évacuation de la fausse couche spontanée précoce n'est pas urgente s'il y'a absence d'hémorragies avec des trouble hémodynamiques.

Les méthodes retenues dans la prise en charge de la fausse couche spontanée précoce sont : L'expectative, l'intervention médicamenteuse en administrant des prostaglandines et l'intervention chirurgicale.

Le choix de la méthode reviendra soit à la patiente soit à l'entité clinique de la fausse couche (8)

- L'expectative :

Cette méthode se traduit par l'attente de l'expulsion spontanée de l'embryon sans intervention médicalisée. Elle peut éviter l'intervention chirurgicale dans 25% à 100% sans majorer les risques à court terme. Les conclusions des auteurs affirment que l'expectative est une méthode efficace et adaptée en cas de fausse couche spontanée incomplète mais malheureusement insuffisante en cas de grossesse arrêtée (5).

C'est une méthode impérative lorsqu'un doute sur le diagnostic est présent. Le contrôle biologique et échographique quelques jours plus tard est obligatoire.

En ce qui concerne de l'acceptabilité de l'expectative. : Ce n'est pas une méthode bien acceptée par la patiente car le délai d'expulsion est variable et souvent assez long. En effet, les gestantes veulent d'une prise en charge assez rapide et radicale afin de surmonter cet événement traumatisant le plus rapidement possible (4). Pour conclure, L'expectative semble être une méthode assez efficace permettant d'éviter les complications du curetage en cas de fausse couche en cours ou incomplète. En outre, les risques infectieux et hémorragiques ne sont pas augmentés. (5).

- L'intervention médicamenteuse :

L'intervention médicamenteuse est l'administration de prostaglandine notamment le misoprostol dont le rôle est d'induire des contractions utérines afin d'accélérer l'expulsion de l'embryon en cas de fausse couche arrêtée ou de faciliter l'expulsion complète des débris en cas de fausse couche incomplète.

La littérature démontre que le misoprostol est une méthode qui permet d'éviter la prise en charge chirurgicale dans de conditions satisfaisantes avec des effets indésirables moins importants.

De nombreuses études comparatives randomisées ont démontrées les bénéfices du traitement médical sur la méthode chirurgicale en termes d'innocuité et de réductions des

complications à long terme. Dans plusieurs études récemment publiées, le taux de succès de cette méthode est supérieur à 80% (4).

Les douleurs sont moins fréquentes et moins intenses en cas de prise en charge médicamenteuse qu'après un curetage (5).

Le mode d'administration est un facteur dépendant de l'efficacité du traitement : Celui le plus recommandé et le plus efficace est l'administration vaginale avec un niveau de preuve scientifique satisfaisant pour induire ou achever l'expulsion dans 70 à 90 % des cas sans augmenter les risques hémorragiques et infectieux (5).

Les patientes sont très satisfaites de cette méthode : d'après une étude rétrospective, plus de 80 % des patientes ont été satisfaites par méthode médicamenteuse alors que 58 % seulement des patientes ont été satisfaites du curetage. Les raisons invoquées sont la prise en charge immédiate et rapide du traitement médicale (8).

- L'intervention chirurgicale :

Le curetage et/ou l'aspiration sont les 2 méthodes utilisées dans cette méthode. Ils bénéficient des taux de succès très élevés. D'après 10 études randomisées et observationnelles dans une méta analyse, dans un échantillon de 1408 femmes ayant eu recours à une intervention chirurgicale (aspiration ou curetage), le taux de succès global s'élevait à 93,6%.

L'aspiration et le curetage sont deux méthodes chirurgicales, utilisés en cas de fausse couche incomplète ou une grossesse arrêtée, sont identiques en termes d'efficacité (97% pour l'aspiration contre 96.5% pour le curetage) (9).

Les principales complications retrouvées sont l'infection génitale postopératoire, l'évacuation incomplète, l'hémorragie, la perforation utérine, la déchirure cervicale et beaucoup plus rarement le décès qui restent assez faibles.

Il y'a un intérêt à la préparation cervicale médicamenteuse afin de faciliter la dilatation du col par la prise de misoprostol quelques heures avant le geste opératoire (9).

La prise en charge chirurgicale est efficace, radicale et rapide des fausses couches spontanées précoces. Elle reste actuellement le traitement de référence des fausses couches spontanées précoces. Elle comporte des risques faibles surtout après une maturation cervicale par le misoprostol (5).

D'après une méta-analyse publiée en mai 2005, le taux d'évacuation utérine complète par la méthode chirurgicale est plus élevé que la méthode médicamenteuse et encore plus que la méthode expectative (4).

Pour conclure, les 3 méthodes de prise en charge ont des avantages bien déterminés mais aussi des inconvénients. Le choix revient au praticien devant le tableau clinique de la fausse couche spontanée précoce et à la patiente. Il est donc très important de renseigner la patiente avec une information claire et loyale (4).

2. Le vécu psychologique d'une fausse couche spontanée précoce :

La perte d'une grossesse même si ceci est très précoce, en cas de fausse couche spontanée du premier trimestre, est un événement assez traumatisant pour la patiente qui peut provoquer de nombreuses répercussions sur son état psychologique et sur sa vie personnelle. C'est une expérience très difficile et un obstacle très difficile à surmonter (10). Les femmes victimes de fausses couches spontanées précoces subissent un bouleversement de la plupart de ses sphères de sa vie en plus de la souffrance psychique provoquée (10).

2.1. Le vécu et le ressenti des femmes suite à une fausse couche spontanée précoce :

De nombreux auteurs ont mis l'accent sur les divers sentiments ressentis par la femme comme la dépression, le chagrin, le traumatisme, l'injustice, la culpabilité, le choc émotionnel ou la honte (10).

Les 3 émotions retrouvées le plus souvent sont :

- La dépression :

36% des femmes ont des symptômes dépressifs modérés à sévères à la suite d'une fausse couche spontanée. Fréquemment après un an de la fausse couche spontanée les symptômes dépressifs disparaissent (11). C'est une étape centrale afin de réaliser un travail de désinvestissement, de détachement et de l'acceptation de la perte de grossesse. Les caractéristiques de la dépression se traduit par de la tristesse, le repli sur soi, le manque de désir, de la mélancolie et de troubles psychosomatiques (10).

- L'anxiété :

Entre 20% et 40% des femmes sont anxieuses après une FCS. L'anxiété peut persister jusqu'à six mois après cet événement traumatisant. Elle est probablement liée à la crainte d'une récurrence d'une fausse couche spontanée ou la prise en charge sur la fertilité ultérieure (11).

Les pertes de sang ou autre liquide et douleurs dans le ventre peuvent être une source d'inquiétude (12).

- La culpabilité :

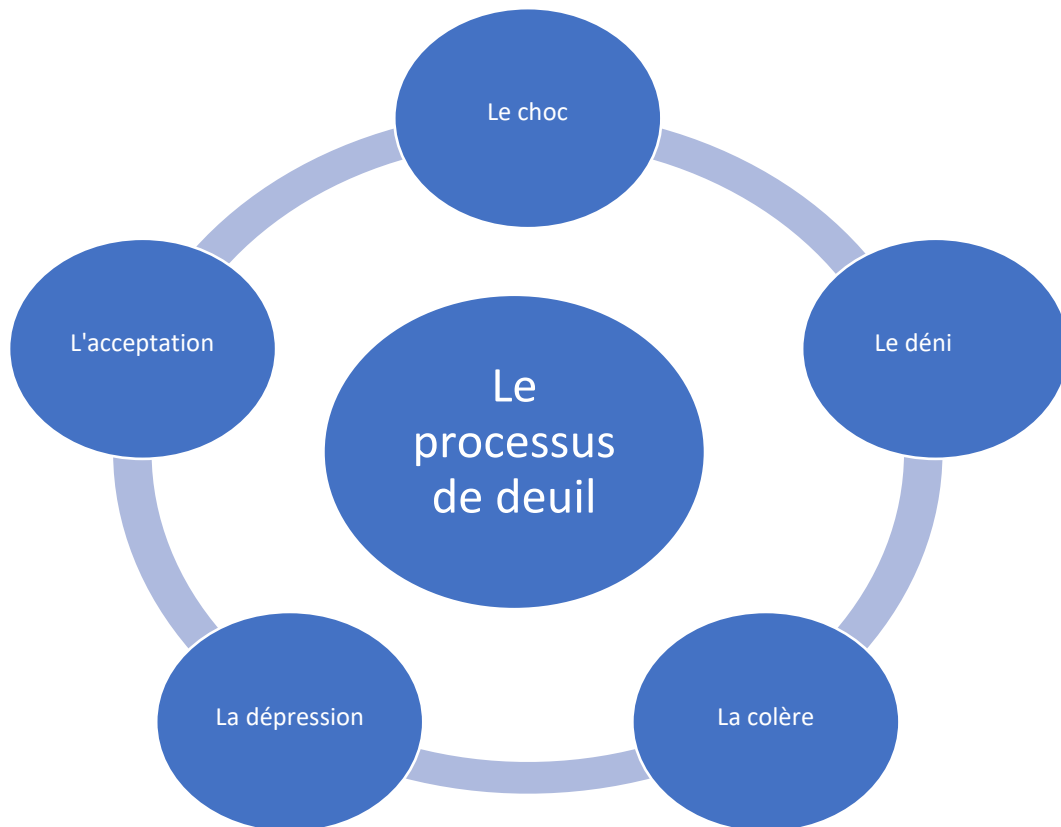
La fausse couche se caractérise par la culpabilité. C'est un sentiment qu'on retrouve fréquemment dans le discours des femmes. Cet événement peut leur paraître comme une conséquence de leurs actes, de leurs conduites comme le tabac, mauvaise alimentation, stress, fièvre... Cette culpabilité est majorée lorsqu'aucune étiologie n'a été retrouvée (10).

