

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2018-2019

Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge

Présenté et soutenu publiquement le 13 mai 2019
par

Mathilde LEBRUN

Expert scientifique : Madame Elise MARSAUDON, psychologue

Expert méthodologique : Madame Cécile TIBERGHIEU, sage-femme enseignante à
l'école de Sages-Femmes de Limoges



Remerciements

À mon expert méthodologique, Mme Cécile TIBERGHIEU, pour ses conseils avisés, ses relectures et son aide dans la réalisation de ce mémoire.

À mon expert scientifique, Mme Elise MARSAUDON, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son investissement.

À Mme Isabelle COURTOIS, infirmière dans le service de gynécologie de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges pour son aide précieuse, sa disponibilité et son investissement.

À toutes les femmes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire et sans qui celui-ci n'aurait pu être réalisé.

À ma famille et mes amis, pour leur soutien sans faille durant ces cinq années d'étude.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Table des matières

Remerciements.....	2
Droits d’auteurs.....	3
Table des matières	4
Première partie : Introduction.....	6
1. Le vécu psychologique d’une fausse-couche	6
1.1. Le désir d’enfant et l’annonce de la grossesse	6
1.2. L’enfant imaginaire	7
1.3. Vécu et ressenti de la fausse-couche précoce.....	7
1.4. Le deuil	8
2. Les conséquences des fausses-couches précoces	8
2.1. L’impact relationnel.....	8
2.2. Le retentissement sur une prochaine grossesse.....	9
3. La prise en charge des fausses-couches précoces.....	9
3.1. La prise en charge médicamenteuse et chirurgicale	9
3.2. Vécu de la prise en charge d’une fausse-couche précoce.....	9
3.3. Les attentes, les besoins des femmes et les réponses à apporter.....	10
3.4. Prise en charge à l’Hôpital de la Mère et de l’Enfant de Limoges	11
Deuxième partie : Matériel et Méthode	12
1. Type d’étude	12
2. Population cible.....	12
3. Recueil et exploitation des données	12
4. Variables et analyse.....	13
Résultats et discussion	14
1. Les points forts et les limites de l’étude	14
1.1. Les points forts	14
1.2. Les limites.....	14
1.3. Les biais	15
2. Les caractéristiques des patientes.....	15
3. Vécu et ressenti des femmes concernant leur fausse-couche précoce	16
3.1. Le vécu de la fausse-couche selon les caractéristiques de la femme.....	16
3.2. Les réactions face au diagnostic de la fausse-couche précoce	17
3.3. Les émotions ressenties	18
3.4. Les mécanismes de défense face au deuil périnatal.....	20
3.5. Soutien et ressources extérieures	21
4. Vécu et ressenti des femmes vis-à-vis de leur prise en charge médicale	23
4.1. Qualité de la prise en charge.....	23
4.2. La continuité dans les soins	25
4.3. La temporalité	26
4.4. La perception des femmes concernant l’attitude des professionnels	27
4.5. La place de la femme dans sa prise en charge.....	29

5. Les besoins et les attentes des femmes concernant leur prise en charge	31
5.1. L'organisation de la prise en charge.....	31
5.2. Verbaliser et comprendre	31
5.3. Écoute et soutien psychologique	32
5.4. Reconnaissance du statut de mère	33
5.5. Réassurance quant à l'avenir	34
6. Propositions d'actions	34
6.1. Création d'un support écrit	34
6.2. L'entretien psychologique	35
6.3. L'encadrement de la prise en charge médicamenteuse	36
6.4. Pour élargir le travail de recherche.....	36
Conclusion	37
Références bibliographiques	39
Annexes	42

Première partie : Introduction

D'un point de vue médical, la fausse-couche précoce se caractérise par l'expulsion spontanée complète ou incomplète du contenu utérin avant 14 semaines d'aménorrhée (SA). Il existe deux tableaux cliniques différents qui sont la grossesse arrêtée précoce et la fausse-couche précoce complète ou incomplète [1].

La fausse-couche précoce touche 12% des grossesses par an en France, soit près d'une grossesse sur quatre. C'est la complication la plus courante de la grossesse. [2]

D'un point de vue législatif, il n'y a pas de reconnaissance juridique de l'existence d'un enfant issu d'une fausse-couche précoce. En effet, d'après l'arrêté du 20 Août 2008 et le décret n°2008-800 du 9 Janvier 2008, l'acte d'enfant né sans vie peut être délivré à tous les parents d'enfants morts nés ou nés vivants mais non viables à l'exclusion des fausses-couches précoces et des interruptions volontaires de grossesse. [3]

1. Le vécu psychologique d'une fausse-couche

1.1. Le désir d'enfant et l'annonce de la grossesse

Le désir d'enfant émerge de deux théories psychologiques distinctes. Selon la théorie psychanalytique, il émerge d'une part, de l'origine oedipienne où il s'agit pour toute femme désirant un enfant d'opérer une identification à sa mère dans le partage d'un même état : celui de la grossesse. D'autre part, il émerge de l'origine narcissique où il appartiendra à la femme de combler une blessure narcissique créée par l'absence du pénis. Pour Freud S., le désir d'enfant est le « *renoncement au désir du pénis* ». De nombreuses théories sont, par la suite, issues d'évolutions de cette théorie freudienne comme celle de Bydlowski M. [4] qui compare le bébé désiré au « *phallus* » que la femme n'a jamais eu.

Selon Hanus M. [5], le désir d'enfant est aussi un « *désir de transmission* » et celui de faire évoluer la lignée généalogique. Être parents nous inscrit dans le temps au-delà de la mort car l'enfant permet une continuité au travers de la filiation.

1.2. L'enfant imaginaire

Chaque individu élabore, dans sa petite enfance, une représentation de l'enfant imaginaire perçu comme idéal venant combler des brèches narcissiques. Nous pouvons également retrouver cette représentation dès le premier trimestre de la grossesse. Pour Bydlowski M. [6], l'enfant a un double statut pendant cette période : « *Il est présent à l'intérieur du corps de sa mère et de ses préoccupations mentales et pourtant il est absent de la réalité visible* ».

Lors d'une grossesse menée à terme, il y a un deuil de l'enfant imaginaire pour faire une place à l'enfant réel. C'est ce même deuil qui se produit lors d'une fausse-couche précoce. C'est pourquoi, il ne faut pas négliger sa perte même à un stade précoce de la grossesse.

1.3. Vécu et ressenti de la fausse-couche précoce

1.3.1 Une perception en inadéquation avec le terme de la grossesse

Selon une revue d'articles de Sejourne N. [7], pour la moitié des femmes, la précocité de la perte et le fait que la grossesse ne soit pas encore visible au stade de la fausse-couche n'atténuent pas la douleur de la perte de ce qu'elles considèrent comme un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur.

Ce même auteur [7] a également transcrit qu'il existe un décalage entre le stade de la grossesse et la perception des femmes. Pour certaines, elles perdent un « *bébé* ». Celles-ci ont fait des projets d'avenir dès l'annonce de la grossesse. En effet, pour Bourrat MM. et Garoux R. [4], dès le premier trimestre commence « *un dialogue entre la mère et son fœtus qui est souvent dissimulé aux autres. Progressivement la mère passe d'un état qui la concerne quasi exclusivement à travers un " je suis enceinte", à un état à deux : " j'attends un enfant".* ».

1.3.2 Réactions face au diagnostic de fausse-couche

D'après l'article d'Athey J. et Spielvogel AM. [8], la fausse-couche peut entraîner une morbidité psychologique chez les femmes avec l'apparition de symptômes anxieux, dépressifs, ou encore un stress post-traumatique. On peut retrouver notamment des sentiments de vide, de culpabilité, d'injustice, de peur, de dévastation, ou encore de colère.

Sejourné N. et son équipe [7], quant à eux, ont démontré que le vécu de la fausse-couche est ambivalent. D'une part, la femme est marquée par la souffrance d'une telle perte. D'autre part, elle peut prendre de la distance par rapport à la situation afin de mieux faire face à l'événement. Ainsi, certaines utilisent l'adverbe neutre « ça » pour qualifier l'embryon. D'autres se protègent en mettant en jeu le mécanisme de dénégation.

Il arrive aussi que lors du diagnostic échographique de la fausse-couche précoce, la découverte d'un œuf clair puisse amener certaines femmes à dire : « *Il n'y avait rien, on ne peut pas accoucher d'un rien* ». La minimisation de la perte les aide alors à relativiser.

Enfin, la femme peut également chercher à donner du sens, à expliquer cette fausse-couche afin de se déculpabiliser.

1.4. Le deuil

Pour Hanus M. [5], le deuil naît d'un avenir commun perdu. Il a une dimension narcissique car il y a une perte de soi-même dans la perte de l'autre.

Ainsi, pour ce même auteur [5], la difficulté du deuil des fausses-couches précoces est renforcée par le silence les entourant dans la société actuelle. En effet, ces pertes seraient souvent banalisées, minimisées. La société chercherait à faire comme si elles n'avaient pas d'importance, comme si elles n'avaient jamais existé. Cependant, il faut une reconnaissance du deuil pour que celui-ci soit possible.

2. Les conséquences des fausses-couches précoces

2.1. L'impact relationnel

Sejourné N. et son équipe [7] expliquent que l'impact d'une fausse-couche touche plusieurs sphères de la vie de la femme.

La sphère conjugale peut connaître des bouleversements. Lors d'une fausse-couche, le couple voit ainsi ses projets de vie retardés.

De plus, le premier trimestre de grossesse est souvent non visible aux yeux de l'entourage. Au moment de la perte, celui-ci n'est pas toujours informé de l'existence de la grossesse. Au

deuil de la perte, se rajoute le dilemme de cacher la fausse-couche ou de l'annoncer aux autres avec la difficulté de se retrouver face aux réactions de l'entourage.

2.2. Le retentissement sur une prochaine grossesse

Dans son article, Tournebise T. [9] explique que lors d'une grossesse ultérieure, afin d'éviter de s'attacher à ce que la femme risque si douloureusement de perdre, le processus de déni peut se mettre en place jusqu'au stade dépassant le terme de la précédente fausse-couche. Certaines femmes peuvent également inconsciemment ne pas vouloir que leur ventre soit habité par un autre enfant « *tant que le précédent n'a pas été réhabilité dans son importance* ». L'enfant issu d'une grossesse suivant une fausse-couche ne peut donc avoir sa place si le précédent n'a pas eu la sienne.

3. La prise en charge des fausses-couches précoces

3.1. La prise en charge médicamenteuse et chirurgicale

Dans son article, conformément aux recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [1], Beucher G. [10] explique qu'en cas de grossesse arrêtée au premier trimestre, deux options thérapeutiques peuvent être envisagées : une prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale peuvent être proposées après le diagnostic de la fausse-couche précoce dans le cas où l'expulsion serait incomplète.

3.2. Vécu de la prise en charge d'une fausse-couche précoce

3.2.1 Vécu de l'attente entre l'annonce et le moment de la prise en charge

Dans la revue rédigée par l'équipe de Sejourne N. [7], nous avons pu voir que, dans le cas d'une grossesse arrêtée sans expulsion, l'attente entre le diagnostic et l'intervention médicamenteuse ou chirurgicale peut être difficile. En effet, dans ce laps de temps, la proximité avec la mort peut être déstabilisante : porter alors un embryon mort peut causer un « *dégoût insupportable* » amenant les femmes à vouloir s'en débarrasser.

3.2.2 Vécu de la prise en charge selon les deux méthodes

Pour Sejourné N. [7], lors de la prise médicamenteuse, l'expulsion peut être source de grande souffrance pour la femme, d'autant plus que les saignements peuvent être angoissants. Les contractions utérines ressenties peuvent être qualifiées comme plus difficiles à accepter que lors d'un accouchement car elles ne donnent pas la vie. La douleur est souvent perçue par les femmes comme « *inutile* » et ainsi peut être mal vécue.

Concernant la prise en charge chirurgicale, certaines femmes se disent surprises de la rapidité de l'intervention et sont soulagées.

Dans les deux cas, Haussaire-Niquet C. [11] explique qu'il peut en ressortir une « *impression de consentement* », d'être le « *bourreau qui donnerait la mort* » à son enfant.

3.2.3 La perception des femmes concernant leur prise en charge

L'équipe de Sejourné N. [12] explique que « *du fait de la fréquence des fausses-couches, il peut y avoir un décalage important entre l'expérience des femmes et la pratique quotidienne du personnel médical. Bien que la perte précoce d'une grossesse soit un événement naturel et fréquent, la banalisation de la fausse-couche mise en avant par les équipes soignantes peut être perçue par les patientes comme un manque d'empathie* ».

De plus, cet article [12] explique que les femmes, se posant de nombreuses questions, peuvent vivre péniblement l'impossibilité des médecins à répondre à leurs questions concernant l'étiologie de la fausse-couche.

Pour finir, il est également noté dans ce même article [12], que les femmes ayant fait une fausse-couche précoce sont moins satisfaites de leur prise en charge que celles ayant fait une fausse-couche tardive.

3.3. Les attentes, les besoins des femmes et les réponses à apporter

Sejourné N. [12] montre que les femmes ont besoin d'une attitude prévenante et d'informations concernant les conséquences de la fausse-couche de la part de l'équipe soignante. La plupart disent souhaiter un soutien psychologique.

Ainsi, pour répondre aux attentes et aux besoins des femmes, celui-ci préconise l'instauration d'un accompagnement psychologique immédiat après l'évènement sans attendre l'apparition de complications psychiques. L'équipe médicale a donc un rôle d'aide et de soutien à jouer dans la prise en charge de ces femmes, notamment par l'écoute et les informations qu'elle peut apporter sur les différentes questions que se posent les femmes autour de la fausse-couche.

Ce même auteur [12] cite également Rousseau P., gynécologue obstétricien, qui explique que l'aide à apporter à la suite d'une fausse-couche consiste essentiellement « à faire prendre conscience de la réalité de la perte, à prévenir de la différence des réactions que chacun va éprouver et de la nécessité de les exprimer, notamment la culpabilité dont il importe de se dégager, à rassurer le couple sur sa fécondité ultérieure, à l'informer du sort réservé aux restes humains ».

