

**UNIVERSITE DE NANTES**

**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2013

N° 146

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

*Marie-Annabel SYMPHOR  
née le 28 août 1981 à Schœlcher*

Présentée et soutenue publiquement le 12 novembre 2013

**Le vécu douloureux des fausses-couches précoces:  
Étude qualitative à partir de 15 entretiens semi-directifs**

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne SURRAULT

## REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont aux quinze femmes qui ont accepté de me rencontrer pour me livrer leurs histoires.

Mes remerciements vont ensuite :

À Madame le Docteur Anne Surrault,

Pour son engagement passionné pour la médecine générale qu'elle a su me communiquer, et son remarquable dévouement pour l'enseignement,

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Pour tous ses conseils avisés et ses encouragements,

Sois assurée de ma profonde estime.

À Madame le Docteur Catherine Vacher-Vitasse,

Vous me faites un grand honneur en participant à mon jury de thèse,

Merci de vous être déplacée de Bordeaux pour venir juger mon travail,

Et merci pour votre écoute attentive et votre disponibilité.

À Madame le Docteur Jacqueline Lacaille,

Nos rencontres au cours de mon internat ont été précieuses et motivantes,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

À Monsieur le Professeur Henri-Jean Philippe,

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et de juger ce travail,

Veillez y trouver l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Paul Barrière,

Merci d'avoir si spontanément accepté de juger ce travail.

# SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Patientes et méthodes.....</b>	<b>8</b>
2.1 Mode de sélection.....	9
2.1.1 Critères d'inclusion.....	9
2.1.2 Moyen de sélection.....	9
2.2 Modalités de l'étude.....	10
2.2.1 Type d'étude.....	10
2.2.2 Objectif.....	10
2.2.3 Intérêt de la méthode qualitative.....	10
2.2.4 Intérêt de l'entretien semi-directif.....	11
2.2.5 Le guide d'entretien.....	12
2.3 Déroulement des entretiens semi-directifs.....	12
2.4 L'analyse des entretiens.....	13
<b>3. Résultats.....</b>	<b>14</b>
3.1 L'analyse de la sélection.....	15
3.1.1 Caractéristiques des patientes rencontrées.....	15
3.1.2 Caractéristiques des fausses-couches.....	16
3.2 Présentation des thèmes récurrents.....	17
3.2.1 Le vécu physique de la fausse-couche et la prise en charge.....	17
3.2.2 Le vécu psychologique de la fausse-couche.....	21
a. La signification de la perte.....	21
b. Le choc de l'annonce.....	22
c. L'attente.....	25
d. Le récit du déroulement de la fausse-couche.....	26
e. L'absence de cause.....	27
3.2.3 Les répercussions psychologiques et les démarches entreprises pour prendre de la distance avec les évènements.....	27
3.2.4 Soutien médical et proposition de suivi.....	30
3.2.5 Leurs suggestions.....	32
3.2.6 La place du médecin traitant.....	33
<b>4. Discussion.....</b>	<b>35</b>
4.1 La méthode.....	36
4.1.1 Validité de l'étude.....	36
4.1.2 Les limites de l'étude.....	37
a. Le biais de sélection de l'échantillon.....	37
b. Les biais liés à la méthode.....	37
4.2 Les résultats.....	38
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>45</b>
<b>6. Bibliographie.....</b>	<b>48</b>
<b>7. Annexes.....</b>	<b>52</b>
7.1 Guide d'entretien.....	53
7.2 Exemple d'entretien.....	54

# **1.INTRODUCTION**

Interne dans le service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, j'ai très régulièrement été confrontée au diagnostic de fausse-couche et à la difficulté de l'annoncer. Le désarroi des patientes et leur peine intense m'ont touchée et interpellée. Je ne m'imaginai pas que la perte précoce d'une grossesse pouvait être une expérience si difficile à vivre.

*Toute grossesse est investie. Plusieurs auteurs s'accordent sur la nécessité de faire le deuil d'une grossesse perdue, même précocement, avant d'entreprendre une nouvelle grossesse [16,21,23,31,49,56].*

La fausse-couche est une complication très fréquente (12 à 24% des grossesses) [9,27]. Néanmoins, en dépit de cette fréquence, il apparaît que la fausse-couche n'est pas un événement banal pour les femmes qui y sont confrontées, car elle représente non seulement la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur, mais aussi la perte de l'estime de soi, la perte du statut de femme enceinte ou de mère en devenir, avec la crainte de la perte de la capacité à enfanter, et ce, même lorsque la fausse-couche est précoce, c'est-à-dire survenue avant 12 semaines d'aménorrhées [3,4,20,24,25,31,33,38,55].

Avec la tendance actuelle des grossesses plus rares ou repoussées aux dernières années de fertilité, donc ardemment désirées et particulièrement précieuses, avec la généralisation de l'échographie et l'objectivation plus précoce de l'enfant à naître, les conséquences psychologiques d'une fausse-couche même précoce apparaissent plus marquées [20,38].

En plus d'une expérience physique parfois traumatisante, le choc ressenti lors du diagnostic, la tristesse et les sentiments de responsabilité qui s'ensuivent, font de la fausse-couche un événement extrêmement stressant et douloureux : un événement traumatique [11,17,25,34,35,45,46,55].

Il semblerait que cette souffrance psychologique reste encore peu reconnue par l'environnement social [24-37-38-49-59], familial [3,20,21,31,37,38,47,58] et médical [21,46,49]. Ainsi, les femmes qui ont fait une fausse-couche se sentent souvent incomprises et abandonnées, tant par le corps médical que par leur entourage [37].

Du fait de la fréquence des fausses-couches, il peut exister un décalage important entre l'expérience des femmes et la pratique quotidienne du corps médical [10,21,27,50,54]. Ce décalage se retrouve à travers :

- un discours qui banalise l'évènement, interprété comme un manque d'empathie par ces femmes pour qui la fausse-couche n'est pas banale [11,28,30,52,55] ;

- une absence de temps consacré à ces femmes incluant un manque d'opportunité d'exprimer leurs sentiments, de poser des questions [18,35,44,57], de parler tout simplement [14,28] ;
- et une absence de proposition de suivi [26,30,44,57].

Cette non-reconnaissance peut rendre difficile tout travail de deuil et favoriser le développement d'un chagrin, d'un deuil pathologiques [39].

Selon des études récentes, réalisées entre 2000 et 2007, la plupart des auteurs évaluent qu'environ 40% des femmes connaîtront une souffrance psychologique significative dans les jours et semaines qui suivent la fausse-couche [1,39], 20 à 55% des symptômes dépressifs dans les jours ou semaines qui suivent la perte [6,39], 20 à 40% de l'anxiété [1,7,39], et 25% un état de stress post-traumatique un mois après [17].

Concernant l'anxiété et la dépression, des chiffres équivalents avaient été constatés selon des études réalisées entre 1989 et 1996 [3,13,22,26,32,40].