Le moment difficile à vivre pour la plupart des femmes est l'attente entre le diagnostic et la prise en charge. C'est un moment qui peut être déstabilisant par la femme, elle ressent une proximité avec la mort. Sans oublier le moment de l'annonce qui est une véritable source de chagrin, de culpabilité et de choc émotionnel (10).

Les relations avec l'entourage peuvent être impactées par la fausse couche spontanée ; 16,5% des femmes auront des difficultés avec leur conjoint et 28,9% avec leur famille (13).

2.2. Le deuil :

La fausse couche spontanée est un événement violent, elle demande au couple un réel travail particulier psychique. Le deuil périnatal est spécifique car il intervient à un moment particulier dans la vie de la femme : Un moment de fragilité à un moment où la mère est en train de construire une relation avec son enfant à travers son imagination. En effet, c'est un deuil assez compliqué, la temporalité se modifie et l'ordre des générations se bouleverse. Les parents comme les grands-parents se retrouvent brusquement devant un futur vide. Le deuil interfère de manière violente la naissance et la mort ce qui rend également le deuil spécifique. Le processus du deuil semble compliqué à commencer car les femmes n'ont pas assez de souvenirs sur lesquels s'appuyer afin de débiter le travail de deuil. De fait, le manque de différenciation du fœtus et l'intensité de l'investissement donnée par la future maman montre que ce deuil périnatal est très spécifique. La perte du fœtus entraîne une perte physique, de projets, de rêves, mais aussi de la parentalité (14).



Titre : Les 5 étapes du deuil (15)

Le processus de deuil peut se classer en quatre phases essentielles : Le déni ou le refus de la patiente, la colère et la culpabilité, le désespoir et la dépression et enfin l'acceptation et le réinvestissement social. Ce deuil peut durer dans le temps.

Le deuil d'une fausse couche spontanée n'est pas seulement un deuil physique : Ainsi que l'imaginaire et tous les rêves qui entouraient la venue du bébé s'écroulent : Le projet parental, le projet conjugal et familial et de l'expérience de la maternité.

En effet, vivre une fausse couche spontanée, c'est traverser autant de deuils que de rêves esquissés. C'est une expérience de plusieurs deuils.

Parfois, pour une première grossesse, la fausse couche peut être le deuil de l'âge auquel la femme voulait devenir mère ; Alors pour une femme qui a eu des accouchements antérieurs à la fausse couche peut aussi affecter les contours imaginés de la fratrie, leur nombre ou soit l'écart d'âge qui les sépare (10).

La taille réelle de l'enfant n'a pas forcément de signification pour les femmes. Pour elles, même au début de la conception, il occupe une immense place. Comme le dit Aristote : « moins aura vécu, selon l'endeuillé, celui qui vient de mourir, plus sa vie sera à ses yeux

restée une vie en puissance » (4). C'est ainsi que le deuil d'une fausse couche spontanée précoce est un processus douloureux et singulier.

Il semble nécessaire de leurs offrir l'occasion d'évoquer leur expérience et d'accorder une attention particulière à la singularité de celle-ci (10).

2.3. Le retentissement sur une prochaine grossesse.

La perte d'une grossesse notamment lors d'une fausse couche spontanée engendre d'énormes conséquences sur le vécu de la prochaine grossesse. Le retentissement d'une FCS précoce sur le déroulement des grossesses ultérieures se traduisent par de l'anxiété, de la dépression et de stress post-traumatique notamment en début de grossesse (11).

En effet, l'expérience de la grossesse prend une toute autre signification. Ceci s'exprime par de l'inquiétude, de l'appréhension, de l'anxiété, du stress et de l'insécurité. D'autres sentiments aussi peuvent se manifester, les femmes adoptent plus une attitude détachée, sans trop d'attentes, et dépersonnalise la grossesse afin de ne pas laisser une grande place pour le fœtus et de ne pas s'attacher à lui (11).

Parfois, la fausse couche spontanée précoce peut venir retarder ou compromettre la possibilité d'accéder au statut de mère. D'autres, au contraire, sont impatientes de retomber enceintes (10). Toutefois, la survenue rapide d'une nouvelle grossesse peut interrompre le processus de deuil trop rapidement et engendrer quelques perturbations dans leurs vies futures. L'enfant à venir pourrait être un enfant de remplacement (4).

Le vécu de la fausse couche fait de la grossesse ultérieure un sentiment d'angoisse qui prend une place importante et engendre un déclenchement de travail sur le psychisme de la patiente. L'intérieur de leur ventre est une source d'inquiétude et d'étrangeté avec le sentiment que leur corps les a trahies. C'est seulement, lors du seuil de viabilité dépassé que les angoisses corporelles et psychiques s'apaisent et le fœtus peut être pensé comme un futur réel bébé car le corps médical pourra sauver le bébé (12).

C'est ainsi que la perte du fœtus, est représentée comme un destin possible de la fausse couche spontanée précoce. Cette perte peut engendrer de l'inquiétude sur la fertilité future et sur la récurrence de cet événement très traumatisant (10).

Il est ainsi indispensable de souligner l'importance qu'un travail d'attention et de soutien soit mis en place afin d'accompagner cette période très délicate de la grossesse suivante. Une prise en charge médicale et psychologique basées sur une approche bienveillante doit absolument être présente lors d'une ultérieure grossesse. Tout ceci en rendant l'évocation de leurs expériences douloureuses possible et de pouvoir redémarrer une prochaine grossesse dans de très bonnes conditions (11).

3. L'annonce d'une mauvaise nouvelle

3.1 Les principes de bases de l'annonce d'une mauvaise nouvelle

D'après Robert Buckman, « La mauvaise nouvelle est une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir » (16).

3.1. L'annonce d'une mauvaise nouvelle en générale :

L'annonce peut correspondre à un diagnostic, pronostic de la maladie ou les traitements possibles. Elle sert à communiquer et à faire savoir des informations. En d'autres mots, l'annonce sert au cheminement vers la connaissance avec une relation étroite entre le patient et le praticien.

Elle permet également de mettre fin aux certitudes, aux suppositions et à l'imagination du patient. L'annonce peut parfois soulager le patient en nommant la maladie et en mettant un terme à ses propres interprétations (16).

C'est un moment de solitude pour tous les professionnels de santé pratiquement. Il peut ressentir de divers sentiments tels que la peur de faire mal, l'impuissance, la culpabilité et la peur des réactions émotionnelles (16).

Le plan cancer (2003-2007) a mis en place un dispositif afin d'apporter au patient une information adaptée, progressive et respectueuse : Il recommande de dédier un temps médical d'annonce, un temps d'accompagnement pour lui ainsi que ses proches, un temps de soutien comme des entretiens avec un spécialiste (psychologue, kiné, médecine de la douleur) et un temps d'articulation avec la médecine de ville (17).

L'annonce est une réalité pour le patient impossible, inadmissible et impensable.

Ceci fera réveiller un nombre de mécanismes de défense ils auront un rôle d'amortisseurs tel que le déni, le déplacement, la rationalisation et l'agressivité.

Ils permettront aux patients de temporiser, de créer un temps de latence essentiel pour affronter la réalité et de prendre le temps essentiel pour surmonter cette période (16).

3.2. L'annonce du deuil périnatal : la fausse couche spontanée :

L'annonce de la fausse couche spontanée précoce prend une part importante dans la prise en charge des patientes. Il n'existe malheureusement pas de phrases magiques annoncées par les soignants afin de soulager les souffrances des patientes souffrantes d'une fausse couche spontanée. Tout réside dans l'attitude et dans la façon d'aborder les couples. Il ne vaudrait mieux rien dire parfois que prononcer mille mots : Un regard, une caresse sur le bras. Les meilleurs outils afin d'aider ces couples lors de l'annonce sont l'ouverture à l'autre, et surtout, l'écoute. Ils ont un effet apaisant et rassurant (18).

Parfois pour le couple, il est préférable de donner une information claire par exemple en montrant l'image échographique de l'embryon sans activité cardiaque (4).

Le personnel est plus ou moins formé pour recevoir, conseiller et annoncer aux patientes la survenue d'une fausse couche. Malheureusement, les soins et l'annonce reçus influencent directement le processus de deuil. En effet, l'annonce reste un moment particulier qui provoque un chaos qui se manifeste par un mélange d'émotions et de sentiments qui font violemment apparition tels que le déni, la culpabilisation, l'angoisse, le choc et la tristesse. Cela peut se traduire par un choc traumatique. Tellement que l'annonce est douloureuse, les mécanismes de protections s'installent automatiquement (19). Sans oublier que l'équipe soignante n'arrive pas à échapper à la difficulté de la gestion de leurs émotions, comme le sentiment d'échec, de tristesse et de culpabilité (4).