3.4. Prise en charge à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges

À l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges (HME), la prise en charge médicale des fausses-couches précoces est basée sur les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [1]. La prise en charge psychologique ne fait pas partie de ces recommandations.

Cependant, l'équipe de gynécologie de l'HME a la spécificité d'être formée à la relation d'aide. Elle peut également proposer le passage du psychologue du service et/ou remettre ses coordonnées.

Nous nous sommes donc questionnés sur le vécu psychologique des femmes ayant fait une fausse-couche précoce dans le cadre de leur prise en charge hospitalière à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges.

Pour cela, nous avons pour objectif principal de faire un état des lieux du ressenti des femmes concernant le vécu de leur prise en charge médicale. Nous avons également souhaité observer et analyser, au travers des entretiens effectués, le vécu de leur fausse-couche précoce. Pour finir, nous voulions mettre en évidence les attentes et les besoins des femmes concernant la prise en charge de leur fausse-couche précoce.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs.

2. Population cible

Critères d'inclusion :

- Femmes âgées de 18 à 40 ans ayant fait une fausse-couche précoce
- Grossesse spontanée
- Expulsion incomplète
- Prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges.
- Compréhension et maîtrise de la langue française
- Consentement écrit de participation à l'étude

Critères d'exclusion :

- Antécédents de fausse-couche
- Refus de participation à l'étude

Nous avons recruté une population de dix femmes dont cinq avaient eu une prise en charge médicamenteuse et cinq une prise en charge chirurgicale.

3. Recueil et exploitation des données

Le recrutement s'est fait suite à la distribution d'une notice expliquant aux femmes notre projet d'étude (Annexe I). Celle-ci était accompagnée d'une demande de consentement écrit. La distribution de la notice était différente selon qu'il s'agissait d'une prise en charge chirurgicale ou médicamenteuse. Elle s'est effectuée le jour de l'hospitalisation pour la méthode chirurgicale et par contact téléphonique la semaine suivant la prise du médicament pour la méthode médicamenteuse. En effet, pour cette dernière, nous avons supposé que les patientes n'étaient pas dans une disponibilité psychique nécessaire à la prise de décision concernant la participation à l'étude lors de la prise du médicament.

L'entretien était programmé dans les deux mois suivant la fausse-couche précoce. Ce délai permettait un récit au plus proche de leur vécu et de leur ressenti.

Nous avons pris la décision de leur laisser le choix du lieu de rendez-vous pour limiter la contrainte spatio-temporelle que l'entretien pouvait causer. Nous nous sommes donc rencontrées dans le service de gynécologie de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges ou à la Bibliothèque Francophone Multimédia de Limoges.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité verbale et non verbale sous format Word (Annexe IV). Puis ils ont été séquencés par thème et analysés en regard des objectifs, ce qui a permis une analyse de contenu (Annexes II).

4. Variables et analyse

Dans un premier temps, nous avons cherché à décrire les caractéristiques de notre population : l'âge, la gestité, la parité, le statut professionnel et la situation conjugale (Annexe III).

Nous nous sommes, dans un second temps, intéressés au ressenti et au vécu des femmes concernant leur fausse-couche précoce. Pour cela nous les avons étudié au travers des émotions ressenties et des réactions face au diagnostic, des mécanismes de défense face au deuil, ainsi qu'au travers du soutien et des ressources extérieures.

Ensuite, nous avons porté notre attention sur le vécu et le ressenti des femmes relatifs à leur prise en charge médicamenteuse ou chirurgicale. Nous avons donc analysé la qualité de cette prise en charge en abordant la continuité et la temporalité dans les soins. De plus, nous nous sommes intéressés à la perception des femmes de l'attitude des professionnels et à leur place dans leur prise en charge.

Enfin, nous avons recueillis les différentes informations relatives aux besoins et aux attentes que pouvaient avoir les femmes à propos de leur prise en charge médicale.

Résultats et discussion

1. Les points forts et les limites de l'étude

1.1. Les points forts

Ce travail a été le premier réalisé sur le site de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges.

Notre étude a permis d'aborder un sujet qui était peu traité. En effet, nous avons pu trouver de nombreux travaux sur le vécu de la fausse-couche en elle-même mais un nombre plus restreint de travaux sur le vécu de leur prise en charge.

De plus, le sujet de la fausse-couche précoce, dans la littérature, était peu étudié au détriment de celui de la fausse-couche tardive.

Nous avons réussi à recueillir les informations nécessaires pour répondre aux objectifs de notre étude.

Les femmes ont montré un vif intérêt concernant notre étude et ont manifesté leur besoin d'échanger autour de leur vécu. La volonté de témoignage est alors apparue comme une force.

Enfin, l'étude a été menée dans un souci permanent de centrer la patiente au cœur de notre pratique professionnelle et dans un but de sensibilisation en tant que sage-femme à une problématique à laquelle nous ne sommes pas toujours directement confrontées mais qui pourrait être la notre dans un parcours professionnel futur.

1.2. Les limites

Nous avons rencontré des limites en matière d'entretiens du fait d'absence de formation concernant cet exercice nouveau.

Nous sommes donc conscients de la présence de quelques questions fermées qui ont pu diriger certaines réponses.

De plus, étant étudiante en maïeutique, l'exploitation des données psychologiques s'est faite à la hauteur de notre formation agréementée de nombreuses recherches.

1.3. Les biais

Nous avons pu, tout d'abord, relever un biais de recrutement. Nous avons interrogé des personnes sur la base du volontariat. Les réponses n'ont donc pas forcément été les mêmes que celles de personnes non volontaires. Cependant, la base du volontariat a permis une authenticité dans le discours des femmes.

Du fait du faible effectif de l'échantillon étudié ainsi que de la localisation restreinte à un seul établissement de santé, nous ne pouvons pas affirmer que les réponses recueillies soient celles de la population générale. Les informations données n'ont engagé que la population interrogée. Il est donc apparu un biais de sélection.

Un biais de mémorisation a pu apparaître du fait du délai entre la fausse-couche et l'entretien, même si le délai a été choisi pour respecter le vécu de la femme.

2. Les caractéristiques des patientes

Notre population était composée de dix femmes. Cinq d'entre elles avaient eu une prise en charge médicamenteuse et les cinq autres avaient eu une prise en charge chirurgicale.

Les patientes interrogées étaient âgées de 23 à 37 ans. La moitié d'entre elles étaient âgées de plus de 35 ans, une seule était âgée de 23 ans et les quatre autres avaient entre 30 et 35 ans.

Six femmes sur dix étaient primigestes. Une avait un antécédent d'interruption volontaire de grossesse. Parmi les trois autres, deux étaient primipares et une était multipare.

Neuf des dix femmes présentaient une grossesse de 7 à 12 SA au moment du diagnostic de fausse-couche précoce. Une patiente présentait un œuf clair.

Neuf femmes sur dix étaient en couple.

Huit femmes sur dix avaient une activité professionnelle, six d'entre elles étaient salariées.

3. Vécu et ressenti des femmes concernant leur fausse-couche précoce

3.1. Le vécu de la fausse-couche selon les caractéristiques de la femme

3.1.1 En fonction de l'âge

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [1], l'augmentation de l'âge maternel est un facteur de risque notamment après 35 ans par l'augmentation d'aneuploïdies embryonnaires d'origine maternelle [2].

En effet, il a semblé que les femmes de plus de 35 ans étaient inquiètes quant au risque de récurrence et à la difficulté d'avoir une nouvelle grossesse. Mme I, 37 ans : « *Des questions c'est de savoir si ça viendra avant que je sois trop vieille.* ». Certaines ont mis en cause leur âge dans la survenue de la fausse-couche comme Mme C, 35 ans : « *Il y a aussi mon âge qui joue un petit peu.* ».

3.1.2 En fonction de la parité

Il a semblé que le vécu de la fausse-couche précoce pouvait varier en fonction de la parité. En effet, Mme D, nullipare s'est exprimée : « *Je n'ai rien. [...] Même si c'est un [enfant] mais je voudrais au moins avoir un enfant.* ». Mme E qui a déjà eu trois enfants relativisait beaucoup plus : « *Je me dis quand même que j'ai trois enfants. J'ai au moins des enfants, ce n'est pas comme si c'était ma première grossesse.* ».

3.1.3 En fonction de l'activité professionnelle

Nous avons constaté, au fil des entretiens, que la catégorie socio-professionnelle n'impactait pas le vécu de la fausse-couche. En effet, ce dernier s'est révélé difficile quelle que soit l'activité professionnelle (fonctionnaire, salariée, sans profession, chef d'entreprise ou encore étudiante).

Par contre, la reprise de l'activité professionnelle s'est avérée difficile pour certaines. Mme F a expliqué : « *Je pense que j'aurais mieux fait d'être arrêtée un peu plus longtemps. [...] Il y a des choses qui restent difficiles et peut-être que reprendre seulement la semaine d'après ça aurait été mieux.* ». Pour d'autres, le retour au travail a semblé être en inadéquation avec le vécu de la fausse-couche précoce. Mme F qui travaillait debout toute la journée s'est

exprimée : « *Vous m'envoyez travailler et en gros je fais comme si j'avais mes règles ? Sachant qu'à un moment je peux me tordre de douleur. [...] Ça a été compliqué.* ».

La reprise du travail a pu, à l'inverse, apparaître comme un échappatoire pour les femmes, comme l'a expliqué Mme C : « *Le lundi je suis retournée au travail parce que je ne pouvais pas rester chez moi.* ».

3.2. Les réactions face au diagnostic de la fausse-couche précoce

Il a semblé que pour la quasi totalité des femmes, le diagnostic de la fausse-couche précoce a provoqué un choc émotionnel. Mme H se disait « *sous le choc* ». Mme E a également évoqué le fait que « *Sur le coup ça a été un choc.* ». À partir de ce moment là, la disponibilité psychique est apparue très réduite de part la multitude d'émotions ressenties. Nous l'avons constaté dans le discours de Mme F : « *Quand on arrive, la charge émotionnelle est importante.* », mais aussi dans celui de Mme C : « *Vu mon état de choc et de stress ... qui était plus à la hauteur de ce que je pouvais comprendre à l'instant T.* ». La confrontation entre les projections faites et la réalité a été brutale. Mme D a expliqué : « *J'étais sous le choc, je n'arrivais pas à réaliser.* ». Mme E a évoqué ce contraste : « *Je suis là avec je sais même pas ce que je ressens. [...] J'étais seule dans mon petit monde et je ne réalisais pas trop ce qui m'arrivait.* ».

On pouvait aussi souligner qu'un état de sidération est apparu chez ces femmes. La sidération qui est un état de « *stupeur émotive* » peut provoquer une désorganisation psychique [13] que l'on a pu voir au travers de l'entretien de Mme B : « *Je n'étais pas trop en phase.* ». Les émotions ressenties pourraient modifier les capacités de concentration et de disponibilité nécessaires à l'écoute du praticien lors de la prise en charge. Mme I s'est exprimée : « *C'est un peu un état second où on n'est pas forcément disponible comme d'autres moments donc forcément je n'ai pas pensé à tout.* », tout comme Mme G : « *Sur le moment on peut être un peu dans un état second où du coup on ne fait pas attention à tout.* ».

Cet événement inattendu et brutal a impliqué une difficulté d'adaptation à la réalité de ce qu'il se passait. « *Des fois les informations arrivent mais on est tellement en train de réfléchir, de prendre sa décision ou pris par autre chose que des fois ça défile et ça ne s'imprime pas forcément. La nouvelle fait un peu l'effet d'avoir bu un verre de trop. Quand on arrive, on a l'impression d'être un peu sonnée.* » (Mme F).

3.3. Les émotions ressenties

Au travers des entretiens, plusieurs émotions sont apparues concernant le vécu des femmes. Cependant, trois émotions se sont révélées être prédominantes : la tristesse, la culpabilité et la peur.

3.3.1 La tristesse

La tristesse a été l'émotion prépondérante face au vécu d'un tel événement. Huit femmes sur dix l'ont verbalisé lors des entretiens menés. Mme A, Mme F et Mme C ont évoqué leur vécu douloureux : « *Je pleure beaucoup* » ; « *C'était très dur pour moi et les larmes me sont venues.* » ; « *Dès que je commence à en parler je me mets à pleurer...* ». Six femmes sur dix ont pleuré lors de l'évocation de leur ressenti. Lors de son entretien, Mme D évoqua également cette tristesse : « *C'est juste la situation qui me faisait mal. [...] Les larmes ont coulé.* ».

Adolfsson A. et son équipe [14] ont démontré que les femmes sont marquées par la souffrance d'une telle perte. Le discours de Mme D a appuyé ces propos : « *Quand tu n'es pas préparé à quelque chose, ça fait mal et surtout quand tu as souhaité la chose. [...] Et qu'on vous dise que ça n'a pas mordu, ça fait mal.* ».

La déception est un sentiment qui peut être le prolongement d'une émotion. Dans notre étude, celle-ci était intimement liée à la tristesse éprouvée par les femmes. La déception était perceptible chez toutes les patientes mais seulement la moitié d'entre elles l'ont verbalisé. Mme A et Mme H l'ont respectivement exprimé : « *C'est la déception* » ; « *J'étais très déçue au début et toujours d'ailleurs.* ».

3.3.2 La culpabilité

La culpabilité fut évoquée par plus de la moitié des femmes. Mme C a exprimé : « *On s'en veut.* ». Comme l'a expliqué l'équipe d'Adolfsson A. [14], elles se sentaient partiellement ou totalement responsables de leur fausse-couche. En effet, Mme D a exprimé sa culpabilité : « *C'est pas comme si j'étais tombée, si j'avais mangé quelque chose de mauvais, fumé ou bu. [...] Si la première semaine j'étais venue quand j'avais les premières gouttes de sang est-ce qu'on aurait pu l'éviter ou faire quelque chose pour rattraper le truc ?* ». L'étiologie de

la fausse-couche était souvent recherchée. Par exemple, Mme J a demandé : « *Ce que j'avais fait, pourquoi ?* ».