Bien que toutes les femmes ayant fait une fausse-couche ne nécessitent pas un suivi psychologique, et que le chagrin et la réaction de deuil ne peuvent s'atténuer qu'avec le temps, il semble important de considérer leur souffrance et de leur proposer un soutien, un temps laissant place à la parole, afin de les aider à mieux vivre cet événement et de leur permettre de s'en séparer [53].

Dans les études réalisées entre 1989 et 2011, les auteurs s'accordent à dire qu'un suivi est nécessaire dans les suites d'une fausse-couche [9,16,28,34,35,36,42,51,53,56], mais qu'en est-il actuellement : un soutien est-il proposé ? les femmes se sentent-elles plus soutenues, mieux comprises et plus écoutées ? le discours médical banalise-t-il moins l'évènement ?

Les chiffres de l'impact psychologique des fausses-couches restant stables après une quinzaine d'années, nous pouvons supposer que le constat suivant est encore d'actualité : manque de reconnaissance de la souffrance psychologique après une fausse-couche, manque d'écoute et de place à la parole, banalisation de l'évènement par le corps médical malgré un sentiment général de prise de conscience, et absence de proposition de soutien.

## **2. PATIENTES ET METHODES**

## **2.1 MODE DE SELECTION**

### **2.1.1 Critères d'inclusion**

Les patientes ont été sélectionnées selon les critères suivants :

- Le vécu d'une ou trois fausses-couches maximum, les fausses-couches à répétition étant hors-sujet,
- L'âge auquel la ou les grossesses se sont arrêtées : avant 12 semaines d'aménorrhées,
- L'année de la fausse-couche : entre 2009 et 2012, histoires récentes mais avec un recul suffisant,
- Lieu d'habitation : département de la Gironde,
- L'acceptation à participer à un entretien enregistré.

Nous nous sommes intéressés aux fausses-couches précoces dans la mesure où tout médecin généraliste peut être amené à les prendre en charge médicalement.

Les fausses-couches à répétition ou tardives ont donc été exclues, leur prise en charge relevant d'une prise en charge spécialisée.

En somme, nous nous sommes intéressés aux cas les plus fréquemment rencontrés.

Par ailleurs, nous avons fait le choix de faire une étude rétrospective, pour avoir suffisamment de recul par rapport à l'évènement et en connaître les répercussions éventuelles, tout en nous intéressant à des histoires relativement récentes pour se donner une idée de la prise en charge actuelle des fausses-couches précoces.

### **2.1.2 Moyen de sélection**

Une information sur l'étude réalisée a directement été présentée à différentes relations professionnelles pluridisciplinaires exerçant en Gironde. Ainsi nous avons été à la rencontre de 10

médecins généralistes, 8 gynécologues-obstétriciens, 7 sage-femmes, 5 gynécologues médicaux et d'une ostéopathe. Jugeant notre travail intéressant, tous les professionnels ont accepté de parler de notre étude aux patientes concernées, puis de nous recontacter en cas d'acceptation pour nous transmettre les coordonnées des patientes qui choisissaient soit d'être contactées directement, soit de nous contacter pour convenir d'une rencontre.

## **2.2 MODALITES DE L'ETUDE**

### **2.2.1 Type d'étude**

L'étude s'est basée sur une enquête qualitative, rétrospective, à partir d'entretiens semi-directifs menés auprès de 15 patientes de Gironde ayant vécu au moins une fausse-couche précoce.

### **2.2.2 Objectif**

Le but de cette étude était de savoir si ces patientes avaient souffert d'un manque de reconnaissance de leur douleur, d'un manque d'écoute et de soutien, et si elles avaient été confrontées à un sentiment de banalisation de cet évènement.

### **2.2.3 Intérêt de la méthode qualitative**

C'est une méthode qui permet d'entrer dans les logiques des conduites individuelles grâce aux techniques d'entretien. Elle offre la possibilité d'observer et de comprendre au plus près l'influence

des structures sociales sur les manières d'agir et de penser, elle gagne en profondeur en donnant aux enquêtés le temps de se livrer. Elle permet de rendre compte de la complexité du réel là où, bien souvent, l'enquête quantitative en dresse un portrait simplifié [15].

Dans cette étude, l'objectif était de recueillir un discours, de prêter attention aux sentiments, aux émotions accompagnant le discours, de prendre en considération une dimension subjective; et dans la mesure où l'objectif n'était pas de mesurer, l'enquête qualitative était donc logiquement la plus adaptée.

#### **2.2.4 Intérêt de l'entretien semi-directif**

Dans un entretien non directif, c'est la personne interrogée qui s'exprime à partir d'un thème proposé par l'enquêteur. La personne interrogée est libre d'organiser son discours et l'expression de ses idées sans se voir imposer un cadre de questions pré-établies.

Dans un entretien semi-directif, l'enquêteur pose des questions à partir de différents thèmes précis et déterminés au préalable et utilise un guide d'entretien dans lequel sera formulée une série de thèmes et de sous-thèmes.

A la différence de l'entretien non directif qui vise à rechercher des informations, l'entretien semi-directif oriente d'avantage le discours de l'enquêté.

Pour autant, que l'entretien soit non directif ou semi-directif, l'enquêteur a pour rôle de faciliter les témoignages de l'enquêté, en faisant preuve d'empathie, de relance et d'incitation.

L'entretien semi-directif ne dirige pas l'enquêté, il l'accompagne en vue d'aborder l'ensemble des thèmes et le laisse construire son propre discours. L'enquêteur peut faciliter la parole de l'enquêté en résumant ses idées, en approfondissant une ou des expressions, en recentrant sur le questionnement principal. Il s'agit donc de faire des relances afin de préciser ou d'approfondir un point qui semble ne pas être clair [15].

C'est précisément la technique d'entretien semi-directif qui a été retenue pour cette étude afin de laisser parler assez librement les patientes, tout en guidant et en orientant l'entretien par des questions, afin d'aborder tous les thèmes souhaités et d'éviter le risque du hors sujet.

### **2.2.5 Le guide d'entretien**

Le guide d'entretien, détaillé en annexe page 53, présente les thèmes et sous-thèmes directeurs abordés au cours des entretiens. Il a été élaboré pour servir de support, pour vérifier que tous les points importants ont été évoqués et pour servir de guide sur lequel s'appuyer pour recadrer l'entretien en cas de propos hors sujet, tout en permettant une souplesse dans les réponses. Il a parfois été nécessaire d'intervenir pour éviter une dérive excessive de la conversation. A l'inverse pour d'autres patientes beaucoup moins volubiles, la grille a permis de relancer l'entretien.

Le guide d'entretien a donc été un outil et n'est en aucun cas venu encombrer le déroulement de l'entretien [15].

Les questions initiales étaient générales et accessibles pour mettre à l'aise la patiente, puis elles devenaient plus pointues.