Parfois par manque de temps, le personnel soignant se concentre essentiellement sur les soins médicaux tout en oubliant une grande partie concernant l'aspect psychologique de cette évènement traumatisant pour les femmes. Ce côté médical peut également heurter la sensibilité des parents. Par exemple, les termes employés par le soignant comme : Avortement, débris, fœtus et embryon peuvent blesser les parents car pour eux ils ont perdu un bébé. Comme le dit l'auteur du livre : « Il n'y a pas de pied trop petit pour laisser une énorme empreinte dans ce monde » (19).

Comme tout autre chose dans la vie, la gestion d'annonce s'apprend. L'apprentissage de la maîtrise de la tonalité vocale, de la réactivité du propre corps du soignant, de la

crispation du visage et de l'inquiétude est important afin d'avoir une manière d'annoncer la moins traumatisante possible pour le couple (18).

3.3. Les attentes des femmes en cas de fausses couches spontanées :

La fausse couche spontanée précoce est très souvent mal comprise par l'entourage de la patiente ou par le personnel soignant. Ils ont tendance à minimiser son importance et le chagrin engendrée. C'est une attitude blessante et peut nuire le processus du deuil. C'est ainsi que le couple a besoin la reconnaissance de la perte de leur enfant, de leurs rêves et de leurs espoirs. La nécessité également de leur offrir le temps nécessaire et le droit de vivre leur deuil avec toute sa souffrance (19).

La patiente a également besoin de recevoir les informations pendant et après la fausse couche afin d'atténuer la violence du choc de l'annonce et de vérifier l'évolution du deuil. Elle a besoin d'accompagnement tout au long de ce parcours difficile. Lorsque le soutien émotionnel est présent, la dépression est réduite (19).

La femme peut solliciter la présence d'un psychologue afin de l'aider à réaliser en bonnes conditions le cheminement de son deuil. Elle a besoin de chaleur humaine, d'empathie et de calme. Elle ne veut surtout pas que l'entourage minimise cet évènement traumatisant (19).

Il est nécessaire de reconnaître les émotions douloureuses engendrées par la perte de grossesse et de leur apporter des informations précises ou de leur raconter les différentes expériences communes douloureuses afin de les aider à surmonter ce deuil particulier ; La patiente souhaite aussi si possible de connaître les causes, la fréquence et les réactions possibles face à cet évènement qui pourra diminuer le sentiment de culpabilité et de mieux accepter la fausse couche spontanée précoce.

Les professionnels doivent être particulièrement vigilants et prudents dans leurs attitudes et la prise en charge des problématiques singulières afin de mieux faire vivre l'arrêt spontané et involontaire des grossesses (10).

Dans ces moments, la place du soignant est centrale car les patientes ont énormément besoin de soutien et d'accompagnement spécialisée si possibilité. C'est ainsi que le

personnel soignant ne doit pas se cacher derrière les soins et techniques médicaux qui ne sont pas primordiales, en dehors d'une situation d'urgence (10).

Deuxième partie : Méthodologie de l'étude

1. Méthode :

1.1. Objectifs

Ma présente recherche a pour objectif principal d'explorer le ressenti et le vécu des sages-femmes lors de l'annonce d'une fausse couche spontanée. L'objectif secondaire est de comprendre les attentes et besoins des patientes victimes de fausses-couches spontanées précoces.

1.2. Les Hypothèses

L'objectif de mon mémoire s'est articulé principalement autour de trois hypothèses :

- L'existence de nombreux facteurs expérientiels tels que les années d'expériences, les formations complémentaires ou le vécu personnel des sages-femmes influençant la gestion de l'annonce de la fausse couche précoce.
- La manière de l'annonce de la fausse couche est déterminante et nécessaire pour le processus du deuil périnatal.
- La patiente victime de fausse couche précoce a besoin d'un accompagnement plus intense et de personnes ressources.

1.3. Type d'Étude :

Il s'agit d'une étude quantitative et descriptive. Le recueil des données s'est déroulé par la réalisation de questionnaire anonymes. Il est consultable en annexe (annexe 1). Le questionnaire comporte des questions ouvertes et fermées.

1.4. Population de l'étude

Le questionnaire est destiné aux sages-femmes. Il était ouvert à toutes les sages-femmes libérales, échographistes, hospitalières et autres lieux d'exercice au niveau national. Il n'a pas de critères d'exclusions étant donné que mon étude recherche une diversité expérientielle.

1.5. La durée de l'étude

La mise en production de mon questionnaire a débuté le 11 juin 2022 et a été clôturée le 23 septembre 2022.

1.6. La méthode d'investigation retenue

Le questionnaire anonyme a été diffusé aux sages-femmes par l'intermédiaire d'un réseau social. Avant sa mise en ligne, j'ai pu tester mon questionnaire 11 fois en l'envoyant à mon entourage. Il comprend 30 questions et se compose en 3 parties. La première partie a pour but de définir le profil de la population questionnée. La seconde partie porte sur les ressentis des sages-femmes lors de l'annonce d'une fausse couche spontanée précoce et la gestion de celle-ci. Enfin, la dernière partie a pour but d'évaluer l'influence des formations et des facteurs expérientiels sur la manière de l'annonce.

1.7. Modalités d'analyses

Les résultats ont été recueillis en ligne à l'aide du logiciel RedCap, puis le traitement statistique par le biais de pourcentages et graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel. Les réponses ouvertes étaient riches mais des concepts revenaient souvent, ce qui a permis de regrouper et de synthétiser ces réponses en créant des nuages de mots.

2. Analyse :

L'étude a permis de recueillir 218 questionnaires. Ces 218 réponses sont toutes exploitables.

2.1. Le profil de la population étudiée :

2.1.1. Âge et années d'expériences :

Tableau (1) : Âge et années d'expériences des Sages-Femmes.

	Âge				Années d'expériences			
Tranches d'années	25-30	30-40	40-50	>50	0-5	5-10	10-20	>20
Pourcentage de SF	25	36	27	11	13	16	33	26

La majorité de la population étudiée (218 sages-femmes) est représentée par la tranche 30-40 ans, à 36%. Puis par les tranches d'âge 40-50 ans et 25-30 ans qui correspondent respectivement à 27 % et 25 % de sages-femmes. Enfin, 25 sages-femmes sur 218 (11%) ont plus de 50 ans.

En parallèle, la plupart des sages-femmes ont entre 10 et 20 ans d'expériences à 33% (74 sages-femmes). Le restant de la population est reparti en 3 autres tranches d'années d'expériences : Plus que 20 ans d'expériences : 26% (58 sages-femmes), entre 5 et 10 ans : 16% (37 sages-femmes) et moins que 5 ans d'expériences : 13% (29 Sages-femmes).

2.1.2. Secteur d'exercice :

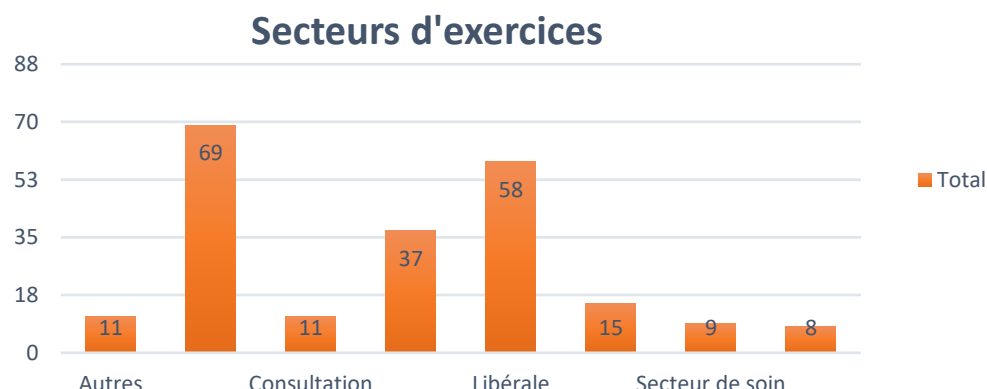


Figure (1) Répartition des différents secteurs d'exercices des Sages-Femmes.

Nous retrouvons dans la population étudiée (N=218), 69 sages-femmes qui exercent au bloc obstétrical, 58 en secteur libérale, 37 sages-femmes échographistes, 15 sages-femmes territoriales, 11 sont en consultation, 9 en secteur de soin et 8 en secteur d'urgences.