L'interrogation concernant l'étiologie de la fausse-couche apparaissait alors comme un élément central. Mme B s'est questionnée : « *Je lui ai demandé un petit peu les circonstances.* ». La méconnaissance de l'étiologie exacte pouvait être difficile à vivre pour certaines femmes. Mme H expliqua : « *Tu veux savoir pourquoi mais il n'y a pas de raison. Personne ne peut me dire si c'est à cause de quelque chose que j'ai mangé ou que j'ai fait donc du coup on reste un peu dans le flou.* ». La revue d'articles rédigée par Adolfsson A. et son équipe [14] a démontré que les femmes se disaient déculpabilisées quand l'étiologie provenait d'une pathologie et non d'un acte qu'elles auraient fait.

En cas d'antécédents d'IVG, le sentiment de culpabilité de cette intervention pouvait alors ressurgir selon des études citées par Sejourne N. [7]. Nous l'avons retrouvé lors de nos entretiens. En effet, pour Mme C, le parcours de prise en charge d'une fausse-couche lui rappela certains antécédents médicaux : « *On s'en veut parce qu'il y a 7 ans j'ai fait une interruption de grossesse. [...] Donc en tout là je l'ai voulu alors que là non. Je le voulais et je l'attendais et au final c'est lui qui n'est pas resté donc c'est pas pareil. [...] J'avais peur que ce soit à cause de ça que ça ne fonctionne pas.* ».

3.3.3 La peur

Au cours de nos entretiens, parmi les émotions perçues, la peur fût retrouvée chez plus de la moitié des femmes interrogées : « *Ça m'a fait peur aussi parce que je n'étais pas prête à ça.* » (Mme B). Dans la revue d'articles de Sejourne N. [12], il a également été retrouvé que la peur était très fréquemment évoquée face au vécu de la fausse-couche précoce.

La peur, dans notre étude, s'est centrée sur trois grands axes.

Tout d'abord, certaines femmes exprimaient leur peur de la douleur comme Mme F : « *Ça me faisait peur, [...] il y avait une crainte et la crainte d'avoir mal.* ». La douleur ne faisait pas partie de l'expérience de toutes les femmes mais ses représentations dans leur imaginaire les effrayaient. Mme F exprimait aussi son inquiétude concernant la douleur : « *Vous m'envoyez travailler [...] sachant qu'à un moment je peux me tordre de douleur.* ». Pour

Mme B, la peur de la douleur a même orienté son choix quant à la méthode de prise en charge : « *Je savais en plus que le côté médicament était sans doute plus douloureux.* ».

Puis, l'expulsion seule à domicile s'est révélée être anxiogène chez certaines femmes. Mme F et Mme I s'exprimèrent respectivement : « *Le fait d'avoir l'impression d'être un peu livrée à soi-même et finalement d'attendre chez soi que les choses se passent.* », « *J'avais un petit peu peur que ce soit compliqué à gérer à la maison.* ». Le manque d'encadrement retrouvé lors de l'expulsion à la maison dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse pouvait donc être source de craintes. Mme E et Mme H se sont respectivement exprimées : « *Que le truc il descende mais que je ne le vois pas. Je préférais que ce soit clair et que je parte d'ici tranquillement.* » ; « *Ça tombe dans les toilettes à la maison ou je ne sais pas où.* ».

Enfin, l'absence d'étiologie de la fausse-couche pouvait entraîner chez les femmes une peur de la récurrence : « *J'ai peur que ça se reproduise.* » (Mme H), « *Tout de suite on se dit, mince pourvu qu'il n'y en ait pas d'autres.* » (Mme F). En effet, pour Hanus M. [5], la méconnaissance de l'étiologie, ne permettrait pas aux femmes d'être rassurées quant à la survenue d'une nouvelle fausse-couche. Mme J expliquait : « *Mais après on ne peut pas certifier que la prochaine fois j'en refasse une ou pas.* ».

3.4. Les mécanismes de défense face au deuil périnatal

La perte liée à une fausse-couche précoce fait partie du deuil périnatal. Qu'importe le terme de grossesse auquel la femme se trouve, la fausse-couche représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets qui lui étaient associés. La difficulté du deuil se trouve dans l'irréalité de la perte et son caractère inattendu. Selon Haussaire-Niquet C. [11], « *l'absence de corps* » peut rendre cette épreuve difficile. Ainsi, Mme D et Mme H ont respectivement exprimé la volonté de visualiser l'embryon : « *J'ai demandé à la dame si ce n'était pas possible de voir.* » ; « *Je voulais bien le voir.* ».

Le deuil de l'absence d'un avenir commun était présent dans le discours de Mme C : « *On sent quelque chose qui s'en va et puis voilà.* ». La façon de s'exprimer en terminant sa phrase par « *et puis voilà* » ne laissait pas de suite possible à cette perte. Pour Hanus M. [5], cette perte d'un futur commun est douloureuse.

Pour faire face à ce deuil, les patientes ont mis en place des mécanismes de défense. Chabrol H. [16] les a décrit comme « *des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes* ».

Nous avons relevé la répression que Chabrol H. [16] a décrit comme « *une réponse aux conflits et stress en évitant délibérément de penser à des problèmes, des désirs, des sentiments ou des expériences pénibles* ».

Nous avons pu voir cette défense dans le récit de Mme A : « *J'essaie de ne plus y penser. Je n'ai pas envie de l'enfouir mais je n'ai pas envie d'y penser non plus.* ».

Chabrol H. [16] a également décrit la rationalisation comme une dissimulation des « *motivations réelles de ses propres pensées, actions, sentiments, derrière des explications rassurantes ou complaisantes mais erronées* ».

Nous l'avons retrouvé lors des entretiens. Afin de surmonter cette épreuve, Mme A a utilisé à plusieurs reprises l'adjectif « *petit* » pour parler de sa grossesse : « *C'était tellement tout neuf. [...] Oui c'est une toute petite grossesse. [...] Je m'en remettrai.* ». Mme J a aussi utilisé la rationalisation pour essayer de faire face à la situation : « *Il n'y avait même pas de bébé. Réellement, il n'y avait qu'une poche.* ». Tout comme Mme D qui a énoncé : « *Pour moi il était juste dans le ventre. C'est vrai que je m'étais habituée à la situation mais c'est pas comme si l'enfant était né, qu'il était là et que voilà.* ».

Enfin, nous avons pu relever l'activisme. Ionescu S. [17] l'a décrit comme une « *gestion des conflits psychiques ou des situations traumatiques externes, par le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects* ».

Le discours de Mme C l'illustre : « *J'ai toujours besoin de bouger, de faire des choses. [...] J'ai besoin de m'occuper l'esprit pour... Pour penser à autre chose parce qu'on n'oublie pas mais voilà pour estomper un petit peu le truc et essayer d'avancer* ».

Nous pouvons donc supposer que ces mécanismes de défense ont permis aux femmes de faire face à l'angoisse, au stress ainsi qu'au chagrin que pouvait provoquer ce deuil périnatal.

3.5. Soutien et ressources extérieures

Le soutien et les ressources extérieures ont également joué un rôle dans la façon dont les femmes se sont accommodées de leur douleur.

3.5.1 La sphère conjugale :

Dans cette étude, neuf femmes sur dix étaient en couple. Nous avons remarqué l'importance de l'entourage et de l'accompagnement lorsque l'on traverse une telle épreuve. Pour chacune d'entre elles, la présence du conjoint apparaissait comme essentielle. Mme B et Mme C le verbalisaient durant leurs entretiens : « *Ça m'a fait du bien d'en parler avec lui.* » ; « *Très prévenant et très soutenant. [...] Il a été là donc c'est génial.* ».

Malgré tout, nous avons parfois pu remarquer une différence de vécu au sein de la sphère conjugale chez certaines patientes. Mme I et Mme H l'ont respectivement ressenti : « *Je ne suis pas sûre que mon conjoint comprenne forcément ça.* » ; « *Lui il a dit que ce n'était pas vraiment un bébé.* ».

L'étude de Chung T. [18] a montré que les hommes étaient moins touchés par la fausse-couche et avaient tendance à se rétablir plus rapidement.

3.5.2 Le partage avec des paires :

Le partage d'expérience avec les paires s'est révélé incontournable. Nous avons pu noter que les femmes avaient besoin de verbaliser ce qu'elles ressentaient avec des femmes au vécu similaire. Mme F nous a expliqué : « *Ça a été important pour moi d'en parler avec elles et aussi parce que ce sont des personnes qui l'avaient vécu donc qui pouvaient autant m'aider moi sur ce que l'on ressent autant sur le plan physique qu'émotionnellement.* ».

Avoir la possibilité d'échanger avec des paires permettait également de se rassurer quant à l'avenir d'une nouvelle grossesse. Mme H exprimait le fait d'être rassurée par ces échanges : « *J'ai bien parlé autour et ça m'a beaucoup aidé. J'ai même entendu d'autres copines qui ont eu des fausses-couches précoces que je ne savais pas donc ça m'a rassurée que je ne sois pas la seule. La plupart d'entre eux ont eu d'autres enfants après et tout s'est bien passé donc ça, ça me rassure déjà.* ».

Aussi, les femmes pouvaient aller sur des sites internet à la recherche de partage d'expériences. Mme D a déclaré : « *J'ai essayé de regarder sur internet pour voir si certaines femmes avaient déjà eu ce vécu.* ».

3.5.3 L'entourage :

La majorité des femmes a verbalisé l'importance du réconfort apporté par leur entourage. Mme F et Mme D nous ont confié : « *Là j'ai préféré en parler avec des amis ou des collègues, avec des gens qui m'étaient proches.* » ; « *Avec l'aide de tout le monde ici, j'apprends à l'oublier.* ». Mme I s'est aussi exprimée à ce sujet : « *Ça aurait été plus difficile toute seule je pense.* ». Sejourné N. [7] a également relevé l'importance d'être entourée.

Cependant, l'annonce de la fausse-couche à l'entourage restait difficile. La grossesse n'étant pas visible aux yeux des autres, nous avons pu constater une peur des réactions possibles. En effet, le regard des autres nous a semblé important dans le vécu de certaines femmes. Mme I a émis cette crainte : « *Maintenant il faut dire que je ne suis plus enceinte.* ». Mme H l'a verbalisé ainsi : « *On ne l'avait pas forcément dit et c'est peut être d'autant plus compliqué après pour le partager et pour en parler. Même si je pense que j'ai dit à plus de monde que j'avais fait une fausse-couche.* ». L'annonce de la fausse-couche s'est révélée d'autant plus difficile que la grossesse n'avait pas été annoncée. Cette idée est aussi avancée par Sejourné N. [7].

4. Vécu et ressenti des femmes vis-à-vis de leur prise en charge médicale

4.1. Qualité de la prise en charge

4.1.1 Premier contact : Accueil et orientation

La qualité de l'accueil et l'orientation dans l'établissement ne différencieraient pas en fonction de la prise en charge.

Les femmes interrogées étaient dans l'ensemble satisfaites de leur accueil dans le service. En effet, Mme B nous a fait part de sa satisfaction quant à sa prise en charge chirurgicale : « *Ce que j'ai beaucoup apprécié c'était l'accueil des gens. Dans le service, tout le monde a été vraiment très agréable, à l'écoute.* ». De même, lors de sa prise en charge médicamenteuse, Mme J nous a expliqué : « *Il y a une infirmière qui s'est occupée tout de suite de moi.* ».

Concernant leur orientation dans l'établissement, certaines femmes pouvaient se sentir un peu démunies. Mme F et Mme B, ayant eu une méthode de prise en charge différente, se sont toutes les deux exprimées. Mme F a évoqué son ressenti face à l'activité qu'il pouvait y avoir dans un service hospitalier : « *On a l'impression d'arriver dans une ruche.* ». Nous avons également pu nous apercevoir, au travers du discours de Mme B, que s'orienter a pu s'avérer compliqué du fait de l'indisponibilité psychique : « *J'étais pommée dans l'établissement... J'ai un peu cherché... J'ai été informée...* ».

4.1.2 Les informations données

Il a été mis en évidence une meilleure satisfaction des explications données lors d'une prise en charge chirurgicale plutôt que médicamenteuse pour laquelle les patientes s'estimaient un peu plus livrées à elles-mêmes. Mme F nous a signifié que les explications qui lui ont été données avaient été plus complètes pour le versant chirurgical : « *Pour l'hospitalisation oui mais pour les médicaments non. [...] Sur le coup je suis repartie avec mes deux cachets et avec rien.* ».

Le discours était ambivalent chez la majorité des femmes. Elles se disaient satisfaites des explications données mais soulevaient à chaque fois des insatisfactions. En effet, il a semblé que l'équipe médicale ait modifié ce jugement. Mme F nous a expliqué : « *J'ai eu des informations sur les deux méthodes, sur les risques mais suivant les personnes, la présentation n'était pas la même. [...] Ça dépendait vraiment des personnes qui sont intervenues.* ».

De plus, le sentiment d'avoir manqué d'informations a conduit certaines femmes à effectuer des recherches personnelles par le biais d'internet. Il est important de noter que la méthode de prise en charge n'a pas eu d'impact notable sur ce désir d'approfondissement. En effet, Mme A et Mme I, à la prise en charge différente, en ont toutes les deux ressenti le besoin : « *Je suis allée sur internet.* ». Pour d'autres, le besoin de compléter les informations médicales reçues en effectuant des recherches sur internet pouvait leur faire peur. Mme A nous a expliqué « *Je pense que quand ça vient de l'hôpital c'est différent. Sur internet on voit de tout.* ». Pour d'autres patientes, un manque d'informations suffisantes a été mis en exergue. Mme I nous a signifié : « *Internet m'a plus aidé à mettre des mots sur ce que j'avais que le médecin en lui-même quoi.* ».