L'objectif de ce guide était de donner à un travail maîtrisé et préparé, une apparence de spontanéité.

## **2.3 DEROULEMENT DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS**

Chaque patiente a été reçue pour un entretien unique.

Ces entretiens, enregistrés avec un dictaphone, se sont déroulés entre le 29 janvier et le 22 mai 2013, durant 16 à 58 minutes chacun.

Seul un entretien a dû être réalisé par téléphone, la patiente, enceinte de neuf mois, craignait de se déplacer si proche du terme. Sinon, tous les autres entretiens se sont déroulés dans un cabinet médical.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque nous avons obtenu la saturation des données.

L'entretien a abordé dans le détail les questions suivantes :

- Le déroulement et traitement de la fausse-couche,

- L'annonce du diagnostic, la réaction à cette annonce, le contenu des informations et explications données sur la fausse-couche,
- La prise en charge : sur le plan médical et psychologique, à savoir si un soutien leur avait été proposé,
- Le sentiment de banalisation de cet évènement,
- Le besoin ou non de parler de cet événement,
- Les répercussions éventuelles de cet événement : sur elles (conséquences physiques et psychologiques), sur leur couple, sur leur entourage et sur les grossesses suivantes,
- Le recours au médecin traitant.

Un exemple d'entretien se trouve en annexe page 54.

## **2.4 L'ANALYSE DES ENTRETIENS**

Dans un premier temps, les entretiens enregistrés ont été retranscrits dans leur intégralité puis commentés afin de dégager les thèmes abordés. La retranscription des entretiens a offert un matériel d'enquête à analyser important.

Ensuite la technique d'analyse utilisée fut celle de l'analyse thématique, démarche consistant à rechercher des thèmes et des sous-thèmes significatifs retrouvés d'un entretien à un autre; ce repérage ayant permis ensuite de préparer une grille d'analyse thématique.

Il a fallu faire des choix, trier, conserver certaines informations, en évacuer d'autres, car tout ne pouvait être traité.

Les entretiens ont été ensuite comparés entre eux, thème par thème, pour repérer les éléments communs et les éléments divergents[15].

### **3. RESULTATS**

### **3.1 L'ANALYSE DE LA SELECTION**

Le nombre de patientes sollicitées n'a pu être recueilli, néanmoins 19 patientes répondant aux critères d'inclusion ont accepté un entretien enregistré au cabinet.

Sur ces 19 patientes, 4 patientes ne se sont pas présentées à l'entretien, ce qui porte le nombre de participantes à 15.

#### **3.1.1 Caractéristiques des patientes rencontrées**

Elles étaient âgées de 25 à 41 ans au moment de l'entretien. La plupart des patientes, hormis deux, avaient plus de 30 ans au moment de la fausse-couche mais l'âge ne semble pas lié à l'intensité de la symptomatologie.

Hormis une patiente qui suivait des études d'infirmière en vue d'une reconversion professionnelle, toutes les autres exerçaient une profession, avec un niveau d'études supérieur pour la majorité des patientes, en dehors d'une patiente viticultrice qui avait un niveau d'études moins élevé. Mais le niveau d'études ou l'activité professionnelle ne semblent pas non plus liés à l'intensité de la symptomatologie dans notre étude.

Une patiente a connu une séparation suite à sa fausse-couche, en cause : l'absence de soutien du conjoint. Toutes les autres étaient toujours en couple avec le même conjoint et se sont senties soutenues par lui au moment de l'incident.

Pour trois patientes, les fausses-couches n'ont pas été suivies d'une nouvelle grossesse. Sur ces trois patientes, deux avaient déjà un enfant et étaient âgées de 37 ans au moment de l'évènement, et toutes les deux ont ensuite connu des difficultés au sein de leur couple. Pour l'une, l'issue fut la séparation ; et pour l'autre, le désir d'enfant du conjoint s'est heurté à son inquiétude de revivre à nouveau une mauvaise expérience, ce qui fut source de conflits quelques temps après la perte de la grossesse. La troisième patiente qui n'a pas eu de nouvelle grossesse avait 24 ans au moment de la fausse-couche survenue cinq mois avant l'entretien ; il s'agissait de sa première grossesse et c'est l'angoisse de ne pas retomber enceinte qui était très présente au moment de notre rencontre. De plus, du fait de son jeune âge, sa souffrance psychologique a été souvent banalisée : « *Mais tu es jeune, tu as le temps* ».

Douze patientes étaient enceintes au moment de l'entretien, et/ou avaient eu un ou deux enfants après leur fausse-couche. Nous verrons un peu plus loin l'effet bénéfique d'une nouvelle grossesse peu de temps après, parce que l'angoisse de l'incapacité à enfanter ressentie par notre jeune patiente est retrouvée chez une autre patiente également touchée par l'arrêt de sa première grossesse.

De même, pour six autres patientes, il s'agissait également de leur première grossesse, mais cette angoisse n'est pas exprimée.

Six patientes avaient eu une ou deux grossesses antérieures sans complication.

Pour une patiente, cette grossesse n'était pas désirée mais finalement acceptée. Cependant, l'analyse des produits d'aspiration n'ayant pas retrouvé de cause à l'arrêt de sa grossesse, c'est tout un questionnement autour sa responsabilité qui a alors surgi, sentiment majoré par des propos très culpabilisants de sa propre mère : « *C'est normal, tu n'en voulais pas, il est mort* ».

Deux patientes avaient un antécédent d'interruption volontaire de grossesse, mais ces expériences vécues au temps de leur adolescence ne semblent pas avoir eu de poids sur les fausses-couches vécues ultérieurement.

Cinq patientes avaient des antécédents psychiatriques : toxicomanie, anorexie, crises d'angoisse et troubles obsessionnels compulsifs. Seule une patiente suivait encore une thérapie pour ses crises d'angoisses, apparues un an avant sa fausse-couche, thérapie qui a été d'une grande aide pour l'aider à rebondir. Pour les autres patientes, ces antécédents ne semblent pas avoir eu d'impact sur le vécu de leurs fausses-couches.

De même que les expériences passées de leurs mères ne paraissent pas faire écho à leurs propres expériences.

### **3.1.2 Caractéristiques des fausses-couches**

Quatre patientes comptent plus d'une fausse-couche précoce dans leurs antécédents : trois patientes en ont vécu 2, et une patiente en a vécu 3. Cependant sur ces 20 expériences, deux grossesses perdues, pratiquement passées inaperçues, n'ont pas été évoquées par la patiente qui n'a souhaité nous parler que de sa troisième fausse-couche, et deux fausses-couches ont été vécues bien avant 2009 donc sortaient des critères d'inclusion. Ce qui porte le nombre de fausses-couches étudiées à 16.