2.1.3. Région d'exercice professionnel :

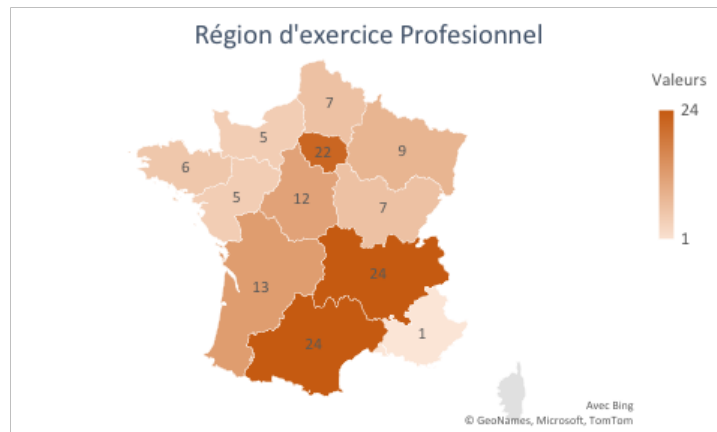


Figure (2) Répartition des régions d'exercice professionnel.

La répartition des participantes à l'étude dans la France Métropolitaine, avec une concentration des sages-femmes en région Occitanie, Auvergne Rhône-Alpes et Île de France.

2.1.4. Diagnostic de la FCS précoce par une Sage-Femme et la fréquence de diagnostic :

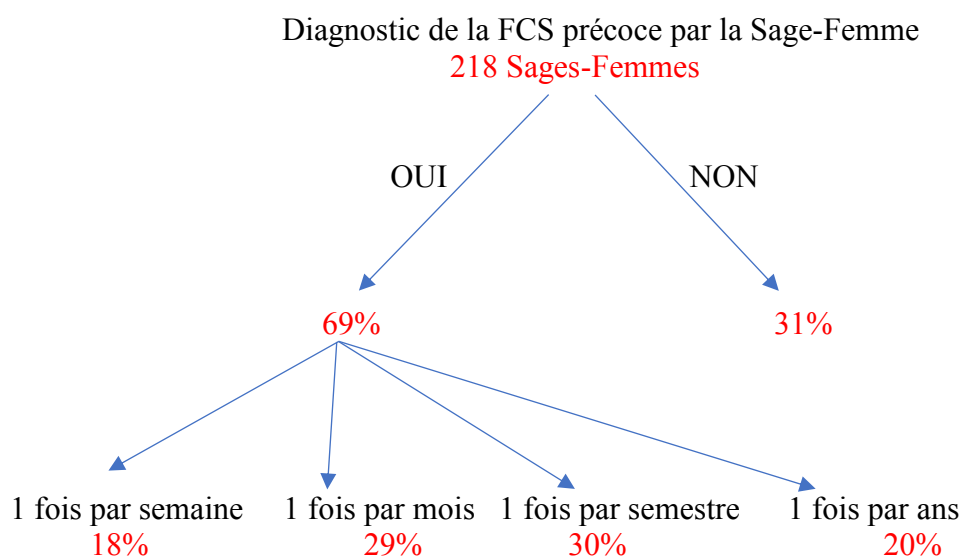


Figure (3): Diagnostic de la FCS par la Sage-femme et sa fréquence

152 Sages-femmes sur 218 (69%) ont diagnostiqué une fausse couche spontanée précoce : Parmi celles-ci, 18% des sages-femmes ont plus tendances à la diagnostiquer une fois par semaine, 29% : Une fois par mois, 30% : Une fois par semestre et 20% des sages-femmes une fois par an.

2.2. L'annonce de la FCS précoce:

2.2.1. Annonce de la FCS faite par la Sage-Femme :

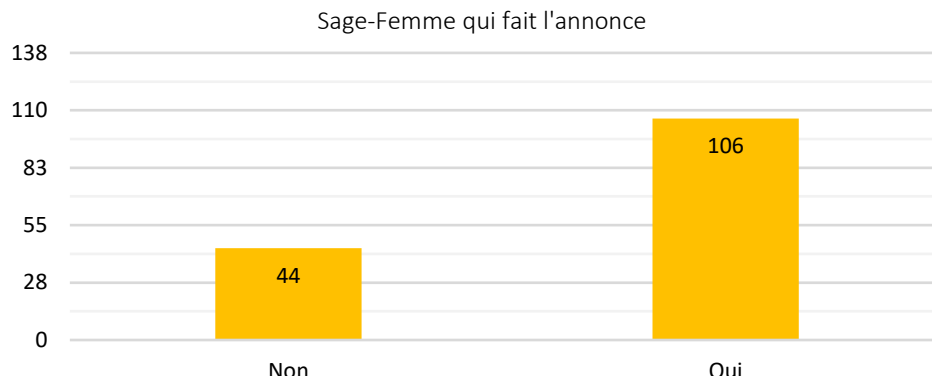


Figure (4): Annonce réalisée ou non par la SF de la FCS précoce

Parmi les 152 Sages-Femmes qui ont diagnostiqué des FCS précoces, 106 (69 %) d'entre elles réalisent l'annonce alors que 44 (29%) adressent les patientes à un autre professionnel afin de faire l'annonce.

2.2.2. Mots employés pour l'annonce:



Figure (5): Mots employés auprès des Sages-femmes lors de l'annonce de la FCS précoce:

D'après les réponses, les mots les plus employés sont » la grossesse est arrêtée», » la nature a décidé ainsi », « c'est fréquent », « je suis désolée ou navrée » ou « je sais que c'est difficile courage.... »

2.2.3. Mots employés pour aborder le sujet sans faire l'annonce:



Figure (6): Les mots employés pour aborder le sujet sans annoncer la fcs.

D'après les sages-femmes, les mots employés afin d'aborder le sujet de fcs sont: «je dois vérifier », « j'ai besoin d'un deuxième avis », « je rassure la dame », « j'ai un doute », « il faut contrôler », « je ne suis pas échographiste », « je vous oriente chez un gynécologue pour un avis. »

2.2.4. Influence du partenaire et rencontre de situations difficiles :

Tableau (2): L'influence de la présence du partenaire lors de l'annonce et la rencontre de violences ou d'agressivités envers la SF ou dans le couple.

	Oui	Non
Influence du partenaire lors de l'annonce	26%	73%
Rencontre de situations difficiles (Violence ou agressivité)	14%	86%

D'après 106 Sages-Femmes, 26 % d'entre elles remarquent que la présence du père influence la manière de l'annonce de la FCS alors que 73% de sages-femmes pensent le contraire.

86% des sages-femmes n'ont pas rencontré de situations difficiles tels que de la violence ou de l'agressivité envers elle ou dans le couple et 14% en ont rencontrés.

2.2.5. Ressenti de la Sage-Femme et réaction de la patiente:

Tristesse
Compassion
Anxiété

Figure (7) : Les ressentis de la Sage-Femme lors de l'annonce de la FCS précoce.

D'après les 105 réponses, parmi ces mots proposés: Tristesse, compassion, indifférence, anxiété, culpabilité ou crainte: La Compassion est le sentiment le plus ressorti suivi de tristesse puis d'anxiété.

Culpabilité
étonnement
choc
pleurs
Incompréhension

Figure (8): Les réactions de la patiente suite à l'annonce de la FCS précoce faite par la Sage-femme.

D'après les sages-femmes questionnées (N=105), les pleurs est la réaction la plus fréquente de la patiente, l'incompréhension et le choc sont aussi des réactions retrouvées chez les patientes suite à l'annonce de la FCS précoce.

2.2.6. Avis de la sage-femme sur les répercussions psychologiques de la FCS:

Absence de répercussions
psychologiques pour la femme

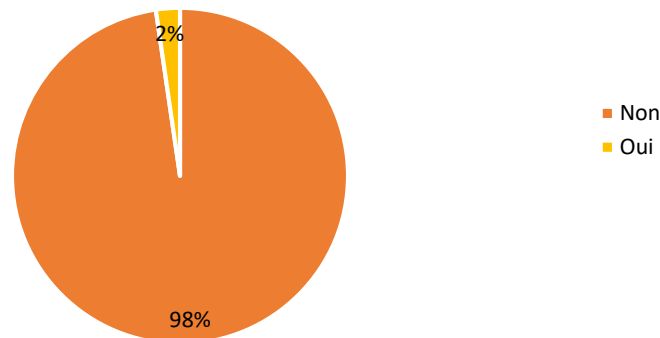


Figure (9): Avis des SF sur l'absence des répercussions psychologiques sur la patiente victime de FCS précoce.

Pour 217 réponses, 98% (212) des Sages-femmes affirment que la FCS précoce entraîne des répercussions psychologiques chez les patientes. Alors que 2% (5) des sages-femmes pensent le contraire.

2.2.7. Rôle de l'accompagnement de la patiente dans le processus du deuil:

Rôle de l'accompagnement de la patiente
après une FCS dans le processus du deuil

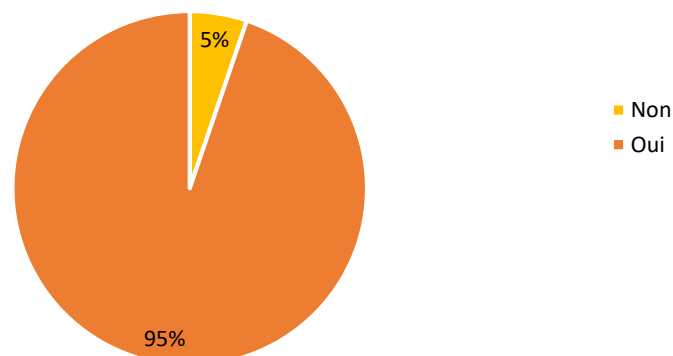


Figure (10) : Avis des SF sur la présence de rôle de l'accompagnement de la patiente après une FCS précoce sur le processus de deuil périnatal.