4.1.3 Le poids des mots

Des termes médicaux usuels dans la pratique professionnelle ont pu heurter certaines patientes. En effet, Mme B a pu signifier : « *Le terme de révision utérine ça m'a... J'avais jamais entendu parlé de ce terme là. C'était bizarre comme terme. [...] Pour moi même le mot curetage c'était très dur.* ». Pour Mme J, le terme « *fausse-couche* » a été difficile à entendre : « *Elle l'a pas fait exprès mais direct elle a dit beh c'est surement une fausse-couche. Et le mot... C'est... Je l'ai un peu mal vécu.* ».

Dans le contexte de la fausse-couche, l'impact de la terminologie employée avait également son importance. Mme F nous a exprimé sa confusion face à l'utilisation du terme « *IVG* » lors de sa prise en charge : « *Sur le document qu'on m'a donné il y avait marqué IVG et c'est violent. C'est-à-dire que ce n'était pas volontaire, je m'en serais bien passé. Donc la terminologie rajoute un peu de tristesse disons.* ».

Il est donc apparu qu'un terme n'a pas la même représentation mentale pour les soignants et les soignés. Mme J et Mme B l'exprimaient ainsi : « *Après c'est médical, ça reste médical.* » (Mme B) ; « *Il y a des mots où je pense que vous êtes dans votre jargon de médecin, on comprend pas tout.* » (Mme J).

4.2. La continuité dans les soins

La continuité dans les soins consiste en des « *soins de santé prodigués sur une base continue à partir du contact initial et suivant le patient à travers toutes les étapes du soin médical* » [19]. C'est une notion qui est apparue importante aux yeux des femmes. En effet, quelle que soit la prise en charge, la multiplicité des intervenants rencontrés a pu insécuriser la majorité des femmes interrogées. Mme F, qui a vu quatre intervenants différents lors de sa prise en charge médicamenteuse, a expliqué : « *C'était compliqué parce que ce n'est pas la même personne donc il faut réexpliquer. Je comprends le système mais c'est vrai que ce n'est pas facile. Ça n'aide pas et ce n'est pas rassurant.* ». De même, Mme B s'est exprimée : « *Et par contre en fait à la fin de l'entretien il m'a dit que ce ne serait pas lui qui m'endormirait et du coup sur le coup je me suis dit : je me confie, je dis les choses pour l'opération à quelqu'un et au final c'est quelqu'un d'autre qui prend la suite.* ».

Aussi, cette dernière a exprimé le fait qu'avoir le même professionnel de santé lors des rendez-vous rassurait : « *Le fait que ce soit la même personne ça, ça m'a pas mal rassurée plutôt que de passer des mains de l'un à l'autre.* ».

4.3. La temporalité

La temporalité a été une notion prédominante dans les entretiens. Nous pouvons noter que le temps a rythmé la prise en charge des fausses-couches précoces.

Les femmes interrogées ont évoqué leur besoin de réactivité dans leur prise en charge et de temps pour la prise de décision.

Concernant la méthode chirurgicale, la réactivité des intervenants et la rapidité de la prise en charge ont été appréciées par les femmes. Mme B a expliqué : « *J'ai été prise en charge tout de suite, elle a été assez réactive.* ». De plus, cette méthode était souvent choisie pour la rapidité liée à son efficacité. Mme E l'a choisi pour cette raison : « *J'ai juste demandé la méthode la plus efficace. Je ne veux pas perdre mon temps à prendre des médicaments et que ça ne fonctionne pas pour revenir ici et faire une chirurgie.* ».

De plus, nous pouvions voir, à travers le discours de Mme C, le besoin de temps nécessaire pour recevoir des explications et poser des questions. En effet, elle nous a confié apprécier le temps qui lui a été donné lors de sa prise en charge médicamenteuse : « *Elle a pris le temps de m'expliquer les choses.* ». Les femmes évoquaient également leur besoin de temps par rapport à la prise de décision concernant leur choix de méthode. Concernant sa prise en charge médicamenteuse, Mme F a expliqué : « *Elle m'a vraiment laissé le temps d'appeler [mon conjoint], de prendre ma décision.* ».

A contrario, lorsque la prise en charge était très rapide ou lorsque l'attente entre deux diagnostics était longue, les patientes pouvaient exprimer leurs difficultés.

En effet, la rapidité des événements successifs a pu entraîner un sentiment de perte de maîtrise pour certaines femmes. Mme E a semblé s'être laissée porter par les événements : « *Après tout s'est tellement enchaîné que j'ai dit oui oui oui jusqu'à la fin et j'étais un peu perdue.* ». Mme A a également été dépassée par l'enchaînement de la situation : « *Ça s'est tout enchaîné. [...] Ça a été tellement vite. Je n'ai pas trop eu le temps de réfléchir.* ».

De plus, la méthode médicamenteuse pouvait apparaître « expéditive » comme nous l'a verbalisé Mme G : « *C'était un peu expéditif quand même je trouve. [...] Je suis repartie tout de suite.* ». Le manque d'accompagnement après la première prise médicamenteuse a semblé avoir été « déroutant » pour cette femme qui a expliqué : « *Pour moi ça s'est passé très rapidement, j'ai vu l'infirmière, le médecin et je suis sortie. [...] On m'a donné les médicaments dans le couloir et on m'a dit qu'il fallait que je rentre chez moi.* ».

Quelque soit la méthode de prise en charge, la courte durée des rendez-vous a été soulignée par les femmes. Mme B et Mme I ont respectivement exprimé quant à leurs prises

en charge différentes : « *Je n'ai pas eu l'impression que ça pouvait être possible à la consultation car c'était assez rapide quand même.* » ; « *C'était super rapide.* ».

Enfin, la fin de cette grossesse et donc la proximité avec la mort pouvaient être difficiles à vivre pour certaines femmes quelque soit la méthode de prise en charge. Nous l'avons relevé dans le discours de Mme B quant à sa prise en charge chirurgicale : « *Je n'ai pas voulu trop tarder parce que d'une je me rendais compte que j'avais un embryon qui ne se développait pas, je n'avais pas envie de trainer avec ça et passer à autre chose.* ». Ainsi, l'attente qu'il pouvait y avoir entre deux rendez-vous nécessaires à la confirmation du diagnostic s'est avérée pénible pour certaines. Par exemple, Mme F nous l'a exprimé quant à sa prise en charge médicamenteuse : « *Ça a été émotionnellement difficile de devoir attendre.* ».

4.4. La perception des femmes concernant l'attitude des professionnels

4.4.1 La communication soignant-soigné

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [20], la communication est essentielle dans la relation soignant-soigné. Elle impacte la qualité des soins et la sécurité des patients lors de leur prise en charge. Une mauvaise communication peut être source d'incompréhension ou d'insatisfaction des patients concernant leur prise en charge. Mme C a été satisfaite des explications qui lui ont été données parce qu'elles étaient « *à la hauteur de ce [qu'elle] pouvait comprendre à l'instant T.* ». Elle a également qualifié le médecin rencontré de « *pédagogue* ».

Au contraire de Mme J ayant affirmé avoir manqué d'explications, n'a pas apprécié sa prise en charge : « *Je l'ai très mal pris ... Parce que je suis repartie, je ne savais pas du tout ce qu'il se passait quoi. Et ... Je trouve que la personne que j'ai eu a ni été rassurante, ni m'a expliqué. Je suis partie dans le flou total.* » .

La compréhension des patients dépend de plusieurs facteurs. En effet, d'après la HAS [20], la compréhension et la mémorisation par les patients des explications données seraient inférieures à 50%. Cela dépend de l'émotion de la patiente face à la situation au moment de ces échanges. La question de la disponibilité psychique au moment de l'annonce et face aux explications données s'est donc posée. Les émotions ont pu empêcher une assimilation complète des informations données. Nous avons pu le remarquer dans le discours de Mme I : « *Puis vous voyez je n'arrive pas à retrouver les mots qu'il a pu dire.* ».

La compréhension dépend également des limites concernant les connaissances médicales des patientes. En effet, dans le discours de Mme E, nous pouvions voir ces limites : « *Il n'a presque rien expliqué. Lui il a compris les choses, il est médecin.* ».

De plus, pour Mantz JM. et Wattel F. [21], l'hyper technicité du milieu médical pourrait être « *dépersonnalisante* » et « *déshumanisante* ». Nous pouvions le voir au travers du discours de Mme B : « *Il y a le côté médical qui revenait... Plus chiffres scientifiques et... Il n'y a pas trop de côté psychologie là dedans.* » ; « *On entend toujours que le médecin est vraiment le scientifique pas du tout dans la psychologie mais ça peut être dur pour la personne en face qui n'est pas dans le milieu médical.* ». Mme F nous a également expliqué son ressenti : « *Suivant les personnes, le discours est plus médical ou plus humain. C'est différent.* ».

Selon Formarier M. [22], les représentations de chacun sont importantes dans la relation de soin. Cette dernière entraîne des « *interactions asymétriques* » du fait des statuts distincts entre les soignants et les patients. Il peut donc y avoir des différences entre les obligations professionnelles des praticiens hospitaliers et les attentes des femmes. C'est pourquoi la prise en charge doit être adaptée au patient et à son environnement.

Mme F nous l'a exprimé : « *On n'a pas le même point de vu et c'est difficile de se comprendre ou de s'entendre alors que ce n'est pas conciliable. Il faut prendre son mal en patience quoi. Il y a une cassure entre les professionnels médicaux et les patientes qui n'ont pas les mêmes attentes.* ».

4.4.2 La banalisation des professionnels de santé

Wong MKY. [15], dans son article, a expliqué que « *les généralisations excessives pouvaient constituer un obstacle à une communication efficace entre les professionnels de santé et les patients* ».

Neuf femmes interrogées ont ressenti une « *banalisation* » de leur fausse-couche. Nous avons donc pu noter que la méthode de prise en charge n'a pas eu d'influence. En effet, Mme A nous a cité les mots qui lui ont été dits lors de sa prise en charge chirurgicale : « *Dans sa façon de parler c'est : "Oui de toute façon c'était une petite grossesse donc on se doutait bien que tout était vide"* ». Mme G, lors de sa prise en charge médicamenteuse, l'a également évoqué : « *Elle m'a dit qu'il fallait sortir et continuer à vivre normalement.* ».

Dans son article, Wong MKY. [15] a expliqué que la fréquence élevée des fausses-couches peut induire une minimalisation par les professionnels de santé dans une volonté de réduire

l'impact psychologique de cette perte chez les patientes. Cependant, les femmes peuvent le percevoir comme une « *banalisation* » et un « *manque d'empathie* » de leur part.

Mme A a modéré son discours en nous expliquant cette différence de vécu : « *Ils ont tendance à minimiser. [...] Je me doute que c'est le quotidien.* ».

4.4.3 L'attitude empathique professionnelle

Selon la HAS [23], la prise de temps, l'écoute et le choix des mots sont nécessaires à une bonne communication soignant-soigné. C'est pourquoi une attitude bienveillante est essentielle de la part du professionnel de santé.

Mme F et Mme I ont apprécié l'attitude empathique des professionnels : « *J'ai quand même dans l'ensemble l'impression d'avoir eu à faire à des personnes qui étaient très humaines et compatissantes et qui tenaient compte de ce que l'on pouvait ressentir.* » ; « *Il a trouvé les mots en disant que c'était ni ma faute ni celle de mon compagnon... je ne sais plus exactement les mots mais c'était prévenant.* ».

L'empathie est la « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* ». Pour Formarier M. [22], l'attitude empathique du professionnel de santé consiste en une « *écoute compréhensive permettant de faciliter le dialogue sans familiarité ni condescendance* ». Nous avons pu l'illustrer avec l'entretien de Mme I : « *Il était abordable du coup vous voyez et pas avec une grande distance où je suis médecin et voilà.* ». Aussi, lors de son entretien, Mme C a expliqué que le médecin avait « *fait attention à [son] état* ».

Les gynécologues-obstétriciens sont souvent les praticiens de première ligne pour la prise en charge d'une fausse-couche précoce. L'équipe de Carter D. [24] a expliqué l'importance d'une approche empathique et compréhensive afin de contribuer à la « *guérison psychologique* » des patientes.

4.5. La place de la femme dans sa prise en charge

Les explications et les informations données par les professionnels de santé sont essentielles. Selon la HAS [20], elles doivent à la fois être verbales, écrites et comportementales. Différents outils existent afin de faciliter ce dialogue. Le « *Teach Back* » ou la reformulation par le patient des explications données ainsi que l'invitation du soigné à initier le dialogue permettent de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Cela permet une décision médicale partagée ; c'est-à-dire un échange bilatéral d'informations nécessaire

à la prise d'une décision commune. Dans le discours de Mme C, nous avons vu la liberté de parole que lui avait laissé le professionnel de santé : « *Elle demande tout le temps si on a des questions à poser ou si il y a quoi que ce soit.* ». L'attitude prévenante et la possibilité d'un échange bilatéral sont donc essentielles à la prise d'une décision libre et éclairée.

Au cours de nos entretiens, nous avons remarqué que les femmes réagissaient parfois en miroir de l'attitude des professionnels de soin. Au travers du discours de Mme F, nous avons pu voir que la place de la femme était souvent celle que le professionnel de santé lui laissait : « *Les gens ont pris le temps d'écouter et de répondre aux questions. Suivant les médecins, ils sont plus ou moins avenants et on a plus ou moins envie de poser des questions.* ». L'article de van den Akker O. [25] a appuyé ces propos.

Selon la méthode de prise en charge, la femme ne joue pas le même rôle. En effet, elle est « *actrice* » lors d'une prise en charge médicamenteuse avec le geste d'ingérer le médicament. Lors d'une prise en charge chirurgicale, elle est « *passive* » de par l'inconscience liée à l'anesthésie générale. Mme B a expliqué quant à sa prise en charge chirurgicale : « *Je suis endormie donc je n'en suis pas consciente. Je sais que ça se fait mais je me sens prise en charge et je me réveille et c'est fait.* ».

Les spécificités de chaque méthode auraient également guidé la décision des femmes concernant le choix de l'une ou l'autre. Mme C a préféré la méthode médicamenteuse car elle n'aimait pas le fait que dans la méthode chirurgicale « *on allait à l'intérieur, on trifouillait un peu* ». Au contraire, Mme E a opté pour l'intervention chirurgicale car elle souhaitait « *la méthode la plus efficace* ».