Cinq fausses-couches ont eu lieu au stade fœtal, c'est-à-dire après 10 semaines d'aménorrhées, et onze au stade embryonnaire, donc avant 10 semaines d'aménorrhées. Nous verrons dans un prochain chapitre, l'impact ou non du terme de la grossesse au moment de l'arrêt.

Trois fausses-couches étaient spontanées avec expulsion complète des tissus de la grossesse, avec une échographie de contrôle pour confirmer la vacuité de l'utérus.

Les treize autres étaient des grossesses arrêtées avec la visualisation, à l'échographie, d'un œuf clair ou d'un embryon ou fœtus sans activité cardiaque. Certaines avaient présenté des saignements vaginaux ou des douleurs pelviennes, mais d'autres n'avaient présenté aucun signe ayant pu laisser présager de l'arrêt de la grossesse. Sur ces 13 grossesses arrêtées : l'expulsion a été spontanée et complète dans trois cas, spontanée mais partielle avec curetage secondaire dans un cas, deux ont bénéficié d'un traitement médical et sept d'un traitement chirurgical.

## **3.2 PRESENTATION DES THEMES RECURRENTS**

### **3.2.1 Le vécu physique de la fausse-couche et la prise en charge**

Pour dix expériences, la douleur physique n'a pas été ressentie ou alors minimisée : « *Des grosses douleurs de règle, des règles intenses, de toute façon ce sont des mini contractions et puis voilà c'est tout* ».

En revanche, une patiente ne parle pas d'une expérience douloureuse mais « pénible », stressante et fatigante en ce sens car trop longue : « *Ça m'a prise au travail, elle m'avait dit que j'allais perdre beaucoup de sang mais je n'imaginai pas, c'était vraiment des flots quand je suis allée aux toilettes, j'ai failli tomber dans les pommes, je me suis dit c'est pas possible, je vais me vider de mon sang, ça s'arrêtait pas, j'étais paniquée [...], c'est un collègue qui m'a amenée aux urgences à l'hôpital, ils ont enlevé beaucoup de caillots de sang, ils m'ont renvoyée à la maison mais le problème c'est que j'avais un utérus atone, il ne voulait pas éliminer tout ça, il voulait que je reste enceinte (sourire). Et pendant 1 mois et demi voire 2 mois je faisais des prises de sang toutes les semaines et le taux ne voulait pas baisser, et j'ai perdu du sang pendant quasiment 2*

*mois. Donc physiquement ça été fatigant. Même les pompiers sont venus la semaine suivante par ce que j'avais perdu un énorme caillot de sang aux toilettes et je me suis sentie mal, je suis partie, suis tombée dans les pommes, heureusement mon compagnon était à côté, donc c'est vrai que ça m'a engendrée beaucoup de stress, déjà la vue du sang me stresse, et je me suis beaucoup inquiétée de voir tout ce sang sortir de mon corps, ça m'a pas mal perturbée et ça été très long, trop long ».*

Six autres patientes ont eu des expériences douloureuses.

Parmi elles, deux patientes n'ont pas jugé utile de faire appel aux médecins. L'une racontait : *« Le soir, il y a eu des contractions très douloureuses, enfin très douloureuses, c'est vrai que j'ai fait un accouchement sans péridurale donc à côté c'est rien mais il y a quand même eu des contractions douloureuses [...], je me suis dit [...], demain j'appellerai les médecins, ce soir ça ne sert à rien, puisque ce soir j'aurais fait quoi ? J'aurais été à la maternité, ils m'auraient dit ben oui vous avez des contractions, vous êtes entrain de faire une fausse-couche, on vous garde cette nuit [...], je ne pense pas qu'ils auraient fait plus à l'hôpital ».* A posteriori, elle reconnaît s'être sentie isolée : *« C'est vrai qu'avec le recul, je me dis, faire sa fausse-couche comme ça sur le canapé à la maison, on se sent un peu seule ».* L'autre patiente s'était préparée à beaucoup saigner mais ne pensait pas que ça ferait si mal et a été quand même surprise par la quantité de sang perdu ; malgré cela, elle n'a pas souhaité retourner aux urgences, très marquée par une prise en charge initiale aux urgences très désagréable. Sur demande du médecin traitant, elle s'est rendue aux urgences générales où elle est accueillie par une infirmière qui lui dit d'un air étonné : *« Mais pourquoi vous venez à 3 semaines de grossesse ? Ça ne sert absolument à rien ! Qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse ? »* ; après une attente très longue, elle a passé une échographie pendant laquelle son intimité n'a pas été respectée : *« Tout le monde est rentré »*, pour en plus s'entendre dire par l'échographiste *« limite en rigolant »* : *« Ah! ben ça toute façon, pff, ce n'est pas une grossesse qui va à terme ! »* ; elle a ensuite été reçue par un interne qui lui dit : *« Je suis positif, je garde espoir »*, propos en contradiction avec les propos de l'échographiste et avec ses propres convictions, s'étant faite à l'idée qu'elle faisait une fausse-couche puisqu'elle saignait beaucoup; elle ne souhaitait qu'une chose, passer à autre chose mais n'ayant pas été entendue, c'est une surveillance simple qui lui a été proposée.

Pour d'autres patientes, ces expériences ont été vécues comme très douloureuses. Ainsi, une patiente, qui malgré une connaissance du travail physique, exerçant le métier de viticultrice, disait avoir *« énormément souffert »* : *« Alors que je ne suis pas chochette, j'appelais les infirmières continuellement leur expliquant que je fais un travail physique, je ne suis pas chochette, mais là je souffrais vraiment, je leur demandais des calmants à longueur de temps, et jusqu'au lendemain où*

*ils ont dit que j'allais avoir un curetage pour ce qui restait, et là j'ai été soulagée* ». Elle a néanmoins été très satisfaite de la prise en charge, qualifiant de « *très bien* » les soins médicaux prodigués ainsi que le soutien apporté par les soignants.

De même, une autre patiente qui, alors que sa première fausse-couche n'a pas du tout été vécue comme un événement douloureux, avec une prise en charge chirurgicale jugée comme « *douce* », a qualifié à l'inverse « *d'extrêmement douloureuse* » sa deuxième fausse-couche traitée médicalement, et pour laquelle elle aurait été demandeuse d'un peu plus d'encadrement médical, ayant éprouvé un sentiment d'isolement : « *Le temps d'évacuation, ç'a été très très dur, le fait d'être toute seule chez soi [...], je ne sais pas si c'est fait exprès ou quoi, mais c'est des contractions en fait qui permettent l'expulsion, donc c'est dur quoi, c'est dur, c'est douloureux, il a fallu faire deux traitements de suite parce que la première fois je n'avais pas tout évacué, donc c'est assez difficile, et c'est vrai que de se faire renvoyer comme ça à la maison, en disant : « Ben voilà, faites ça chez vous », c'est un peu difficile, alors après, est-ce qu'on aurait préféré finalement être à l'hôpital ? C'est pas sûr, mais quand même y a des inquiétudes, à partir de quand on peut considérer qu'on saigne trop ? Ils nous disent : « Faites attention, vérifiez que vous ne saignez pas de trop », ah ben si quand même ça saigne beaucoup ! C'est normal après tout, mais à partir de quand il faut s'inquiéter ? C'est assez lourd tout ça, y a pas vraiment de suivi, et puis à ce moment-là on n'a pas forcément envie de parler aux gens qui ont déjà vécu des choses comme ça, donc on est un peu isolée* ».