D'après les 153 réponses, 95% (145) des sages-femmes affirment que l'accompagnement des dames après la fcs précoce a un rôle dans le processus de deuil.

2.2.8. Le rôle de la gestion de l'annonce dans le processus du deuil:

La gestion de l'annonce a un rôle
majeur dans le deuil

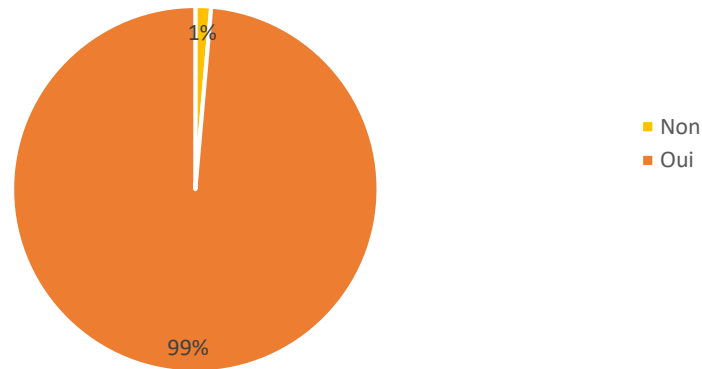


Figure (11) : Rôle de la manière de l'annonce sur le processus du deuil

Sur 217 réponses, 214 Sages-femmes (99%) pensent que la gestion de l'annonce de la FCS précoce a un rôle majeur dans le processus du deuil périnatal.

2.3. Facteurs expérientiels des Sages-Femmes:

2.3.1. Place de la Sage-Femme aux urgences gynécologiques:

Tableau (3) : Compétences de la Sage-Femme à exercer aux urgences gynécologiques

	Oui	Non
Capacité de la SF d'exercer aux urgences gynécologiques	87%	12%
Besoin de DIU ou formation supplémentaire afin d'y exercer	53%	46%

Pour 218 sages-femmes, 87% d'entre elles affirment que la sage-femme a toutes ses compétences au sein des urgences gynécologiques.

D'après 217 sages-femmes, 53% approuvent la nécessité d'une formation supplémentaire afin d'exercer aux urgences gynécologiques. Alors que 46% pensent le contraire.

2.3.2. Prise en charge des patientes victimes de FCS précoces aux urgences générales :

Avis des sages-femmes sur la prise en charge
des patientes victimes de fcs précoces aux
urgences générales

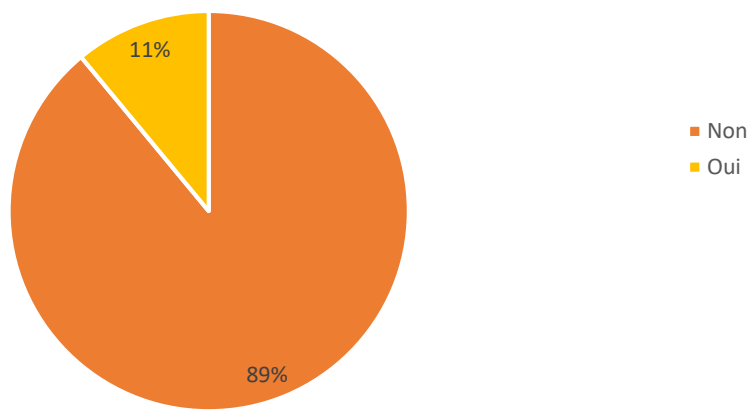


Figure (13) : Opinion des sages-femmes sur la possibilité de la prise en charge des patientes victimes de fcs précoces aux urgences générales.

D'après les 218 réponses, 89% (194) des sages-femmes pensent que la prise en charge de ces patientes n'est pas envisagée aux urgences générales. Alors que 11% pensent le contraire.



Figure (14) : Causes de l'incapacité de la prise en charge des patientes victimes de FCS précoce aux urgences générales

Pour les 194 Sages-femmes qui ont répondu « Non » à la prise en charge de ces patientes aux urgences générales : On retrouvait beaucoup comme causes : la méconnaissance de la spécificité, pas de soutien auprès de la patiente, une approche inadaptée, une suractivité

2.3.3. Capacités de la Sage-Femme à l'annonce de la FCS précoce:

Capacité de la SF à gérer l'annonce de la FCS précoce



Figure (15): Capacité de la SF à annoncer la FCS précoce

Pour 217 sages-femmes, 93% (141) des Sages-femmes affirment que la sage-femme est capable d'annoncer le diagnostic de FCS précoce. Alors que 7% d'entre elles pensent que la sage-femme n'a pas cette capacité à gérer l'annonce.

2.3.4. Rôle de l'expérience professionnelle dans la gestion de la FCS précoce :

Amélioration de la gestion de l'annonce de la FCS grâce aux expériences professionnelles



Figure (16): Influence de l'expérience professionnelle sur la gestion de l'annonce de la FCS précoce.

Sur 151 Sages-femmes, 93% (141) d'entre elles affirment que les expériences professionnelles permettent d'améliorer la gestion de l'annonce de la FCS précoce. Tandis que 7% (10) pensent que les expériences professionnelles n'ont pas de rôles dans l'amélioration de la gestion de l'annonce.

apprendre la bonne gestion des patientes, d'aider et d'écouter les besoins de la patiente ou avoir des gestes et mots adaptés...

2.3.5. Besoin d'accompagnement plus intense pour les patientes :

Nécessité d'un accompagnement plus intense pour les patientes ?

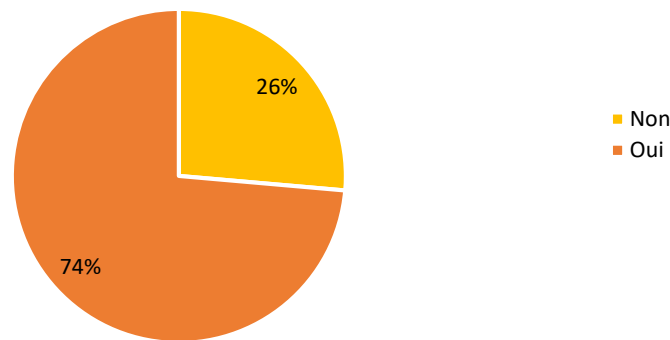


Figure (19): Avis des SF sur le besoin d'un accompagnement plus intense pour les patientes victimes de FCS précoce

Sur 216 réponses, 74% (159) de Sages-Femmes soulignent la nécessité d'un accompagnement plus soutenu pour les patientes. A l'inverse 26% (57) des sages-femmes pensent que les patientes n'ont pas besoin d'accompagnement plus intense.

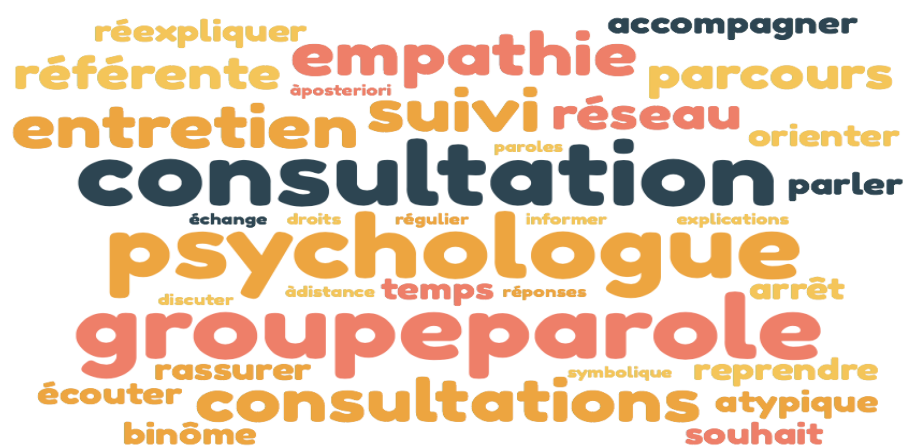


Figure (20): Avis des Sages-femmes sur la manière d'accompagner plus intensément les patientes suite à une FCS précoce.

159 Sages-femmes (74%) confirme la nécessité d'un accompagnement plus intense en proposant en ordre de fréquence décroissant : Groupe de parole, consultation systématique chez le psychologue, un suivi, un entretien, de l'empathie, la création d'un réseau, orienter la patiente, rassurer, réexpliquer, accompagner...

3. Discussion :

3.1. Forces et faiblesse de l'étude :

La principale force de cette étude est sa puissance en raison de l'effectif important de réponses, 217, soit plus que le nombre de sujets nécessaires. Pour mon étude, aucun critère d'exclusion a été retenue. Toutes les sages-femmes nationales pouvaient répondre au questionnaire. Toutes les réponses ont été complètes et interprétables ce qui a permis un large balayage de la population étudiée à travers l'âge, les années d'expériences professionnelles, le secteur et la région d'exercice. De ce fait, l'étude s'est basée sur une diversité importante de professionnels. Ceci est soulignée dans le tableau (1) et les figures (2) et (3).