Le rôle que pouvait jouer la femme en acceptant d'acter la fausse-couche en prenant la décision du choix de méthode pouvait être difficile. Mme F l'a exprimé : « *Et effectivement la responsabilité nous revient.* ». Certaines patientes ont eu besoin d'être orientées quant à leur prise de décision. En effet, Mme F a évoqué son besoin d'accompagnement : « *C'est plus simple quand on a un avis médical plutôt que : vous avez le choix entre ça et ça et maintenant choisissez.* ».

5. Les besoins et les attentes des femmes concernant leur prise en charge

5.1. L'organisation de la prise en charge

5.1.1 Dans sa continuité

Les patientes avaient des attentes concernant la continuité dans les professionnels rencontrés. Mme A et Mme I ont respectivement proposé : « *Ce qui pourrait être bien c'est d'avoir la même personne à chaque fois. Pour avoir un meilleur suivi.* » ; « *Peut-être juste avoir la même personne à chaque fois, ce serait bien.* ».

Ensuite, le besoin d'une continuité spatiale a été évoqué. Par exemple, le discours de Mme C : « *Déjà on attend toute la journée que les heures passent et en plus il faut encore attendre en bas pendant je ne sais pas combien de temps de se faire enregistrer et ensuite remonter en haut pour juste ça.* ».

Pour Mme B, la totalité d'une prise en charge dans le même service était sécurisant : « *Je préférerais dans le service.* ».

5.1.2 Dans sa temporalité

La notion de temps est souvent revenue au cours des entretiens. Mme B nous a confié son besoin de mûrir sa réflexion : « *Le temps de mûrir un petit peu.* ».

Nous pouvions voir, au travers de ce besoin de temps nécessaire à l'aboutissement d'un choix de méthode, qu'il y avait un besoin de temps pour entendre le diagnostic.

Mme E et Mme D ont respectivement exprimé leurs besoins : « *Un jour ou deux, c'est pour ça que j'ai demandé de repousser l'opération pour laisser le temps d'accepter aussi. De relativiser et d'accepter.* » ; « *Laissez-moi juste le temps de digérer.* ».

Pour Mme B, le délai de réflexion demandé répondait au besoin de temps nécessaire à l'acceptation et à la confirmation du diagnostic : « *Je pense que c'est important d'avoir quelques jours de réflexion. Moi ça m'a rassurée en quelque sorte d'avoir un premier diagnostic où là j'ai accusé le coup et que ce ne soit pas précipité.* ».

5.2. Verbaliser et comprendre

Les femmes interrogées ont évoqué leur besoin d'échange et de verbalisation. À travers le discours de Mme I, nous avons pu noter l'importance de verbaliser leur vécu : « *De le dire, je pense que c'est que j'en avais besoin.* ». Mme C l'a également souligné : « *C'est important de pouvoir en parler avec quelqu'un. De se libérer. C'est se libérer de tout ça.* ».

Nous avons pu voir dans un article rédigé par Sejourne N. et son équipe [7], l'importance de permettre aux femmes d'exprimer leur vécu et de leur accorder une attention particulière concernant la singularité de celle-ci.

De plus, dans le discours de Mme E, nous nous sommes aperçus que le simple fait d'échanger, même si ce n'est pas sur le sujet de la fausse-couche pouvait aider à ne pas se replier sur soi. Elle nous a confié : « *Ça fait du bien de parler à des gens même si on ne parle pas forcément de pourquoi on est là mais parler de tout et de rien. Ça aide. Ça reste un minimum humain. Je trouve que ça fait du bien.* ».

Pour faciliter les échanges, Mme B aurait trouvé intéressant de pouvoir partager son expérience avec des femmes qui auraient un vécu similaire : « *Un groupe d'échange ce serait intéressant. Qu'on laisse cette possibilité. [...] Ça je trouve ça intéressant d'échanger les expériences en fait. De pouvoir rencontrer des femmes qui ont vécu ça aussi et qui ont réussi à avoir un enfant par la suite. Je pense que ça participe au fait de dédramatiser un peu les choses.* ».

Enfin, l'ensemble des femmes que nous avons rencontrées nous ont remerciées d'avoir pris le temps de les écouter et de leur avoir permis de s'exprimer sur leur vécu et leur ressenti.

Aussi, les femmes interrogées étaient demandeuses d'explications complètes et compréhensibles. Mme J nous l'a expliqué : « *J'aurais aimé qu'on m'explique les choses car je savais pas ce qui allait m'arriver.* ». Tout comme Mme A qui nous a dit : « *Je pense qu'on aurait du mieux parler des différentes méthodes. Moi je ne savais pas ce qui était le mieux pour l'après.* ».

Dans son article, Wong MKY. [15] a expliqué que les femmes ont besoin d'informations spécifiques concernant leur fausse-couche précoce.

Van den Akker O. [25] a aussi démontré que les femmes étaient généralement mal informées sur les aspects médicaux et souhaitaient des informations concernant leur fausse-couche précoce.

5.3. Écoute et soutien psychologique

La nécessité d'une écoute des attentes et des inquiétudes des femmes s'est également révélée être essentielle. En effet, Mme A nous a expliqué que la « *meilleure* » prise en charge était celle qui répondait aux besoins : « *Au moment de l'hospitalisation, elle m'a écouté comme je ne voulais plus attendre. Donc à ce niveau là la prise en charge n'aurait pas pu être mieux.* ». Mme F, quant à elle, a apprécié le fait qu'on tienne compte de ce

qu'elle pouvait ressentir : « *Qui a tenu compte de la peine que ça pouvait faire. [...] J'ai trouvé ça très entourant. J'ai vraiment eu l'impression d'avoir eu à faire avec des soignants qui sont là pour nous aider.* ».

Sejourné N. [12] a appuyé ces propos en montrant le besoin qu'ont les femmes d'une attitude plus prévenante de la part des professionnels de santé.

De plus, neuf patientes sur dix ne se sont pas vues proposer un entretien psychologique. Pourtant, toutes l'auraient souhaité. Mme G et Mme E ont respectivement confirmé ce besoin : « *Je pense que de sortir directement sans voir de psychologue ça peut être un peu compliqué.* » ; « *Mais sinon oui je n'aurais pas dit non pour pouvoir discuter avec un psychologue de certaines choses concernant mon ressenti par rapport à mon hospitalisation.* ».

Van den Akker O. [25] a montré que la majorité des femmes pensaient qu'elles auraient pu bénéficier d'un soutien psychologique après leur fausse-couche.

5.4. Reconnaissance du statut de mère

Au cours des entretiens, les femmes ont émis un besoin de reconnaissance de leur état de grossesse. Ainsi Mme A attendait : « *D'être un peu plus ... Quand on annonce à la dame que c'est fini, peut-être qu'on lui dise... Même si ils nous ont tous dit : "C'est le tout début, c'est plus facile, ça va passer". Non ce n'est pas plus facile.* ». Cette patiente semblait estimer que le professionnel de santé avait « *minimisé* » sa fausse-couche. Ainsi, nous avons pu voir que, quelque soit le terme de la grossesse, la femme se considère comme mère.

Mme E a exprimé son besoin de preuve de l'existence de sa grossesse : « *Je voulais avoir quelque chose. Aujourd'hui je n'ai même pas un papier, une feuille qui stipule que j'ai subi une fausse-couche.* ». Cette grossesse que personne ne voyait de l'extérieur était très investie par cette patiente. La reconnaissance de son existence apparaissait essentielle pour faire face à cette perte.

La considération de la perte de cette grossesse et du statut de mère qui y était associé était importante pour les femmes. Nous pouvions le voir dans le discours de Mme F : « *Le fait qu'un professionnel puisse tenir compte du côté humain, de l'aspect émotionnel ça m'a beaucoup touché.* ».

La prise en compte et la reconnaissance des émotions douloureuses doivent faire partie intégrante de la prise en charge pour Sejourné N. [7].

5.5. Réassurance quant à l'avenir

Les paroles dites lors de la prise en charge pouvaient être importantes. En effet, nous nous sommes aperçus, au travers du discours de Mme B, que parler d'avenir était rassurant : *« C'est pas parce que là il y a une fausse-couche que derrière ça ne viendra pas naturellement et que ça ne fonctionnera pas. Donc elle m'avait bien rassurée. »*.

Malgré cette étape difficile pour les femmes, la totalité de celles interrogées avaient une volonté d'aller de l'avant et d'avoir une nouvelle grossesse. Pour l'illustrer, nous pouvions citer les paroles respectives de Mme C et Mme D : *« Il faut que je continue à avancer et à réessayer »* ; *« Il faut penser à autre chose. Je ne veux pas arrêter de vivre à cause de ça »*. Sejourné N. [7] a expliqué que la volonté d'avoir une prochaine grossesse était une des principales préoccupations des femmes.

6. Propositions d'actions

Au vu de notre analyse et dans une volonté d'amélioration continue de nos pratiques, nous avons réfléchi à des propositions d'actions concernant la prise en charge des fausses-couches précoces.

6.1. Création d'un support écrit

Neuf femmes sur dix ont souhaité un support d'information écrit. En effet, le manque de temps lors des rendez-vous ainsi que l'indisponibilité psychique face aux explications pouvaient créer une incompréhension ou une insatisfaction des informations reçues. Nous l'avons vu au travers du discours de Mme G : *« Et le petit dépliant c'est pas mal aussi surtout quand on a pris un petit peu de recul, qu'on revient chez soi retirée de l'environnement de l'hôpital, qu'on puisse s'y replonger pour comprendre ce qu'il nous arrive. »*.

Selon les femmes interrogées, la remise d'un support visuel reprenant les explications données pourrait leur permettre de poser plus facilement des questions mais également les

aider à prendre une décision éclairée. Mme B nous l'a expliqué : « *Moi je suis assez visuelle et c'est vrai que je sais que justement les questions auxquelles je ne pense pas forcément sur le coup, le fait de me laisser un temps de réflexion, que je regarde le support avant de choisir ... ça aurait pu être bien.* ».

D'autre part, la possibilité de contacter le service ou encore un psychologue pourrait sécuriser comme nous l'a dit Mme I : « *Le fait d'avoir un document qui explique qu'on peut éventuellement appeler quelqu'un, je trouve que c'est rassurant* ».

Il nous semble qu'un livret pourrait répondre aux besoins des patientes. Il pourrait reprendre les explications concernant la fausse-couche précoce, les deux méthodes de prise en charge, ainsi que les risques et effets secondaires de chacune. Celui-ci reprendrait également le numéro du service que les femmes pourraient appeler si besoin. Enfin, les coordonnées de la psychologue du service ou encore de groupes de parole existant y seraient notifiées. Ce livret serait un outil qui pourrait également accompagner le professionnel de santé dans sa prise en charge. En effet, il pourrait être un support pour initier ou compléter les échanges soignants-soignés.

6.2. L'entretien psychologique

Après une analyse faite concernant les besoins des femmes, il nous semblerait indispensable de donner systématiquement les coordonnées de la psychologue de service. De même, une proposition d'entretien devrait être systématique ; la patiente ayant ensuite la possibilité de consulter si elle le souhaite.

Nous avons également pensé créer des séances de groupes de parole où plusieurs femmes ou couples pourraient échanger sur leur vécu. Ce groupe de parole serait animé par la psychologue du service.

Mme B nous l'avait suggéré : « *Peut-être la possibilité de faire une rencontre en groupe à la suite pour celles qui le souhaitent. Pour avoir ce côté prise en charge psychologique. Peut être une psychologue qui serait là avec un groupe de parole qui apporte à la fois ce côté échange d'expérience et ce côté psychologique.* ».

6.3. L'encadrement de la prise en charge médicamenteuse

Nous avons également pensé à hospitaliser les patientes en ambulatoire sur une journée dans le service de gynécologie de l'HME de Limoges pour la prise du misoprostol ; comme cela est déjà le cas pour les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses. Cela leur permettrait d'être encadrées et donc sécurisées lors de l'expulsion de leur grossesse et de ne pas être livrées à elles-mêmes. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, l'expulsion au domicile pouvait être anxiogène pour les femmes.

6.4. Pour élargir le travail de recherche

Nous pourrions continuer le travail de réflexion sur la problématique étudiée sur un plus grand échantillon de patientes afin de recueillir des résultats au plus proche de ceux de la population générale.

Dans un souhait d'élargir les résultats de recherche, nous pourrions réfléchir à une autre étude qui serait menée au sein d'autres établissements de santé. Nous pourrions ainsi établir des points communs et des différences entre les prises en charge, le vécu et les besoins des patientes afin d'utiliser l'expérience de chacun dans un but d'amélioration continue de nos pratiques professionnelles.

Conclusion

La fausse-couche précoce complique 12% des grossesses. C'est la première cause d'urgence gynécologique en France. Le professionnel de santé y est donc souvent confronté.

Cette prévalence mais aussi la souffrance psychologique des femmes que nous avons constaté au terme de notre étude nous ont confirmé l'intérêt que nous pouvions porter à ce sujet.

En effet, nous avons pu voir que quelque soit le terme de la fausse-couche, une souffrance psychologique existe chez les femmes car le sentiment de perte est omniprésent. La femme investit sa grossesse depuis sa conception. La fracture entre le vécu de celle-ci et la visualisation extérieure par l'entourage peut entraîner des incompréhensions et donc une souffrance pour les femmes.

Par ailleurs, nous avons pu constaté que la prise en charge d'une fausse-couche précoce pouvait apparaître complexe de par la rencontre entre le milieu médical et les patientes à la position, à la fonction et aux représentations différentes. En effet, les patientes ont des attentes concernant leur prise en charge qui ne sont pas toujours en corrélation avec les obligations professionnelles et médicales des soignants.