En revanche, en plus d'une souffrance physique intense et d'une inquiétude par rapport à des saignements abondants, deux patientes ont rencontré des difficultés dans leur prise en charge médicale, confrontées à un manque de compréhension des équipes médicales, et pour l'une, à des complications hémorragiques non négligeables.

Ces complications hémorragiques ont fait suite à son curetage. Après beaucoup d'insistance auprès de son gynécologue pour être réévaluée cliniquement : « *là je saigne beaucoup, il me dit : « C'est normal », et puis je rappelle : « Quand je marche je fais tomber des petits foies par terre, est-ce que c'est normal ?* », la patiente est finalement ré-hospitalisée, et là, son cauchemar commence : « *Je saignais énormément, donc là ils m'ont montée en maternité ! Avec les bébés qui pleurent et les mamans [...], et là, ç'a été pire que tout, ils m'ont mise en maternité toute seule dans une pièce, grande [...], on m'a laissée là, et là j'ai commencé à me vider, ça dégoulinait de sang encore plus, après on m'a dit : « Vous restez là », et après : « Vous rentrez chez vous », personne n'est venu me voir, et là j'ai appelé mon mari, je lui ai dit : « Écoute, je ne peux pas marcher parce que je vais vraiment tout tâcher par terre, je vais dégueulasser la voiture, je perds énormément de*

*sang », je ne pouvais même plus aller aux toilettes tellement je me vidais ». Donc son mari, chirurgien, a dû intervenir auprès du gynécologue pour qu'on la garde hospitalisée : « Ils ont dosé le sang et ont trouvé que j'étais à 5 (d'hémoglobine) ! Donc j'étais pas bien, et ils m'ont reprise et ont trouvé que j'avais un placenta accreta, et en fait y avait un gros bout qui restait ». Malgré cette reprise chirurgicale, elle continuait à saigner et la semaine suivante une autre intervention a été nécessaire pour faire une hémostase : « Et là ils se demandent s'ils ne vont pas me faire une hystérectomie d'hémostase [...], finalement ça s'arrête, le truc a failli finir en catastrophe ». Cette expérience lui a permis de relativiser : « La bonne chose c'est que finalement la santé a pris le pas sur la tristesse du bébé, parce qu'après ce n'était plus on a perdu le bébé, c'était il faut qu'on arrive à avoir un deuxième ».*

L'autre patiente, souffrant trop de douleurs pelviennes, s'est rendue aux urgences sur les conseils de sa mère infirmière. Seulement, elle s'est faite renvoyer d'un service à un autre, sans qu'à aucun moment ses douleurs ne soient prises en considération : « *Le temps de passer, j'avais tellement mal, le seuil de douleurs était tellement fort que j'ai failli tomber dans les pommes deux ou trois fois avant qu'on fasse l'admission, donc je fais l'admission administrative, et au moment de faire l'admission diagnostic et pré-diagnostic infirmier, je lui dis ce que j'ai et elle me dit : « Mais madame, vous avez des contractions utérines, il faut aller à la maternité », je fais : « Oui, mais j'ai mal quoi », et là heureusement, y avait un médecin urgentiste qui est venu, qui m'a rassurée, qui m'a dit : « Madame, je pense que c'est normal, je sais c'est très douloureux, mais je pense que c'est normal, allez aux urgences de la maternité pour faire une échographie pelvienne, ça va vous rassurer, ne vous inquiétez pas », donc déjà ça m'a un peu rassurée, on est allé juste à côté aux urgences de la maternité, on est arrivé à 21h00-22h00 [...], y avait deux trois personnes qui attendaient devant, j'explique une première fois, on ne me comprend pas, on me demande si je suis une femme enceinte, je ré-explique une deuxième fois : « Ah mais madame c'est où que vous avez fait votre curetage ? », « A la clinique », « Mais c'est pas ici, il faut aller à la clinique », je leur dis : « J'ai très mal, faites quelque chose [...], ne me laissez pas comme ça ».* Finalement, cette patiente repartit de l'hôpital sans être soulagée de ses douleurs, essaya de joindre la clinique, sans succès, et appela SOS médecins à son domicile pour bénéficier d'un traitement antalgique.

**Dans ces quatre histoires, nous pouvons souligner l'effet négatif de la banalisation des saignements vaginaux et des douleurs pelviennes sur les prises en charge médicales des fausses-couches.**

### 3.2.2 Le vécu psychologique de la fausse-couche

Si la douleur physique n'a pas fait partie de l'expérience de toutes les femmes, la douleur psychologique, elle, a de toute évidence été présente dans quasiment toutes ces expériences, à des degrés différents, du fait d'histoires personnelles différentes, du fait de rencontres différentes et du fait d'une signification de la perte de cette grossesse différente pour chaque femme.

Parmi toutes ces expériences, une seule patiente n'a pas qualifié de douloureux sur le plan psychologique son expérience, ayant très peu investi sa grossesse qui s'est arrêtée très précocement à 3 semaines d'aménorrhées.

#### a. La signification de la perte

Pour mieux appréhender le vécu psychologique d'une fausse-couche, il semble important de définir ce qui est perdu pour ces femmes.

Pour certaines femmes, la fausse-couche est vécue comme la perte d'un bébé, d'un petit être :

*« Pour moi c'était pas quatre cellules, c'était le désir d'enfant, c'était une petite vie qui était en moi [...], j'ai eu besoin de revenir sur ce petit bébé qui n'a pas été, c'est pas quatre cellules pour moi, je m'en fous du terme embryon, fœtus, tout ça je m'en fous » ;*

*« Je sais que j'ai eu ce petit être, pas très très longtemps en moi, et puis voilà, il est parti quoi » ;*

*« Pour moi j'ai perdu un bébé, et pourtant ça ressemblait à tout sauf à un bébé (rires) » ;*

*« Mon fils aujourd'hui, je le vois comme mon deuxième enfant [...], j'ai perdu un bébé ».*

Et ceci quelque soit l'âge gestationnel au moment de l'arrêt de la grossesse. En effet, concernant ces patientes, les fausses-couches se sont produites à 4, 7 et 11 semaines d'aménorrhées. Nous comprenons alors que les comparaisons faites par les autres pour les aider à relativiser, peuvent être mal vécues par ces femmes qui les jugent sans aucun sens :