Le deuxième point fort de cette étude est la méthode utilisée pour le recueil d'informations. Beaucoup de questions ont permis aux sages-femmes de s'exprimer librement sans restriction sur le nombre de mots. L'expression libre des sages-femmes a permis de noter de façon exhaustive leur avis, ressentis et leurs propositions sur la thématique de l'étude. De ce fait, ces questions à réponses ouvertes ont contribué énormément à répondre aux objectifs de l'étude et à affirmer ou infirmer ses hypothèses.

On peut noter également que l'étude traite d'un sujet unique et d'une seule problématique. Elle s'est focalisée uniquement sur la fausse couche spontanée du premier trimestre soit spécifique à la FCS précoce. Ceci rend le sujet compréhensif pour les professionnels ayant répondu à l'étude.

Il est nécessaire de noter que la limite principale de cette étude est le biais d'informations. Ceci a été remarqué suite à quelques retours de participantes qui portaient sur le fait que la prise en charge de l'annonce et de l'accompagnement dépendaient énormément du contexte psycho-socio-médical de la patiente. En effet, l'étude n'a pas pris en compte la spécificité des situations. Il aurait été intéressant de souligner l'influence du contexte psycho-socio-médical de la patiente dans l'annonce et la prise en charge des FCS précoces.

Une autre limite peut être constatée : les conclusions tirées de cette étude reposent uniquement sur les réponses des sages-femmes. Les patientes n'ont pas été interrogées.

L'absence de réponses des patientes entraînent une absence de corrélations et confrontations avec les réponses des professionnels.

3.2. Profil de la population étudiée :

La majorité des sages-femmes questionnées ont entre 30 et 40 ans à 36%. Puis, nous retrouvons à 27% et 25% des sages-femmes qui ont respectivement entre 40 et 50 ans et entre 25 et 30 ans. Enfin, seulement pour 11% de la population ont plus de 50 ans. Ceci souligne la diversité de notre population étudiée en fonction de l'âge. Parallèlement, les données sur les tranches d'années d'expériences sont cohérentes avec celles de l'âge.

En effet, la plupart des sages-femmes ont entre 10 et 20 ans d'expériences à 33%. Le restant de la population est reparti en 3 autres tranches d'années d'expériences : Plus que 20 ans d'expériences : 26%, entre 5 et 10 ans : 16 % et moins que 5 ans d'expériences : 13% des sages-femmes. A propos de la répartition des secteurs d'exercices, pour la majorité de la population étudiée exerce principalement soit au bloc obstétrical à 31% ou en libérale à 26%. Ensuite on retrouve 17% des répondantes qui sont échographistes. Environ 7 % sont des sages-femmes territoriales, 5% exercent dans un secteur de consultations. Enfin 4% en secteur de soin et 3% travaillent aux urgences gynécologiques. La répartition régionale d'exercices des participantes est assez hétérogène avec une concentration en région d'Occitanie, Auvergne Rhône-Alpes et Île de France. Nous retrouvons une diminution des répondantes en région Côte d'Azur, Normandie et Pays de la Loire. Mais, toutes les régions de France ont été balayées. Ces interprétations nous permettent de conclure à une diversité de la population étudiée au niveau de l'activité professionnelle.

3.3. Modalité de l'annonce de la FCS précoce par la Sage-femme :

D'après 218 sages-femmes, 69% d'entre elles ont pu diagnostiquer au moins une FCS précoce dans le cadre de leur exercice professionnel. A partir de ce résultat, nous pouvons constater que la plupart des sages-femmes sont confrontées au diagnostic de la fausse-couche spontanée précoce et ceci de manière courante. Effectivement, 18% de sages-femmes diagnostiquent une FCS précoce au moins 1 fois par semaine.

Parmi les sages-femmes ayant diagnostiqué des fausses-couches spontanées précoces, 29% d'entre elles ne font pas l'annonce à la patiente et réoriente ces patientes victimes de fcs précoces aux urgences gynécologiques ou chez un confrère en ville en dehors de toutes urgences. Elles abordent le sujet sans faire d'annonce par exemple en leur disant :

- « Grossesse d'évolution incertaine une vérification est nécessaire besoin d'un examen complémentaire ».
- « Il est trop tôt pour se prononcer ».
- « J'ai l'impression que la grossesse n'évolue pas ».
- « J'ai besoin d'un deuxième avis ».
- « Je ne suis pas la meilleure en échographie j'ai un doute ».
- « Poursuite de la grossesse compromise ».
- « Quelques fois la nature corrige ses erreurs ».

Même si la sage-femme n'annonce pas à la patiente elle informe ses collègues par téléphone ou par courrier. Il est préférable d'après elles d'appeler directement les urgences ou son confrère en ville car la patiente peut découvrir le diagnostic en ouvrant le courrier. Beaucoup de sages-femmes confirment de rassurer la patiente même si le diagnostic est confirmé en assurant le suivi, l'informant des modalités du suivi et en répondant à ses besoins. On observe que 69% des sages-femmes ayant diagnostiqué des FCS précoces annoncent elle-même le diagnostic. Nous pouvons constater auprès de leurs réponses qu'on ne retrouve pas une phrase unique pour l'annonce. Beaucoup de sages-femmes utilisent comme expressions :

- « La grossesse s'est arrêtée ».
- « La grossesse n'évolue plus ».

On retrouve également d'autres expressions moins fréquentes comme :

- « Le cœur ne bat plus ».
- « Problème sur cette grossesse ».
- « Plus d'activité cardiaque ».
- « La grossesse a arrêté de grandir ».
- « Pas forcément d'embryon ».
- « Arrêt naturel de grossesse ».

Toutes ces réponses ont été prolongées par le fait de ne pas culpabiliser la patiente, de montrer de l'empathie et de s'assurer qu'elles ont bien compris.

La manière de faire cette annonce peut être largement influencée par la présence du partenaire d'après 26% des sages-femmes.

Les mots ou l'attitude professionnelle peut être modifiés afin de renforcer la déculpabilisation des patientes devant leurs partenaires. 86% des sages-femmes n'ont pas rencontrés lors de l'annonce de formes de violences verbales ou physiques. Ce pourcentage peut souligner une forme d'acceptabilité des patientes envers ce diagnostic peut-être en raison de sa fréquence dans le monde. La majorité des sages-femmes ressentent de la compassion ou de l'empathie pour ces patientes lors de l'annonce à 85%. Certaines ressentent de la tristesse et de l'anxiété. Leurs réponses ont permis d'atteindre l'objectif principal de l'étude. Probablement, le ressenti de la sage-femme lors de l'annonce de la fcs précoce peut influencer la réaction de la patiente. La réaction la plus retrouvée d'après les sages-femmes sont les pleurs, une forme d'incompréhension et pour certaines le choc, l'étonnement et la culpabilité. Ces réactions ont été retrouvés dans la littérature (14). Cette empathie lors de l'annonce a un rôle majeur dans le processus du deuil. En effet, 99% des sages-femmes affirment que la gestion de l'annonce est déterminant dans le processus du deuil. Cette donnée est en accord avec le récit de Véronique Lejeune dans son livre intitulé « Fausses couches et morts fœtales » où l'annonce influence directement le processus de deuil (4). Ce résultat confirme la deuxième hypothèse de l'étude. Comme il a été souligné plus haut les termes employés par le soignant sont extrêmement important car pour eux ils ont perdu un bébé (19). Outre que l'annonce, l'accompagnement des patientes après cet événement a un rôle majeur dans le processus du deuil d'après 95% des sages-femmes.

D'après les résultats, 98% des sages-femmes pensent que la fcs précoce engendre des répercussions psychologiques pour la femme. Ceci est véritablement cohérent avec les reportages des parents. Pour eux, comme nous l'avons reporté dans la partie théorique de l'étude la FCS précoce est événement traumatisant pour la patiente et qui provoque de nombreuses répercussions sur son état psychologie et sur sa vie personnelle (11). D'après l'étude la sage-femme a de l'empathie au moment de l'annonce car elles ont forcément consciences du réel travail psychique de la patiente après l'annonce. C'est ainsi qu'on doit soutenir toutes les sages-femmes à être sensibilisées par ce processus du deuil très compliqué. Ce travail de désinvestissement, de détachement et de l'acceptation de la perte de grossesse (11) nécessite réellement un accompagnement plus intense pour les patientes pour 74% de sages-femmes. Ces constats sont en accord avec les besoins et les attentes de la patiente. Ces sages-femmes proposent comme accompagnement : une consultation avec un psychologue proposé en systématique, une consultation avec une sage-femme ou un gynécologue afin d'en reparler, document guide/information pour les patientes, arrêt

de travail sans délais de carences, groupe de parole, les mettre en liens avec des groupes de soutien ou des associations, un numéro vert ou une personne référente. Nous remarquons que les sages-femmes optent plus pour un parcours réfléchi et adaptable en fonction du souhait de la patiente. Conséquemment, l'hypothèse 3 de l'étude affirmé par 74% des sages-femmes.