La communication soignant-soigné s'est révélée être essentielle dans cette prise en charge. Tout d'abord, du fait du choc émotionnel lié au diagnostic, les patientes peuvent être dans une indisponibilité psychique qui ne leur permet pas de recevoir les explications données. De plus, la technicité des termes médicaux que le praticien est en devoir d'utiliser afin d'expliquer de façon professionnelle les événements peut rendre l'information difficilement accessible. Les incompréhensions se révélant alors peuvent être source d'un vécu difficile pour les femmes concernant leur prise en charge.

Les femmes ont besoin d'une écoute empathique, d'une prise de temps et d'une délivrance d'informations complètes à la hauteur de ce qu'elles peuvent entendre et comprendre. De plus, la possibilité d'une verbalisation de leur ressenti, la prise en considération de leur perte ainsi qu'une réassurance quant à la possibilité d'une nouvelle grossesse ont été souhaitées de façon prédominante dans ce travail de recherche.

Face à ces constatations, nous avons suggéré la proposition systématique d'entretiens psychologiques et la création d'un groupe de parole dans le service animé par un psychologue. Nous proposons également la mise à disposition d'un livret d'informations pouvant servir d'outil à l'ouverture du dialogue pour le praticien mais aussi d'accompagnement pour les patientes.

Enfin, dans un souhait d'élargir les résultats de recherche, nous pourrions réfléchir à une autre étude qui serait menée au sein d'autres établissements de santé et à un plus grand échantillonnage.

Références bibliographiques

- [1] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : les pertes de grossesse. 2016.
- [2] 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.
- [3] Libault D. Lettre ministérielle. CNAV [Internet]. 2010, [consulté le 5 oct 2017].
Disponible sur : <http://www.legislation.cnnav.fr/Pages/texte.aspx?ID=60786>
- [4] Bourrat MM et Garoux R. Les relations parents-enfants, De la naissance à la puberté. Armand Colin. 2003.
- [5] Hanus M. Le deuil de ces tout-petits enfants, Summary. Études sur la mort. 2001;no 119(1):7-15.
- [6] Bydlowski M. Je rêve un enfant : L'expérience intérieure de la maternité. Odile Jacob; 2000. 181 p.
- [7] Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. Devenir. 2009;21(3):143.
- [8] Athey J et Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Primary Care Update for Ob/Gyns. 2000;
- [9] Tournebise T. Fausse couche un deuil à prendre en compte [Internet]. 2009, [consulté le 5 oct 2017].
Disponible sur : http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/fausse_couche.htm
- [10] Beucher G. Prise en charge des fausses-couches spontanées du premier trimestre. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. mai 2010;39(3):F3-10.

[11] Haussaire-Niquet C. L'enfant interrompu : la mort au creux du ventre, Summary. Études sur la mort. 2001; no 119(1):155-62.

[12] Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2008;37(5):435-40.

[13] Buffet AL. Etat de sidération - Définition. Contre la violence psychologique [Internet]. 2014, [consulté le 26 oct 2018].
Disponible sur : <https://cvpcontrelaviolencepsychologique.com/2014/09/24/etat-de-sideration-definition/>

[14] Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Bertero C. Guilt and emptiness : women's experiences of miscarriage. Health Care for Women International. juill 2004;25(6):543-60

[15] Wong MKY, Crawford T, Gask L and Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage : implications for the primary healthcare team. British Journal of General Practice. sept 2003.

[16] Chabrol H. Les mécanismes de défense. Recherche en soins infirmiers. 2005;82(3):31.

[17] Ionsecu S, Jacquet MM, Lhote C. Les mécanismes de défense - Théorie et clinique. Nathan université. 2001.

[18] Chung T, Kong G, Lai B & Lok I. (2010). Gender comparison of psychological reaction after miscarriage- a 1 year longitudinal study. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 117, 1211-1219.

[19] Continuité des soins [Internet]. CHU Rouen. [consulté le 4 janv 2019].
Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/page/continuite-des-soins>

[20] Haute Autorité de Santé. Communiquer-Impliquer le patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017, [consulté le 18 févr 2019].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient

[21] Mantz JM et Wattel F. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné [Internet]. Académie nationale de médecine. 2006, [consulté le 18 févr 2019].

Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>

[22] Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers. 2007;89(2):33.

[23] Haute Autorité de Santé. Annonce d'une mauvaise nouvelle [Internet]. Évaluation et amélioration des pratiques. Mai 2008, [consulté le 18 févr 2019].

Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf

[24] Carter D, Misri S and Tomfohr L. Psychologic aspects of early pregnancy loss. Clinical obstetrics and gynecology. 2007;50(1):154-65.

[25] van den Akker O. The psychological and social consequences of miscarriage. Expert review of obstetrics and gynecology. 2011;6(3).

Annexes

Annexe I. Notice explicative.....	43
Annexe II. Trame d'entretien.....	44
Annexe III. Caractéristiques des femmes interrogées	46
Annexe IV. Entretien de Mme F	47

Annexe I. Notice explicative

Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge

Bonjour,

Je m'appelle Mathilde Lebrun. Je suis étudiante en 4^{ème} année à l'école de sages-femmes de Limoges. Je souhaite faire mon mémoire de fin d'études sur le vécu psychologique de la prise en charge hospitalière des fausses-couches précoces.

Ainsi, afin de mener mon étude à bien, je souhaiterais faire des entretiens afin de vous rencontrer et que nous puissions échanger autour du vécu de votre fausse-couche et de sa prise en charge.

Le but de mon étude est de témoigner de votre vécu et ainsi mettre en lumière des difficultés rencontrées dans un souci d'un meilleur accompagnement des patientes.

Afin de mener au mieux mon étude, un accès à votre dossier médical m'est nécessaire dans les limites de celle-ci et en vous garantissant un anonymat complet dans sa retranscription.

Si vous acceptez de faire partie de mon étude, je vous recontacterai par téléphone dans un délai d'un mois après votre fausse-couche.

Je soussignée accepte de faire partie de l'étude et ainsi d'être enregistrée lors des entretiens.

Je soussignée que l'étudiante Mathilde Lebrun accède à mon dossier médical dans les limites de son mémoire et me contactera par téléphone dans un délai d'un mois.

Le

A

Signature

Annexe II. Trame d'entretien

- Vous souvenez-vous quelle a été votre orientation en arrivant à l'hôpital ? Vers quel service vous a-t-on orienté ? Celui de gynécologie ou la salle de naissance ?
- Comment avez-vous perçu votre accueil ? Et le premier contact avec une personne du corps hospitalier ?
- Comment avez-vous appris que vous faisiez une fausse-couche ?
- Comment avez-vous vécu cette annonce ?
- A quel terme étiez-vous ?
- Étiez-vous seule ou accompagnée au moment de l'annonce ?
- Si seule, proposition de faire venir une personne de l'entourage ?
- Comment vivez-vous le fait d'avoir fait une fausse-couche ?
- Vous a-t-on expliqué le déroulement de la prise en charge et de ce qui allait être fait par la suite ?
- Comment avez-vous perçu les explications données ? Qu'en avez-vous retenu ?
- Vous ont-elles suffi ou auriez-vous préféré un autre support d'information (plaquettes, livret d'information, internet) ?
- Avez-vous fait des recherches plus approfondies ? Sur quel support ou par quel moyen ?
- Comment la prise en charge de l'arrêt de votre grossesse s'est-elle déroulée tout au long de votre hospitalisation ? Pouvez-vous m'expliquer quelle a été votre prise en charge ?
- Vous a-t-on donné des médicaments ou avez-vous eu une intervention chirurgicale ? (différence entre acté et subi)
- Comment l'avez-vous ressentie ?
- Avez-vous ressenti le besoin d'un soutien psychologique ?
- Si oui, vous en a-t-on proposé un ? Vous a-t-on parlé d'un groupe de parole avec des personnes dans la même situation que vous ?
- Dans la prise en charge, comment avez-vous perçu le soutien psychologique de l'équipe ?
- Y a-t-il des mots ou comportements de la part du personnel soignant qui vous ont choqué ou au contraire aidé ?
- Auriez-vous aimé une prise en charge différente ? Avez-vous des suggestions pour améliorer celle-ci ? Sur le moment ou à moyen terme ?
- Avez-vous eu un suivi plus spécifique sur le long terme ? Si oui, par qui ou par quel moyen ?

- Envisagez-vous une prochaine grossesse ? Si oui, quels sont vos sentiments par rapport à celle-ci ?

Annexe III. Caractéristiques des femmes interrogées

	Méthode de prise en charge	Âge	Gestité	Parité	Terme	Profession	Situation familiale
Mme A	Chirurgicale	35 ans	4	1	7 SA	Salariée	En couple
Mme B	Chirurgicale	35 ans	1	0	10 SA	Fonctionnaire	En couple
Mme C	Médicamenteuse	35 ans	2	0	9 SA	Fonctionnaire	En couple
Mme D	Chirurgicale	34 ans	1	0	10 SA	Sans profession	Célibataire
Mme E	Chirurgicale	37 ans	4	3	7 SA	Sans profession	En couple
Mme F	Médicamenteuse	33 ans	1	0	10 SA	Fonctionnaire	En couple
Mme G	Médicamenteuse	23 ans	1	0	Œuf clair	Étudiante	En couple
Mme H	Chirurgicale	33 ans	1	0	9 SA	Chef d'entreprise	En couple
Mme I	Médicamenteuse	37 ans	1	0	12 SA	Salariée	En couple
Mme J	Médicamenteuse	31 ans	2	1	10 SA	Salariée	En couple

Annexe IV. Entretien de Mme F concernant sa prise en charge médicamenteuse

- « Pouvez-vous m'expliquer pour quelle raison vous êtes allée à l'hôpital ? »

« En fait j'ai eu un rendez-vous chez ma gynécologue le mardi et elle m'a annoncé que le développement enfin que la grossesse ne se passait pas bien et que le développement était compliqué. Du coup, elle m'a fait faire deux prises de sang pour vérifier le taux d'hormones qui étaient en baisse et elle m'a donné un rendez-vous la semaine d'après. Donc à ce moment là elle m'a dit que le développement ne se faisait pas bien et elle m'a fait un courrier pour aller à l'HME et qu'ils déclenchent une fausse-couche car de toute façon la grossesse n'évoluait pas. Sauf que quand je suis arrivée à l'HME, l'interne que j'ai vu a été très bien et très compatissante mais elle m'a dit qu'elle ne trouvait pas les mêmes mesures que mon gynécologue et que comme c'est une grossesse qui est désirée, il fallait essayer de prendre son temps et donc qu'elle ne pouvait pas me donner quoi que ce soit. Il fallait attendre encore une semaine. Donc déjà c'était difficile d'accepter que ça ne fonctionne pas et en plus, il a fallu attendre une autre semaine. Il y a déjà eu une semaine de stress où je me demandais si ça allait être bon ou pas et après il fallait encore attendre une semaine. J'ai été obligée de revenir plusieurs fois à l'HME pour des analyses ou jusqu'à ce que ça se déclenche naturellement. J'ai vu une première fois une interne qui m'a dit qu'il fallait attendre un peu. Elle m'a arrêté car ça a été émotionnellement difficile de devoir attendre. Elle m'a aussi dit qu'au moindre saignement il fallait que je revienne. Je suis revenue le vendredi car je commençais à avoir des saignements et la personne que j'ai vu a dit qu'effectivement il était encore trop tôt par rapport à l'autre rendez-vous pour pouvoir intervenir mais qu'à priori ça ne s'annonçait pas bon et que là c'était trop tôt pour elle, qu'elle ne pouvait pas faire grand chose mais qu'effectivement ça risquait de se déclencher. Je suis rentrée chez moi et le dimanche j'ai eu des contractions, enfin des douleurs dans le ventre. Le lundi j'avais le rendez-vous donné par la première interne et donc quand je suis revenue la personne m'a dit qu'effectivement il y avait des saignements mais que pour l'instant il n'y avait rien d'évacué. Il fallait donc peut être intervenir. Elle m'a proposé deux méthodes. C'était compliqué parce qu'on a aucune idée de quoi choisir. Et puis par rapport à mon travail c'était difficile parce que je ne savais pas du tout comment ça allait se passer. Donc j'ai fini par opter pour l'intervention et donc dans l'après-midi j'ai du revenir car la fausse-couche s'est déclenchée naturellement. Quand je suis revenue c'était la même personne. Elle m'a donné des comprimés pour aider. Le lendemain il y avait l'intervention qui était prévue mais il n'y en a pas eu besoin puisque ça s'est fait naturellement et l'interne, enfin la nouvelle personne, parce que j'en ai vu quatre, m'a dit que tout était évacué donc ça a été annulé. »

- « Vous me dites que c'est compliqué de faire le choix de la méthode. Vous a-t-on apporté des informations et des explications sur les méthodes ? »

« On m'a apporté des informations mais déjà je suis arrivée à l'hôpital en me disant que c'était fichu et que ça allait être vite réglé. Et en fait ça ne s'est pas fait aussi vite car la médecin m'a expliqué en me disant qu'ils prenaient des précautions, ce que je comprends mais ce qui est difficile c'est qu'en tant que médecin elle a un point de vu tout à fait logique mais en tant que patient on se dit qu'on voulait que ça soit réglé parce que c'est difficile d'attendre et du coup c'est pas simple à gérer. Avec le recul je me dis que c'est logique et qu'heureusement que ça s'est passé comme ça mais sur le coup ça a été difficile. J'ai eu des informations sur les deux méthodes, sur les risques mais suivant les personnes, la présentation n'était pas la même. La première personne que j'ai vu m'a dit : "eh bien écoutez moi je pense qu'il vaudrait mieux essayer par médicament car c'est plus naturel, il y a moins de risque que pour l'intervention". Et le dernier médecin que j'ai vu avait l'air plus partant pour l'intervention chirurgicale en me disant : "Écoutez, les médicaments vous avez des risques d'hémorragie, c'est douloureux, chez certaines femmes ça peut mettre jusqu'à 10 jours avant de se déclencher". Du coup je me disais par rapport à mon travail, vous allez faire comment ? Vous allez m'arrêter ou pas ? Je travaille avec des enfants donc je ne voulais pas que ça survienne sur mon lieu de travail. Avec la chirurgie j'étais sûre que tout serait réglé mais à coté de ça, il y avait tous les risques liés à l'opération. Au final, j'ai appelé mon conjoint pour m'aider à prendre la décision parce que quand j'ai demandé au médecin il m'a répondu que c'était à moi de décider et que c'était selon moi. Ce n'est pas simple. Peut-être que j'espérais un aiguillage. Qu'on me dise que vu la taille du fœtus ou autre, il vaut mieux faire ça plutôt que ça. »