*« Il y a tous ceux qui racontent les pires expériences, on a du quatre mois, du six mois, de la naissance, alors après on se dit ben oui moi avec ma fausse-couche de deux mois qu'est-ce que je vais raconter ça à quelqu'un ? Donc tout le monde s'en tape ! » ;*

*« Ah oui mais toi, c'est à un mois, ah ben c'est rien » ;*

*« Moi, j'ai eu l'impression que le fait que ce ne soit qu'à 11 SA que ce n'était pas vraiment grave ».*

**Notons également ici l'effet négatif de la banalisation de la fausse-couche sur le désir d'exprimer leurs émotions, ce désir étant refoulé.**

D'autres femmes vont elles-mêmes relativiser leur expérience en la comparant à celles de femmes de leur entourage ayant perdu des grossesses plus tardivement :

*« Deux mois et demi, c'est pas une fausse-couche de 7 mois, j'ai connu des femmes qui ont fait des fausses-couches de 7 mois, c'est psychologiquement beaucoup plus dur » ;*

*« Mais elle, elle a perdu son bébé à 6mois et demi, ce qui à mon sens n'est absolument pas comparable » ;*

*« Je sais que oui y a des femmes même à trois semaines, elles ont perdu un bébé, je le comprends mais moi je ne suis pas comme ça, j'ai une collègue qui, elle, a fait une fausse-couche à quatre mois, pour moi, elle, elle a perdu un bébé, moi non » ;*

*« C'est vraiment terrible ce qu'elle a vécu, moi ma fausse-couche c'était juste un embryon c'était pas un fœtus, il devait avoir un souci bien évidemment, j'ai eu la chance de retomber enceinte derrière, elle, elle a eu à faire une IMG à cinq mois et demi de grossesse, et là je me suis dit c'est tellement cruel, bon effectivement on analyse ce qui nous arrive » ;*

*« Je connais une amie qui a fait [...] une fausse-couche à 7 mois je crois, et je trouve ça terrible, là j'imagine qu'elle, elle a été traumatisée, et je comprends tout à fait, là je trouve ça terrible, à 3 mois je trouve bon... » ;*

*« Même si on le vit pas toutes de la même façon, ça fait aussi du bien de savoir qu'on n'est pas toute seule, et d'avoir des exemples positifs, c'est à dire que même après deux ou trois fausses-couches, j'ai une amie qui en a fait cinq en tout et qui a trois enfants maintenant, voilà c'était un peu le modèle quoi, je me suis dit bon ben si elle y arrive, normalement... ».*

Il est probable que ces comparaisons les aient aidées à mieux vivre l'évènement.

## **b. Le choc de l'annonce**

Nombreuses sont les situations où le diagnostic de fausse-couche est annoncé lors d'une échographie : *« Le cœur ne bat plus » // « Je ne vois pas de battements cardiaques » // « Il n'y a plus d'activité cardiaque » // « Bon là le fœtus n'est pas viable » // « C'est vide » // « Je suis désolée, la grossesse s'est arrêtée » // « Y'a plus rien ».* Cela concerne 13 fausses-couches dans notre étude.

Ce moment est d'autant plus difficile qu'inattendu, parce qu'une ou plusieurs échographies réalisées précédemment ne montraient pas d'anomalie, ou parce qu'aucun signe n'avait pu présager de l'arrêt de la grossesse :

*« La gynéco avait fait une écho et on voyait le cœur battre, et un mois après j'avais rendez-vous pour le suivi [...], je me levais, j'avais toujours les nausées, et elle m'a annoncée qu'il n'y avait plus rien, donc ç'a été assez violent » ;*

*« J'avais eu des échographies avant, et tout allait bien » ;*

*« J'étais séchée, je ne comprenais pas, j'avais eu une écho 2 semaines avant, tout allait bien » ;*

*« J'avais eu des saignements avant pour un début de décollement membranaire, donc on avait vu déjà plusieurs contrôles d'images du fœtus allant bien, enfin du bébé allant bien, ben tout de suite à l'image de contrôle on a vu que ça bougeait pas comme d'habitude, qu'il n'y avait pas de mouvement, qu'il n'y avait rien ».*

Ces images sont restées gravées : *« On a vu que ça bougeait pas comme d'habitude » // « Un ballon vide à l'échographie ».*

Des images qui ont particulièrement marqué une patiente relatant ce moment avec beaucoup de chagrin : *« Je suis à la fois choquée parce que j'ai vu la petite forme sans battements cardiaques »,* elle qui pensait pouvoir vivre cet événement avec plus de distance, *« mais cette échographie (pleurs)... ».*

Il en ressort que nombreuses sont celles qui avaient complètement occulté ce risque, malgré une connaissance du risque : *« On fait abstraction de ça, on est tellement focalisé sur la grossesse, sur le fait qu'on désire cet enfant que du coup... » ;* et ce d'autant plus que certaines avaient eu des grossesses antérieures sans complication :

*« Je ne pensais pas que ça pouvait m'arriver, parce que pour lui (son fils), je n'ai pas eu de problème, donc on croit qu'on en aura jamais » ;*

*« Je pensais qu'à partir du moment où on tombait enceinte, ben tout roulait, puisque moi j'avais déjà eu une première grossesse où j'avais pas eu de souci comme ça » ;*

*« Même configuration que ma première grossesse qui s'était super bien passée, et donc c'est vrai qu'on ne s'y attendait pas ».*

Toutes ces raisons font que le moment de l'annonce est vécu comme un choc : *« Je me revois devant ma voiture en sortant de l'écho totalement abattue » // « Ah mais j'y croyais pas, ç'a été une douche froide, vraiment, parce que je ne m'y attendais pas » // « Le couperet est tombé » // « C'était*

*une douche froide, oui vraiment [...], j'ai compris que j'étais enceinte de quelque chose de mort » // « Là c'est le froid, c'est quelque chose qui m'a un peu gelée sur place » // « J'étais séchée, je ne comprenais pas » // « Ç'a été un choc » // « Les pleurs sont venus spontanément »; avec une certaine sidération : « J'étais tellement choquée que je n'avais pas de questions » // « Je n'ai pas pu parler sur le moment, j'étais sidérée ».*

Ce choc ressenti est d'autant plus mal vécu que l'annonce est faite « froidement », « de but en blanc », « sans tourner autour du pot », ou encore sans finesse :

*« Ah! ben ça toute façon, pff, ce n'est pas une grossesse qui va à terme ! » ;*

*« Y a quelque chose dans l'annonce que je n'ai pas trouvé professionnel, je me rappelle juste qu'elle était très gaie et qu'elle a fait : « Ah non, mais ça va pas du tout là, y a pas d'activité cardiaque », elle était surprise j'imagine, mais je trouve que dans la gestion elle n'aurait pas dû faire comme ça, mais prendre le temps d'annoncer quelque chose de triste » ;*

Ou encore accompagnée d'explications qui se veulent rassurantes mais qui banalisent l'évènement : « C'est que quatre cellules » // « C'est pas grave, vous allez voir ça a marché une fois » // « C'est votre première grossesse, le principal c'est que ça a marché du premier coup sans que vous n'ayez à attendre de trop longtemps, voilà ça remarchera la prochaine fois, c'est pas grave » // « Vous savez, vous avez de la chance, y en a qui mette deux ans pour tomber enceinte ». Ces paroles ont tellement pu faire traumatisme qu'elles sont souvent relatées avec des larmes ou avec de la colère : « C'est cette parole-là qui m'a faite un peu sortir de mes gongs ».