3.4. La place des facteurs expérientiels dans la gestion de l'annonce de la FCS précoce :

Pour 87% des sages-femmes, la sage-femme est en capacité d'exercer aux urgences gynécologiques. Mais le recours vers une formation complémentaire ou un DIU est nécessaire afin d'y exercer d'après 42% des sages-femmes. La sage-femme est en capacité de diagnostiquer une FCS précoce à l'inverse d'autres professionnels exerçants aux urgences gynécologiques. L'échographie est nécessaire pour diagnostiquer une fcs précoce d'où l'importance de former les sages-femmes afin de visualiser la vacuité utérine, la longueur du sac gestationnel et/ou de l'embryon et l'activité cardiaque. C'est ainsi que la présence de la sage-femme aux urgences gynécologiques permettraient de ne pas retarder l'attente de ces patientes. De plus, la sage-femme peut assurer le versant médical et psychologique de la fcs précoce. La prise en charge de ces patientes aux urgences générales n'est pas du tout envisageable pour 90% des sages-femmes, à cause de l'absence d'accompagnement spécifique sur un plan médical comme sur un plan psychologique, avec un savoir-faire et un savoir-être inadaptés et un manque de temps et d'explications suite à la suractivité des urgences générales.

D'après 93% des sages-femmes, la sage-femme est en capacité de gérer l'annonce de la FCS précoce. Pour 52% d'entre elles, la sage-femme n'a pas besoin d'une formation supplémentaire pour la gestion de l'annonce, ceci s'explique par le fait que la sage-femme est suffisamment armée pour annoncer la fcs précoces aux patientes. Alors que pour 48% des sages-femmes, une formation supplémentaire serait nécessaire afin d'apprendre à écouter, à trouver des paroles plus adaptées, à avoir les bons gestes, à adapter les discours en fonctions des différents contextes, à savoir gérer les émotions, à connaître les étapes du deuil et l'impact de la religion dans ce processus et à travailler sur le soutien et l'écoute car d'après la majorité des réponses la formation initiale est insuffisante à gérer l'annonce de la fcs précoce. Ces résultats sont cohérents avec les données de l'article « Devenir » datant de 2006 où elle mentionne que la gestion d'annonce s'apprend comme tout autre

chose dans la vie avec l'apprentissage de la maîtrise de la tonalité vocale, la réactivité et les émotions du personnel afin d'avoir une manière d'annoncer la moins traumatisante possible (18). L'expérience professionnelles participe également à l'amélioration de cette gestion d'après la majorité des sages-femmes (93%) afin d'accompagner au mieux les patientes tout au long de ce parcours difficile. L'hypothèse 1 est validée, les facteurs expérientiels contribuent nettement à la gestion de l'annonce de la FCS précoce.

Cette vigilance des sages-femmes soit dans leur ressenti lors de l'annonce, dans leurs besoins d'une formation supplémentaire ou dans leurs accompagnements pendant et après cet événement montrent leurs vigilances et prudenances dans leurs attitudes qui ont pour objectif de mieux faire vivre l'arrêt spontanée et involontaire de la grossesse.

D'après les remarques reportées des sages-femmes, on peut en déduire que le diagnostic des fausses-couches spontanées précoces se réalise dans la majorité du temps aux urgences gynécologiques. En effet les patientes consultent aux urgences gynécologiques ou au bloc obstétrical en cas de suspicion de FCS précoces. Les sages-femmes ont relevé un manque de parcours pour la prise en charge de ces patientes. Ce manque de parcours peut retarder l'annonce de la FCS précoce et engendrer de l'anxiété supplémentaire pour la patiente ou le couple. Pour accélérer le parcours, un fléchage de prise en charge doit être réalisé entre les consultations en ville et les urgences ou la salle de naissance. Il existe un parcours très bien défini pour les Interruptions Volontaires de grossesse à l'inverse des fausses couches spontanées précoces.

4. Propositions :

Plusieurs d'axes d'améliorations concernant l'annonce et l'accompagnement des patientes victimes de FCS précoce sont nées suite à cette étude.

Dans un premier temps, il serait pertinent de former les sages-femmes à la gestion de l'annonce en se penchant sur l'apprentissage des expressions et des gestes adaptés. Il serait pertinent de proposer des séances de simulation dans notre formation initiale ou dans notre parcours professionnel. Il serait pertinent également d'enrichir nos connaissances sur le processus du deuil périnatal. Comme l'expérience professionnel améliore notre gestion de l'annonce on peut également proposer, outre des simulations, des groupes de paroles ou des G.E.A.S.E¹ ayant pour but de réfléchir et de proposer une meilleure gestion d'annonce et d'accompagnement des patientes tout en s'appuyant sur les expériences et les savoirs professionnels des sages-femmes.

En deuxième temps, il serait important d'améliorer la prise en charges des patientes victimes de fcs précoces en créant un parcours adaptable en fonction du souhait de la patiente ou en fonction du contexte de psycho-socio-médical de la patiente. Une consultation post-fcs peut être retenue dans le cas d'une vulnérabilité particulière soit mentionnée dans le dossier médical de la patiente soit repérée par un professionnel en introduisant une échelle afin d'évaluer un score objectivable ayant pour but de détecter un signe de vulnérabilité. Ces patientes doivent être l'objet d'une attention particulière et d'un parcours médical et psychologique réfléchi et adapté. Une consultation doit être systématiquement proposée. C'est ainsi qu'il semble nécessaire de créer un panel de continuité avec les autres professionnels.

Enfin, il serait nécessaire d'inciter les patientes à rejoindre des groupes de paroles ou des associations afin de mieux les accompagner pendant ce parcours en leur donnant des coordonnées d'associations, de groupes de paroles ou de psychologues ayant pour but également de ne pas minimiser leurs douleurs.

¹ Permet de mobiliser les intuitions et la créativité d'un groupe de personnes autour d'une situation particulière) .

5.Conclusion :

La fausse couche spontanée précoce est la complication la plus fréquente de la grossesse. C'est une complication qui peut avoir énormément de répercussions sur l'état psychologique et physique de la patiente ou du couple. Ces patientes subissent un bouleversement de la plupart des sphères de leurs vies.

L'annonce de ce diagnostic est donc importante et doit être faite de la meilleure façon possible pour ces femmes. Pour cela, la connaissance du ressenti et la gestion de l'annonce des sages-femmes reste primordiale. Par cette étude, nous avons donc interrogés les sages-femmes sur leur ressenti lors de l'annonce de la fausse couche spontanée précoce mais également sur les besoins et les attentes de ces patientes.

Cette étude a montré que le ressenti de la sage-femme lors de l'annonce qui est en majorité l'empathie a un rôle majeur dans le processus du deuil. La compassion ressentie par la sage-femme influence la réaction de la patiente lors de l'annonce de la fausse-couche spontanée précoce.

L'étude a mis en avant le besoin de sensibilisation des sages-femmes par ce processus de deuil qui nécessite réellement un accompagnement plus intense pour les patientes (74%). Elles ont proposé de concerter autour d'un parcours adaptable et réfléchi pour le diagnostic et l'accompagnement de ces patientes. Pour les sages-femmes, une consultation avec un psychologue, sage-femme ou gynécologue doit être proposée systématiquement aux patientes après le diagnostic selon leurs besoins.

La Sage-femme est en mesure d'annoncer le diagnostic (93%). Il serait également nécessaire de recevoir une formation complémentaire afin d'apprendre à écouter, à trouver des paroles plus adaptées, à avoir les bons gestes, à savoir gérer les émotions et à travailler sur le soutien et l'écoute car la formation initiale est insuffisante à gérer l'annonce de la fausse couche spontanée précoce. L'expérience professionnelle a un rôle important dans l'amélioration de la gestion de l'annonce (93%) .

Cette vigilance des sages-femmes soit dans leur ressentis lors de l'annonce, dans leurs besoins d'une formation supplémentaire ou dans leurs accompagnements pendant et après cet évènement montrent leurs vigilances et prudenances dans leurs attitudes qui ont pour objectif de mieux faire vivre l'arrêt spontanée et involontaire de la grossesse.

6. Bibliographie

1. A. Delabaere, C. Huchon, X. Deffieux G. Beucher f, V. Gallot e, S. Nedellec e, F. Vialard g, h, X. Carcopino i, j, T. Quibel c, D. Subtil k, l, C. Barasinski a, m, D. Gallot a, b, F. Vendittelli a, m, H. Laurichesse-Delmas a, b, D. Lémery. Épidémiologie des pertes de grossesse. EM-Consulte [Internet]. 2014 [cité 14 oct 2021]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/942050/epidemiologie-des-pertes-de-grossesse>
2. Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2014;43(10):756- 63.
3. A. AGOSTINI, J. DE TROYER, M. CAPELLE, J.-P. ESTRADÉ. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Sept 2005;34(5):513.
4. Véronique Lejeune, Bruno Carbonne. Fausses couches et morts foetales [Internet]. 2007 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/fausses-couches-et-morts-foetales-9782294017766.html>
5. Beucher G, Dolley P, Stewart Z, Carles G, Dreyfus M. Fausses couches du premier trimestre : bénéfices et risques des alternatives thérapeutiques. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 sept 2014;42(9):608- 21.
6. A. Toupet, Théau A, Goffinet F, Tsatsaris V. Pertes de grossesse à répétition : étiologies et bilan, le point de vue du gynécologue-obstétricien. Rev Médecine Interne. mars 2015;36(3):182- 90.
7. Nizard J, Guettrot-Imbert G, Plu-Bureau G, Ciangura C, Jacqueminet S, Leenhardt L, et al. Pathologies maternelles chroniques et pertes de grossesse. Recommandations françaises. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2014;43(10):865- 82.
8. Beucher G, Beillat T, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. 2021;32:17.
9. G. Beucher. Prise en charge des fausses-couches spontanées du premier trimestre. EM-Consulte [Internet]. [cité 16 oct 2021]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/250684/prise-en-charge-des-fausses-couches-spontanees-du->
10. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. Devenir. 7 sept 2009;Vol. 21(3):143- 57.
11. Legendre G, Gicquel M, Lejeune V, Iraola E, Deffieux X, Séjourné N, et al. Psychologie et perte de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2014;43(10):908- 17.