- « Pourquoi ce n'est pas simple ? C'est la prise de décision ou parce que vous pensez que vous n'avez pas assez d'informations pour prendre cette décision ? »

« C'était vraiment la décision parce que je me suis sentie... Je ne savais pas... Comment dire ? Les informations je les avais. Je connaissais les risques des deux cotés, je savais que ça pouvait être long mais au final c'était compliqué à gérer. D'un coté, par rapport à mon travail, je me demandais si il fallait que je m'arrête ou qu'on attende, comment j'allais me débrouiller. Mais à coté de ça, prendre les risques d'une opération c'est-à-dire les risques d'hémorragie et d'infection ... J'ai fini par prendre la décision d'avoir une intervention chirurgicale. Le médecin m'a envoyé vers les anesthésistes, j'ai rempli les documents. On se promène dans tous les services et puis en remontant elle m'a dit qu'elle avait oublié de me

dire qu'il y avait des risques hémorragiques, infectieux et le risque de lésion de l'utérus liés à l'intervention. Quand on annonce les risques on a envie de ni l'un ni l'autre. Ma gynécologue m'avait dit qu'elle m'envoyait vers l'HME parce qu'eux prendraient la décision de la méthode. Elle m'a dit : "Moi au vu de la taille, c'est un peu limite". Je pensais qu'il y avait un ordre. Qu'on faisait d'abord par médicaments puis par intervention. Et en fait non. Et du coup c'est déroutant et le choix est difficile à cause de ça. Et effectivement la responsabilité nous revient. Je n'avais pas de préférence. J'avais peur que ça dure trop d'un côté et de l'autre l'intervention fait toujours un peu peur. Surtout que sur le document qu'on m'a donné il y avait marqué IVG et c'est violent. C'est-à-dire que ce n'était pas volontaire, je m'en serais bien passé. Donc la terminologie rajoute un peu de tristesse disons. »

- « Quand vous parlez de mots violents comme IVG, y a t-il eu d'autres mots ou comportements dans votre prise en charge qui l'ont été ? »

« Disons que en fait ça dépendait vraiment des personnes qui sont intervenues. Les deux premiers médecins que j'ai croisé ont été très à l'écoute et très humaines à me dire : si vous avez besoin de temps on n'est pas obligé de le déclencher tout de suite, si vous avez besoin de temps pour accepter. Au contraire, je leur ai répondu que je préférais que ce soit rapide comme ça faisait déjà une semaine je voulais pouvoir passer à autre chose. On me donnait pleins d'explications, elles étaient rassurantes. C'est la première qui m'a dit : "Non mais là je vais vous arrêter car ça sera quand même mieux si vous êtes chez vous pour vivre ça". Et suivant les personnes, le discours est plus médical ou plus humain. C'est différent. Mais pas de mots en particulier à part ce terme d'IVG car ce n'était pas un choix. Après aucun médecin n'a dit le mot IVG non ce n'était pas ça. Ça n'a pas été présenté comme ça. C'est vrai que suivant les gens, le rapport n'est pas le même. Ça je pense que c'est peut-être plus lié à la personne qu'à la prise en charge. Le premier médecin était plus... disons que c'était plus simple car elle donnait son avis en tant que médecin en me disant : "Vous êtes libre, vous pouvez choisir mais je pense que". C'est plus simple quand on a un avis médical plutôt que : Vous avez le choix entre ça et ça et maintenant choisissez. C'est plus ça. »

- « Comment avez-vous vécu dans votre prise en charge le fait d'avoir vu plusieurs personnes et d'avoir été « baladée » comme vous me l'avez dit précédemment ? »

« Ça c'est très dur. Ça ce n'est pas simple car la première personne que j'ai vu m'a dit : "Je vous revois lundi". Mais en fait ce n'est pas elle que j'ai revu et ça changeait tous les jours. Du coup c'était compliqué parce que ce n'est pas la même personne donc il faut réexpliquer.

Je comprends le système mais c'est vrai que ce n'est pas facile. Ça n'aide pas et ce n'est pas rassurant. Pas simple avec les différents papiers et services mais toutes les personnes croisées prenaient le temps d'expliquer, de demander si on avait des questions. Ça a aidé à apaiser un peu les choses. Mais oui c'est immense, il y a des ascenseurs partout, des flèches partout. C'est l'hôpital quoi. L'accès aux urgences était facile. Cependant, la personne de l'accueil tout en bas pour faire les étiquettes m'a demandé pourquoi je venais et si j'étais enceinte donc je lui ai répondu que j'avais fait une fausse-couche alors qu'en fait elle n'avait pas encore eu lieu. Et la personne m'a dit bon courage avec un grand sourire. Bon disons que c'est un peu inapproprié mais bon elle ne va pas non plus faire une tête d'enterrement, ce n'était pas méchant. Après je n'ai pas eu de soucis, j'ai trouvé rapidement les urgences gynécologiques. L'aide soignante que j'ai vu a pris son temps et m'a laissé le temps de m'exprimer pour me rediriger vers le médecin donc je n'ai pas eu de soucis par rapport à ça. »

- « Vous a-t-on expliqué le déroulement de la méthode choisie ? »

« Pour l'hospitalisation oui mais pour les médicaments non. Pour les médicaments le médecin m'a donné les deux comprimés et m'a dit qu'il ne fallait pas les avaler mais les utiliser par voie vaginale. Mais après pour l'intervention oui elle m'a expliqué comment ça allait se passer. Que ça allait être sur la journée ou il qu'il faudrait rester la nuit en fonction de l'horaire de planification de l'intervention. Elle m'a expliqué ce qu'ils allaient faire et que je ressortirai le soir. J'ai eu l'impression que l'on m'a expliqué. Et puis j'avais aussi eu des informations de ma gynécologue aussi parce que j'avais des questions et elle m'a dit que ça me ferait comme des règles douloureuses au niveau des douleurs, qu'il faudrait surveiller les saignements pour qu'ils soient comme des règles et pas trop abondants. Un des médecins m'avait dit que si je voyais que je saignais beaucoup avec des caillots, c'est que ça ne se passe pas bien et qu'il faut venir aux urgences. Et en plus quelques soient les médecins, ils m'ont dit à chaque fois que si j'avais le moindre doute, il fallait que je revienne. J'y suis allée 3-4 fois en moins d'une semaine et à chaque fois j'ai pas eu l'impression de déranger ou qu'on me dise que je viens de façon abusive. J'ai suivi les conseils qu'on m'a donné et les médecins ont toujours insisté dans ce sens ; qu'au moindre doute il fallait venir. »

- « Vous a-t-on redonné à l'hôpital les explications que vous avez donné votre gynécologue de ville ? »

« Pas par rapport à la douleur, j'arrive pas ... je ne me souviens pas forcément. Je sais qu'on a plus insisté sur les risques, ce qui n'est pas très rassurant mais à côté de ça, il faut

bien le savoir. Sur le risque d'hémorragie, sur les saignements plus que sur les douleurs mais moi j'ai pensé à poser la question et tout de suite le médecin enfin les deux m'avaient dit : "Ah mais de toute façon si vous choisissez cette méthode, on verra des médicaments contre la douleur ». Et le médecin qui m'a donné les médicaments m'a prescrit quelque chose contre la douleur justement. Après je le savais donc disons que peut-être ça ne m'a pas été redit parce que je le savais déjà mais ... Voilà. »

- « Avez-vous ressenti la possibilité de poser des questions ? »

« Ah oui ça quelque soit la personne, j'ai pu ... Enfin ... Les gens ont pris le temps d'écouter et de répondre aux questions. Suivant les médecins, ils sont plus ou moins avenants et on a plus ou moins envie de poser des questions et si on n'en pose pas, ils n'en posent pas mais par contre j'avais toujours des réponses. Le dernier médecin qui a contrôlé que tout allait bien, s'est bien assuré que tout était bon avant que je rentre chez moi. De même, plusieurs internes ont appelé leur chef ou collègues pour avoir la confirmation. Le dernier a appelé sa collègue qui avait fait l'échographie précédente pour être bien sûr qu'elle avait vu les mêmes choses que lui et au même endroit pour être sûr qu'il n'y avait plus rien. Disons que c'était rassurant dans le sens où j'avais l'impression qu'il avait fait tous les examens et que pour lui tout était bon. »

- « Comment avez-vous vécu la prise en charge médicamenteuse ? De la prise des médicaments à la consultation de contrôle ? »

« Disons que ... C'est idiot mais ... On m'a donné les comprimés, on m'a dit comment les prendre, on m'a dit de surveiller que les saignements ne soient pas hémorragiques et on m'a donné des antidouleurs. Je suis rentrée chez moi et j'ai pris mes comprimés et j'ai la mauvaise manie de regarder les effets indésirables sauf que je n'avais pas la notice et j'ai fait la bêtise d'aller regarder sur internet et j'ai vu partout prise orale donc j'ai eu un doute en me disant : j'espère que j'ai bien compris et que je ne me suis pas trompée. Le lendemain j'ai demandé au médecin en espérant ne pas avoir fait de bêtises. Surtout que j'ai deux de mes collègues et des amies qui ont fait des fausses-couches et qui elles ont été violentes et elles ont eu très très mal. Moi l'antidouleur a été très efficace et je n'ai pas du tout eu mal. Je me suis dit que ça n'avait pas marché. Et du coup le médecin me dit : "Non ma collègue n'a pas fait d'erreur et ce n'est pas vous qui avez mal compris, c'est bien comme ça car on peut le prendre de différentes manières". Mais c'est vrai que sur le coup je suis repartie avec mes deux cachets et avec rien. Je sais que sur la notice de l'antidouleur il y avait marqué que ça pouvait shooter mais l'autre médicament, il y aurait eu un effet indésirable je ne l'aurais pas

su. Je serai revenue aux urgences mais bon voilà. J'ai appelé aussi. Je sais que quand j'ai commencé à avoir des saignements importants. Comme je revenais de l'hôpital le matin même, j'ai appelé les urgences et la personne que j'ai eu au téléphone a demandé l'avis au médecin et m'a dit le médecin veut vous revoir donc revenez. Même au téléphone, les gens ont été à l'écoute. »

- « Vous me dites que vous avez parlé de vos expériences avec vos amies et vos collègues. Avez-vous ressenti le besoin de parler de votre expérience avec d'autres personnes ? »

« Ah oui ça c'est ... Je sais que j'ai une amie et une collègue avec qui j'en ai parlé car c'est compliqué, ça me faisait peur, c'était ma première grossesse donc il y avait une crainte et la crainte d'avoir mal. D'autant plus que ma mère a fait une hémorragie à la naissance de mon jeune frère et c'était quelque chose qui était angoissant. Les trois personnes m'ont dit qu'elles avaient eu extrêmement mal donc c'était compliqué. C'est vrai que ça a été important pour moi d'en parler avec elles et aussi parce que ce sont des personnes qui l'avaient vécu donc qui pouvaient autant m'aider moi sur ce que je vivais que comprendre ce que l'on ressent autant sur le plan physique qu'émotionnellement. Donc ça, ça a été important. »

- « Vous a-t-on proposé de rencontrer la psychologue du service ou vous a-t-on parlé d'un groupe de parole ? »

« Pas du tout. Je sais que je l'ai lu en quelque part car comme j'ai beaucoup attendu dans la salle d'attente et que je n'avais pas amené de livre, j'ai lu tous les prospectus du présentoir (Rires) et il me semble l'avoir lu mais non on ne m'en a pas parlé. Mais je n'ai pas demandé non plus. Par contre, je sais qu'on m'a envoyé faire une prise de sang pour l'intervention et quand l'infirmière m'a demandé ce que j'allais avoir comme intervention, c'était très dur pour moi et les larmes me sont venues. C'est l'infirmière qui m'a dit : "Mais non pleurez au contraire c'est très important, il faut que ça sorte, la tristesse, la souffrance ..." (Silence). Ça m'a énormément touchée. Le fait qu'un professionnel puisse tenir compte du côté humain, de l'aspect émotionnel ça m'a beaucoup touché. Mais c'est vrai que ce n'est pas quelque chose qu'on m'a proposé par contre. »

- « Auriez-vous aimé qu'on vous le propose ? »

« Beh disons que ... Oui ... Enfin ... Je ne sais pas si j'aurais donné suite mais de savoir que ça existe c'est toujours intéressant. Là j'ai préféré en parler avec des amis ou des collègues, avec des gens qui m'étais proches mais éventuellement je trouve ça intéressant. Je pense que suivant les personnes, ça peut être plus ou moins facile à vivre. Et des fois, ça peut être important qu'il y ait quelque chose en dehors des amis et du cercle personnel. »

- « Etiez-vous accompagnée lors de vos rendez-vous ? »

« J'étais toute seule à chaque rendez-vous parce que mon ami travaillait et ne pouvait pas se déplacer. Par contre je l'avais au téléphone. Après c'était aussi un choix car ce n'est pas facile pour moi mais ce n'est pas facile aussi pour le conjoint. En plus, le conjoint n'a pas le ressenti et donc c'était plus simple pour moi de gérer cet aspect là et après de parler à mon conjoint plutôt que, le pauvre, le faire venir avec moi et de m'effondrer et qu'il ne sache pas quoi faire ni quoi dire et pas comment me remonter le moral et finalement ne pas savoir si j'ai mal ou pas mal, ce qu'il se passe. C'était plus simple. Après je pense que c'était un choix personnel. »

- « Vous a-t-on proposé d'attendre ou d'appeler quelqu'un pour vous ? »