Ces mots sont souvent posés par l'autre sans prendre en considération la manière dont l'évènement était vécu par la patiente : « Je pense que c'était maladroit de sa part, je pense pas qu'il se rendait compte vraiment de ce que ça pouvait être pour nous », ou sans connaître les circonstances accompagnant les faits.

Par ailleurs, une patiente regrette le manque de réconfort au moment de l'annonce, d'autant plus attendu que son mari ne l'accompagnait pas : « J'avais pas forcément le droit d'être triste, parce que j'ai pleuré dans son cabinet quand il m'a annoncée ça mais bon, rien ne s'est passé [...], j'attendais des mots, un accompagnement en fait [...], le manque de réconfort au moment de l'annonce, en plus j'étais seule, mon mari n'avait pas pu m'accompagner, ce fut d'autant plus dur qu'il n'y avait personne pour me réconforter ».

Notons l'impact des paroles et attitudes, vécues comme maladroitement, de certains professionnels de santé qui banalisent l'évènement.

Pour certaines femmes, l'argument de fréquence a été bénéfique :

« Ce que j'ai aimé c'est qu'elle m'a dit : « Ben la bonne nouvelle c'est que vous êtes capable d'avoir un bébé comme une grande » [...], on se trouve moins marginalisée car c'est quelque chose d'assez courant » ;

« Que ça arrive, que ça veut pas dire que je ne pouvais pas avoir d'autres enfants et que ça allait le refaire pour autant, j'avais bien compris ça moi » ;

« Quand on vous dit que c'est courant, déjà vous vous sentez moins seule, vous n'êtes pas l'exception, c'est plutôt rassurant » ;

« Ce qui m'a remonté le moral c'est de savoir que ça arrivait à d'autres » ;

« Je me suis rendue compte que plein de gens autour de moi avaient fait des fausses-couches et ça m'a un peu remontée le moral de me rendre compte que je n'étais pas la seule ».

Tandis que pour une patiente, cet argument de fréquence qui se voulait rassurant, était en fait banalisant : « Quasiment tous les médecins qu'on a vu nous ont dit : « Vous savez, les fausses-couches c'est rien, vous êtes dans la norme, y a rien d'inquiétant, c'est tout à fait habituel, c'est très fréquent... », mais bon ça ne rassure pas ! », en effet ces paroles ont été répétées à chacune de ses consultations pour des saignements au cours de sa grossesse en cours, alors qu'elle avait vécu 2 fausses-couches précoces.

### **c. L'attente**

Pour 4 patientes, l'attente entre le diagnostic et l'intervention fut un moment difficile à vivre, vécu comme trop longue, et cette proximité avec la mort a été très déstabilisante, de même que la persistance de signes de grossesse après son arrêt :

« Ce qui plombe, c'est les montées de lait, ça, ça fait mal, ça m'est arrivée quinze jours après » ;

« Ça a été les jours les plus longs de ma vie, parce que les signes étaient toujours là » ;

« J'avais toujours les signes, j'avais vraiment tous les signes, gonflement des seins, nausées, rien ne s'était arrêté, donc je ne m'inquiétais pas, c'est après je me suis dit je ne comprends pas, qu'est-ce qui c'est passé ? » ;

« J'ai trouvé ça très long entre l'annonce et le curetage, 5 jours, et très dur psychologiquement de se dire qu'on est enceinte d'un fœtus décédé » ;

« *Psychologiquement, savoir que le bébé est toujours là mais qu'il est mort, on s'en rend même pas compte à ce moment-là, y a aucune différence entre, on a toujours des signes de grossesse, y a encore les hormones, et tout, donc ça c'est assez difficile, oui d'avoir à garder ça, c'est assez difficile* ».

#### **d. Le récit du déroulement de la fausse-couche**

Il est intéressant de noter comment les faits sont souvent relatés de façon très précise, surtout concernant une date « *Le 14 février 2010* », « *C'était le 10 juillet 2009* », un jour « *C'était un vendredi* », ou une heure précise « *20h30* », « *C'était un mardi à 11h00* ». Par contre, en ce qui concerne les interlocuteurs rencontrés, leurs noms ou statuts sont confondus, surtout pour les patientes prises en charge aux urgences générales ou gynécologiques, où les infirmières, internes, échographistes, gynécologues et sage-femmes sont confondus. Par ailleurs, le déroulement des faits se retrouve au fur et mesure de l'énoncé. Mais pour la plupart des patientes, ce récit revient clairement même après quelques hésitations.

Pour d'autres, ce récit reste flou et difficile à retrouver dans sa totalité. C'est le cas d'une patiente qui explique ce « *manque de lisibilité* » par un refoulement de cet événement qui fut traumatique pour elle : « *Je ne m'en souviens même plus donc je pense que j'ai bien refoulé* », refoulement qu'elle comprend de par l'impossibilité pour elle d'en avoir parlé en suivant, du fait du départ en vacances de son psychanalyste et de n'avoir pu trouver quelqu'un pour en parler.

C'est également le cas d'une autre patiente qui a vécu deux fausses-couches à cinq ans d'intervalle, et qui confond les deux histoires malgré leur éloignement dans le temps, expliquant ne pas se rappeler avec exactitude des faits, mais garder des images qu'elle a du mal à relier entre elles.

Ou encore une autre patiente, enceinte de 3 mois au moment de l'entretien, un peu plus d'un an après sa fausse-couche, dit ne pas trop s'en rappeler malgré la proximité dans le temps des événements.

### **e. L'absence de cause**

L'absence de cause n'est pas toujours bien vécue par les patientes. Pour certaines patientes qui ont eu un curetage, l'analyse des produits d'aspiration a permis de ne pas retrouver une cause génétique. Cette conclusion est rassurante pour une patiente : *« Quand elle m'a dit qu'au niveau chromosomique il n'y avait pas de souci [...], je me suis dit c'est rassurant de voir qu'il n'y a rien, mais je me suis posée la question si je n'avais pas de problème de coagulation... »*, mais notons le besoin de trouver malgré tout une cause.