12. Segura A. Après une fausse couche précoce : enjeux psychiques du devenir mère. Une étude clinique et longitudinale du premier mois de la grossesse au quatrième mois du bébé. *Bull Psychol.* 9 sept 2021;Numéro 573(3):221- 5.
13. Montigny F de, Zeghiche S, Montigny-Gauthier P de. Le décès périnatal comme bifurcation temporelle : les parcours de vie de femmes après une fausse couche. *Aporia.* 26 août 2020;12(1):36- 46.
14. Texier-Lory NH, Bourdet-Loubère S. Le deuil périnatal : un deuil « infaisable » ? *Etudes Sur Mort.* 25 juin 2019;n° 151(1):67- 83.
15. Les 5 étapes du deuil selon Kübler-Ross [Internet]. *Happy End.* 2019 [cité 28 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.happyend.life/les-5-etapes-du-deuil-selon-kubler-ross/>
16. *mauvaisenouvelle_vf.pdf* [Internet]. [Cité 16 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
17. Ruszniewski M, Bouleuc C. L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec.* 5 juin 2012;Tome 60(2):24- 37.
18. Mirlesse V. Summary. *Devenir.* 1 sept 2007;19(3):223- 41.
19. Clément, Isabelle ; Cyr, Manon ; Plourde, Marie. Fausse couche, vrai deuil - *ScholarVox Université* [Internet]. 2014 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: <https://univ-scholarvox-com.ezpum.scdi-montpellier.fr/reader/docid/88868171/page/90>

7. Annexes :

Annexe 1 : Questionnaire de mon étude destinée aux sages-femmes :

Bonjour,

Je m'appelle BADACHE Sélia, je suis étudiante sage-femme à la faculté de Médecine de Nîmes.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur les ressentis et vécus des sages-femmes lors de l'annonce d'une fausse couche spontanée précoce.

Ce questionnaire s'adresse à toutes les sages-femmes sans exceptions (qui ont pu diagnostiquer ou pas une fausse-couche.) afin de relever vos sentiments et vos attitudes face à l'annonce de la fausse couche spontanée précoce.

Ce questionnaire est court et entièrement anonyme.

Je vous remercie d'avance du temps que vous avez dédié à la réponse à ce questionnaire.

❖ 1. Quel est votre secteur d'exercice ?

- Libérale
- Échographiste
- Secteur Urgences gynécologiques
- Bloc obstétrical
- Consultation
- Sage-Femme Territoriale
- Secteur de soin
- Autres

❖ 2. Quel est votre âge ?

- entre 20 et 25 ans
- entre 25 et 35 ans
- entre 35 et 45 ans
- plus de 45 ans

❖ 3. Quelle est votre région d'exercice professionnel ?

❖ 4. Combien d'années d'expériences professionnelles avez-vous ?

- Entre 0 et 5 ans.
- Entre 5 et 10 ans.
- Entre 10 et 20 ans.

-Plus de 20 ans.

❖ 5. Avez-vous déjà diagnostiqué une fausse couche spontanée précoce ?

-OUI

-NON

❖ 6. Si oui avec quelle fréquence ?

-1 fois par semaine

-1 fois par mois

-1 fois par semestre

-1 fois par an

❖ 7. À quel terme ?

❖ 8. Pour vous, est-ce qu'une fausse couche spontanée précoce est une situation d'urgence et/ou phénomène grave ?

-OUI

-NON

❖ 9. Pour vous, est-ce qu'une fausse couche spontanée précoce est un événement sans répercussion pour la femme ?

-OUI

-NON

❖ 10. Est-ce que c'est vous qui faites l'annonce de la fausse couche spontanée ?

-OUI

-NON

❖ 11. Si Non, quels sont les mots employés afin d'aborder le sujet sans faire d'annonce en dehors de toutes situations d'urgences ?

❖ 12. Si Oui, est-ce que la présence du partenaire influence la gestion de votre annonce de la fausse couche spontanée ?

-OUI

-NON

❖ 13. Quels sont les mots employés lors de l'annonce de la fausse couche spontanée ?

❖ 14. Quel est votre ressenti lors de l'annonce ? Choisir un seul mot :

-Tristesse

- Compassion
- Indifférence
- Anxiété
- Culpabilité
- Crainte
- Autre

❖ 15. Lors de l'annonce, quelle est la réaction de la patiente ? Choisir un seul mot

- Pleurs
- Choc
- Déni
- L'étonnement
- La culpabilité
- L'incompréhension
- Autres

❖ 16. Est-ce que vous avez déjà rencontré des situations difficiles comme de la violence ou de l'agressivité envers vous ou dans le couple ?

- OUI
- NON

❖ 17. Si oui, Comment avez-vous géré la situation ?

❖ 18. En dehors de l'annonce, est ce que vous avez déjà suivi une patiente pour l'explication du suivi après une fausse couche spontanée et leur accompagnement ?

- OUI
- NON

❖ 19. Si Oui, est-ce que cet accompagnement aide la patiente à surmonter cet évènement ?

- OUI
- NON

❖ 20. Pour vous, l'exercice d'une sage-femme dans le secteur d'urgences gynécologiques rentre dans les compétences de sa profession ?

- OUI
- NON

❖ 21. Est-ce qu'elle a besoin d'une formation supplémentaire ou un DIU afin d'exercer aux urgences gynécologiques ?

- OUI
- NON

❖ 22. Selon vous, la prise en charge des patientes victimes de fausses couches spontanées précoces peut être réalisée aux urgences générales ?

❖ 23. Si oui et non, Pourquoi ?

❖ 24. Est-ce qu'une sage-femme est capable de gérer l'annonce de la fausse couche spontanée précoce ?

-OUI

-NON

❖ 25. Est-ce qu'une formation supplémentaire est nécessaire afin de gérer au mieux la gestion de l'annonce et l'accompagnement des patientes ?

-OUI

-NON

❖ 26. Si Oui, pourquoi ?

❖ 27. Est-ce que vos expériences professionnelles ont pu améliorer votre gestion de l'annonce de la fausse couche spontanée précoce ?

-OUI

-NON

❖ 28. Est-ce que la plupart des patientes ont besoin d'un accompagnement plus intense et de personnes ressources comme un psychologue ?

-OUI

-NON

❖ 29. Si oui, qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place afin de mieux soutenir ces patientes ?

❖ 30. Est-ce que les mots employés pour l'annonce ou l'accompagnement ont un rôle majeur dans le processus de deuil ?

-OUI

-NON

Résumé et mots clés :

Une fausse-couche précoce se caractérise par l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine avant 14 semaines d'aménorrhée. La survenue d'une fausse couche spontanée précoce concerne 12% à 15% des grossesses par an en France. Diverses études dans la littérature ont été réalisées concernant le vécu des patientes victimes de FCS précoces. Nous nous sommes donc intéressés aux ressentis des sages-femmes lors de l'annonce.

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de 217 sages-femmes exerçants dans différents secteurs d'exercices par le biais de questionnaires sur les réseaux sociaux.

L'objectif de cette étude était d'interroger les sages-femmes sur le vécu de l'annonce de ce diagnostic, les facteurs influençant la gestion de l'annonce et le besoin d'un accompagnement plus intense pour les patientes.

Au vu des réponses obtenues, nous pouvons répondre que les 3 hypothèses définies par l'étude ont été confirmées. En effet, la manière de l'annonce de la FCS précoce faite par les sages-femmes est déterminante pour le processus du deuil (94%). La gestion de l'annonce est influencée par les années d'expériences ou le vécu personnel des sages-femmes (93%). Pour la moitié des sages-femmes une formation complémentaire reste indispensable pour améliorer la qualité de l'annonce de la FCS précoce. En dehors de l'annonce, un accompagnement plus intense des patientes reste primordial pour les sages-femmes (74%) en adaptant un parcours réfléchi pour la prise en charge de ces patientes.

Cette étude a montré que l'implication des sages-femmes dans l'annonce et l'accompagnement des patientes présentant une FCS précoces leur permettent d'essayer de répondre à leurs besoins ainsi qu'à leurs attentes.

Il aurait pu être intéressant de mener cette étude en confrontant les réponses des sages-femmes et celles des patientes.

Mots clés : Sage-femme-Annonce-Fausse couche spontanée précoce-Vécu-Accompagnement