« Non on ne me l'a pas proposé par contre moi quand j'ai demandé si je pouvais appeler mon conjoint pour lui demander son avis, le médecin m'a dit : oui bien sûr il n'y a pas de soucis, allez en salle d'attente. Elle m'a vraiment laissé le temps d'appeler, de prendre ma décision. Elle m'a dit : si vous avez besoin de temps pour prendre votre décision... (Silence) Voilà. »

- « Auriez-vous aimé avoir, en plus des explications orales données lors de la consultation, des explications papier reprenant les méthodes, les risques ... ? »

« Oui ! Ça oui parce qu'en fin de compte, quand on arrive, la charge émotionnelle est importante et ça n'aide pas à se repérer et en plus le milieu médical n'est pas forcément un milieu dans lequel je me sens très à l'aise. Il y a pleins de guichets, pleins de bureaux, pleins de gens qui sont en train de travailler. Il y a plein d'activité, on ne sait pas trop à qui s'adresser. Les gens s'arrêtent et sont à l'écoute mais on a l'impression d'arriver dans une ruche. Et du coup d'être un peu perdue mais d'avoir un document et de pouvoir le relire chez soi au calme, ça permet aussi de se dire : bon oui ça on m'en a parlé. Parce que des fois les

informations arrivent mais on est tellement en train de réfléchir, de prendre sa décision ou pris par autre chose que des fois ça défile et ça ne s'imprime pas forcément. La nouvelle fait un peu l'effet d'avoir bu un verre de trop. Quand on arrive, on a l'impression d'être un peu perdue, d'être un peu sonnée et le fait d'avoir un document écrit, ça permet de relire et d'être sûre de soi. Et ça permet aussi d'avoir des questions à poser quand on arrive la fois d'après. »

- « Pensez-vous avoir retenu la majorité des informations évoquées ? »

« Je pense quand même. Comme en plus j'y suis allée plusieurs fois, ça m'a été demandé plusieurs fois et à chaque fois ça a été les mêmes explications donc oui quand même je pense avoir retenu l'essentiel. »

- « Auriez-vous des propositions pour cette prise en charge ? »

« Disons que ... euh... Ce n'est pas forcément réalisable parce que c'est compliqué mais c'est vrai que le fait d'avoir à faire à la même personne, dans l'idéal, ce serait mieux parce que c'est rassurant de savoir et de ne pas avoir à tout réexpliquer. Et effectivement le fait d'avoir quelque chose d'écrit. C'est les deux choses qui me viennent à l'esprit. Après dans les choses qui se sont bien passées, j'ai l'impression d'avoir été bien prise en charge, d'être écoutée, d'être prise en charge et je vous dis, la majorité des médecins, aides soignants, infirmières ont été très humains et très à l'écoute et je sais que dans le métier qu'ils font ça peut être compliqué car ils voient défiler beaucoup de gens dans des situations plus ou moins graves avec une pression plus ou moins importante et voilà j'ai quand même dans l'ensemble l'impression d'avoir eu à faire à des personnes qui étaient très humaines et compatissantes et qui tenaient compte de ce que l'on pouvait ressentir. La chose la plus ... (Silence). Pareil, il y a une chose qui a été difficile à gérer c'est par rapport aux arrêts de travail parce que du coup je ne savais pas comment ça allait se passer. Si il fallait que je m'arrête ou pas, ce qu'en pensaient les médecins. Et autant la première personne m'a dit : "Bon là je pense que c'est mieux" ; autant les autres c'était plus flou et je n'osais pas demander pour ne pas avoir l'air de demander alors qu'il n'y en avait pas besoin. Après je ne me vois pas non plus aller travailler parce que c'est difficile. Je ne savais pas si il valait mieux que je m'arrête et que je sois chez moi ou pas. Si il y a un avis médical dessus ou si c'est au ressenti des patientes. Sur le coup le médecin qui m'a donné les médicaments n'avait pas l'air de vouloir m'arrêter du coup j'étais un peu perdue car on m'avait dit que ça pouvait ne pas se déclencher tout de suite. Donc je lui ai demandé si il fallait que je m'arrête ou pas et elle m'a répondu qu'il fallait que je prenne mes précautions. Comment ça ? Vous

m'envoyez travailler et en gros je fais comme si j'avais mes règles ? Sachant qu'à un moment je peux me tordre de douleur. Je ne sais pas comment ça se passe, j'en n'ai jamais fait. Ça a été compliqué. C'est pour ça que je n'avais pas choisi cette méthode là au départ car quand on m'avait dit que je devais prendre deux comprimés puis deux autres 48 heures après si ça ne marche pas... mais je fais ça toute seule chez moi ? Il y a toujours le risque d'hémorragie... (Silence). J'ai vraiment eu l'impression que cette méthode, à ce moment là, par cette personne et de par la façon dont elle me l'a présenté, ce n'était pas l'option à choisir et que j'allais retourner travailler en ayant pris mes deux comprimés le matin et passer ma journée à attendre ce qui allait se passer et prendre mes précautions. Le fait de me dire vous allez prendre vos précautions c'était pas chouette. C'était très anxiogène. Cette méthode n'était pas rassurante du tout contrairement à ce que m'avait présenté l'autre personne qui m'avait dit : il vaut peut être mieux que vous soyez chez vous et puis il va se passer ça et ça. J'ai opté pour la chirurgie parce que l'autre méthode, la façon dont on me l'a présenté, faisait peur alors qu'à priori ça me paraissait plus rassurant. Mais c'était vraiment le fait d'avoir l'impression d'être un peu livrée à soi-même et finalement d'attendre chez soi que les choses se passent. C'est moi qui ai demandé pour l'arrêt de travail et c'est gênant. En plus, comme je lui ai dit, je travaille avec des enfants donc je piétine, je suis debout toute la journée. Ça ne m'a pas été proposé donc je n'ai pas insisté non plus mais je serai allée voir mon médecin traitant si les saignements se seraient produits après la fin de mon premier arrêt de travail. J'ai regretté que ce ne me soit pas proposé. Mis à part le premier médecin qui avait bien senti que ça n'allait pas et qui m'avait arrêté. En plus, l'arrêt de travail allait jusqu'au jour de la consultation où on m'a donné les médicaments et donc je lui dis le lendemain je fais comment ? Elle me dit : "Ah mais non non le lendemain ce n'est pas un arrêt de travail, ce sera un bulletin de situation". Enfin je ne sais pas ce que c'est ... et en fait le médecin que j'ai vu le lendemain m'a dit je vous fais ça, normalement ça suffit. J'étais obligée de demander pleins de fois : Mais ça suffit pour mon administration, ça va être bon ? Il m'a fait aussi un arrêt pour un autre jour mais je ne savais pas si c'était un prolongement ou un arrêt initial. Il me dit non c'est un autre parce que ça juste le papier suffit. Et au final, j'ai appelé mon administration pour leur dire voilà on m'a donné ça et ça, est-ce que ça suffit et ils m'ont dit oui. Je n'étais pas très sûre et je n'ai pas très bien compris comment ça fonctionnait. C'est un peu le regret. Et au final, j'ai repris mon travail. J'ai fait la fausse-couche le lundi et j'ai été arrêté le mardi. Et le mercredi je ne travaille pas donc on m'a arrêté le jeudi et le vendredi et je ... Je pense que j'aurais mieux fait d'être arrêtée un peu plus longtemps. Que beh il y a des choses qui restent difficiles et peut-être que reprendre seulement la semaine d'après ça aurait été mieux. Mais après ça je pense que ça dépend des gens mais ça ne m'a pas été demandé. Donc je ne me suis pas sentie le droit d'insister ou de demander plus. »

- « Avez-vous ressenti le besoin de compléter les informations données par le médecin en faisant des recherches sur internet ? »

« Non à part la notice du médicament c'est tout. Non non et après ça se recoupait avec mes amies et mes collègues qui me demandaient des nouvelles et me disaient moi il s'est passé ça, moi il s'est passé ça. Dons non je n'ai pas cherché autre chose honnêtement. »

- « Envisagez-vous une autre grossesse ? »

« Ah bah oui ! Après je vous avoue que ça refroidit un peu. La prise en charge, le coté médical c'est lourd et c'est dur et il va me falloir un peu de temps. De toute façon ma gynécologue m'a dit qu'il fallait que j'attende au moins un mois pour être sûre que tout se relance et que tout soit bien évacué. Après je me dis oui mais si ça ne marche pas... Revivre ça une deuxième fois ... pas tout de suite. Donc c'est plus ça. »

- « On a abordé avec vous ces angoisses par rapport à une prochaine grossesse ? »

« Non. Ma gynécologue m'en avait parlé parce que j'avais posé des questions mais pas à l'hôpital. Au contraire, j'ai demandé à une infirmière si il fallait que je garde les échographies et les documents parce qu'après tout ça n'avait pas marché donc est-ce qu'il y avait besoin de tout conserver et la personne m'a répondu quelque chose qui est tout à fait médical mais qui ne m'a pas rassurée ; qui m'a dit que non au contraire gardez tout car si jamais vous faisiez d'autres fausses-couches vous pourriez avoir un problème et on vous demandera les autres échographies. La notion d'avoir un problème en sortant de la fausse-couche c'est ... Bon je me dis non c'est normal qu'on te dise ça mais c'est pas ... Tout de suite on se dit, mince pourvu qu'il n'y en ait pas d'autres. Il ne faut pas tout mal interpréter non plus mais bon. Disons qu'on m'a dit que c'était très courant. Ma gynécologue pour le coup, la veille d'aller à l'HME avait été très rassurante en me disant que ça n'a aucune incidence sur la suite, ça ne veut pas dire que vous en ferez d'autre, c'est vraiment... Elle, elle m'avait dit une femme sur trois et même il y a des spécialistes qui disent une femme sur deux parce qu'il y a des femmes qui ne sont pas au courant. Elle avait été très rassurante et c'est vrai que du coup partir avec ce discours très rassurant et le lendemain à l'HME et qu'on me dise qu'il faut attendre, qu'il faut refaire. J'avais l'impression d'avoir deux discours en fait et du coup c'est pas forcément très simple. »

- « J'ai abordé tout ce que je voulais aborder avec vous. Avez-vous des questions ? »

« Non. Pas spécialement. Après c'est vrai que par rapport aux angoisses, aux choses que l'on peut ressentir, j'ai pas 20 ans donc disons que l'âge fait qu'on s'angoisse un peu plus en se disant que les risques sont plus grands, est-ce que ça va remarcher ou quoi ... C'est vrai que vous me parliez d'aide ou de soutien psychologique, de documentation... Après c'est vrai qu'on peut rechercher sur internet mais sur internet on trouve tout et c'est vrai que c'est plus rassurant quand c'est un médecin ou une infirmière qui en parle. Après je me dis que ça c'est quelque chose qui pourrait être bien. Mais j'ai été aux urgences et c'était les urgences. On m'a traité par rapport à ce problème là et je me dis que ça c'est plus mon médecin ou ma gynécologue qui peut répondre à ce genre de questions ou du moins en parler spontanément (Silence). Après c'est vrai que c'est quelque chose... Il y avait pleins de prospectus dans la salle d'attente et j'ai trouvé ça intéressant. Ça dépend peut-être des personnes mais c'était intéressant. C'est là et on sait que c'est là. »

- « Vous auriez aimé que les médecins vous parle d'avantage du futur c'est ça ? »

« Disons que moi maintenant, je me pose des questions sur... Avant, enceinte, j'angoissais en me disant peut-être que je vais faire une fausse-couche, comment ça va se passer. Là j'ai recherché sur internet en me disant quels sont les signes, quand est-ce qu'il y a le plus de risques ? Et ensuite une fois que c'est passé, l'inquiétude elle est plus sur après et sur beh oui mais bon j'avance en âge, est-ce que ça va bien fonctionner, combien de temps il faut avant de retomber enceinte, qu'est-ce que ... comment dire... est-ce qu'il faut attendre ou est-ce qu'il ne faut pas attendre ? Et ce genre de choses là ... eh beh disons que je me retrouve avec des questions ... J'aurais aimé avoir l'information. Après je me dis que je peux toujours la chercher mais voilà. Et je pense que ce qui est compliqué c'est que le soignant a son point de vu médical et de toute façon il n'a pas de réponse à apporter parce que ça va dépendre de la personne, ça dépend du ressenti, ça dépend de pleins de choses. Je ne dirais pas que le dialogue est compliqué mais les attentes et les enjeux ne sont pas les mêmes et ça fait que ce n'est pas simple. Vous me demandez pour améliorer, je crois que c'est compliqué aussi parce que de toute façon on n'arrivera jamais à quelque chose de parfait. Il y a des réponses ... Le médecin m'a dit : "Beh malheureusement il faut attendre". Et puis c'est logique, on ne va pas intervenir tout de suite et prendre des risques si les choses peuvent se régler naturellement. Après quand on arrive, on a ses angoisses, on est pressées, on a envie que ça finisse, on veut un truc tout de suite mais en fait ce n'est pas possible. Du coup, on n'arrive pas... On n'a pas le même point de vu et c'est difficile de se comprendre ou de s'entendre alors que ce n'est pas conciliable. Il faut prendre son mal en

patience quoi. Il y a une cassure entre les professionnels médicaux et les patientes qui n'ont pas les mêmes attentes. »

Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge

58 pages

Mémoire de fin d'études – École de sages-femmes de LIMOGES – Année 2018-2019

RÉSUMÉ

La fausse-couche précoce complique 12% des grossesses. C'est la première cause d'urgence gynécologique en France.

Nous avons souhaité faire un état des lieux du ressenti des femmes par rapport au vécu de leur fausse-couche et de leur prise en charge afin d'évaluer leurs attentes et leurs besoins. Nous avons donc réalisé des entretiens semi-directifs auprès de dix femmes ayant eu une prise en charge de leur fausse-couche précoce à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges.

Il en résulte une souffrance psychologique chez ces femmes qui nécessite un accompagnement spécifique par les soignants. Le besoin de temps pour échanger et comprendre, une écoute empathique, une prise en considération de leur perte et une réassurance concernant une prochaine grossesse sont apparus essentiels.

Mots-clés : Fausse-couche précoce, prise en charge, chirurgicale, médicamenteuse, vécu, psychologique.