Tandis que pour les autres, cette conclusion est difficile car ne rassure pas et fait culpabiliser :

*« J'aurais préféré qu'on me dise : « Écoutez, il y a une trisomie 112 », enfin je plaisante mais c'est vrai que le " sans cause est difficile " parce que du coup (sanglots dans la voix), je rebondis sur mon état d'esprit absolument pitoyable de " je ne veux pas cet enfant " » ;*

*« Y a eu des analyses qui ont été faites, rien n'a été trouvé, j'étais très déçue qu'il y ait rien, j'aurais préféré qu'on me dise qu'il y avait quelque chose, du coup on se dit que ça vient de soi, c'est assez dur ».*

Pour une patiente, l'analyse n'a pas été réalisée et la recherche d'une autre étiologie que l'anomalie chromosomique a semblé importante : *« J'ai cherché à trouver une cause, en début de grossesse, on était au Cambodge et j'ai pris de l'antipaludéen, sur la notice ils parlaient de risque tératogène... après j'ai cherché une excuse, non une cause, pour ne pas me dire que c'était une cause génétique, c'est spécial de se dire ça ».*

### **3.2.3 Les répercussions psychologiques et démarches entreprises pour prendre de la distance avec les évènements**

Si pour une patiente la fausse-couche ne semble pas avoir eu de répercussions psychologiques, toutes les autres femmes témoignent d'un sentiment de tristesse : *« Ça m'a donné un coup au moral » // « C'est un sentiment qu'on explique pas, on est triste, parce qu'on s'est vachement projetée, c'est une frustration, mais j'étais triste et morose » // « De la douleur morale » // « Je pleurais beaucoup » // « J'ai un peu déprimé, je suis pas très dépressive mais j'avais pas le moral ».*

Elles évoquent toutes un temps nécessaire pour faire le deuil de cette grossesse perdue : ce temps a été variable pour chaque femme, allant de 3 à 9 mois. Après l'état choc, la sidération, elles décrivent une phase de tristesse ou de véritable état dépressif avec repli sur soi, puis une phase de rétablissement où elles déploient les moyens pour aller de l'avant.

Pour les aider à rebondir, elles ont eu recours à des moyens différents. Si pour certaines, en parler à leur entourage (conjoint, amis et familles) ou reprendre une activité professionnelle a été suffisant, pour six autres, le recours à d'autres professionnels a été nécessaire : psychothérapeutes, ostéopathes, homéopathe, et même énergéticienne.

Et nombreuses sont les patientes qui pensent que le meilleur moyen pour aller de l'avant après une fausse-couche est de retomber enceinte rapidement :

*« Tout s'est effacé, comme si rien ne s'était passé, quand je suis de nouveau tombée enceinte [...], le fait de ne pas se remettre d'une fausse-couche, je pense le comprendre, car le meilleur moyen de se relever c'est de tomber de nouveau enceinte » ;*

*« Je suis retombée enceinte 3 mois après, donc très vite on n'est plus dans le deuil mais on va vers autre chose, vers une nouvelle vie, peut-être que si ça n'avait pas été aussi rapide, peut-être j'aurais un peu plus de temps été dans le négatif » ;*

*« Pas de difficultés puisque je suis retombée enceinte très rapidement ».*

Il n'en reste pas moins que le début des grossesses suivant une fausse-couche est très angoissant à vivre :

*« Jusqu'à 3 mois et demi, 4 mois, j'ai eu un peu la trouille quand même, c'est à dire qu'à chaque fois que j'allais aux toilettes, je regardais sur le papier si je ne saignais pas ! Donc c'est sûr que la dernière fausse-couche, elle a dû marquer parce que sinon je n'aurais pas fait ça, mais jusqu'à ce que je sache qu'il n'y avait plus de risques entre guillemets de fausse-couche, j'ai surveillé les saignements, dès que je sentais un petit peu que ça coulait dans la culotte ou n'importe, vite j'allais aux toilettes, j'allais m'essuyer pour vérifier que je ne saignais pas » ;*

*« À aucun moment je me suis posée la question de la fausse-couche, mais alors ça ne m'a jamais traversé l'esprit. Par contre, la deuxième fois que je suis tombée enceinte, ça m'a beaucoup traversé l'esprit (sourire), jusqu'à 5 mois, pas jusqu'à la viabilité mais limite [...]. C'est super bien depuis 30 SA où deux fois par semaine j'ai mon monitoring, c'est génial, avant je me suis vachement protégée » ;*

*« J'ai eu une grossesse avec toutes les angoisses d'une grossesse après une fausse-couche et comme celle-ci d'ailleurs. Moi ça m'a vraiment fait prendre conscience qu'en fait pendant une grossesse il pouvait se passer plein de choses » ;*

*« Il m'a toujours tardé de passer les trois mois » ;*

*« J'ai eu la chance de retomber enceinte très facilement [...], par contre après, c'est que pendant les trois premiers mois, on appréhende beaucoup quand même » ;*

*« La grossesse suivante a été dans le stress, elle a été chaotique » ;*

*« Pour cette grossesse, j'attendais les 3 mois avec impatience ».*

Deux patientes, au moment de leurs entretiens, commençaient tout juste à rebondir après la perte de leur grossesse.

Pour l'une, les événements ne remontaient qu'à cinq mois, et au moment de l'entretien, elle mettait tout en œuvre pour retomber enceinte : *« Je fais un travail de développement personnel avec ma thérapeute, je me suis remise au yoga, très relaxant, et je suis revenue voir mon ostéopathe que j'ai vu initialement pour des douleurs lombaires, on avait fait une séance de pelvien, et suite à ça je suis tombée enceinte... donc la démarche c'est je reprends le contrôle, et mercredi, je vais voir un homéopathe, et j'ai vu aussi un médecin généraliste pour faire le check-up, j'ai une carence en vitamine D, en calcium, je prends du magnésium, ça me fait du bien... ».*

La deuxième est une patiente, enceinte de 7 mois au moment de l'entretien, mais ses deux premières grossesses s'étaient arrêtées précocement : la première à 11 SA en décembre 2010 et la deuxième à 6 SA en février 2012. Elle a vécu un deuil intense de par la présence de symptômes de deuil d'une intensité inhabituelle, d'importantes difficultés à faire face et d'une durée inhabituellement longue. Les suites de sa première fausse-couche sont marquées par un syndrome dépressif : *« Après la première fausse-couche, je voyais que ça n'allait pas bien, j'étais très déprimée [...], j'arrivais toujours pas à en parler sans pleurer, passer une journée sans fondre en larmes »*, et par un sentiment de culpabilité : *« On s'en veut de ne pas s'être rendu compte qu'il s'était passé quelque chose, on se demande ce qu'on aurait pu faire de plus ou de moins, enfin voilà y' a toujours une part de culpabilité qui apparaît, mais après, au début j'ai vraiment eu que de la tristesse, et après y' a tout ce questionnement qui se pose »*. Devant cette grande difficulté à rebondir, elle a recherché du soutien et entrepris une thérapie brève. Quelques mois après, ne retombant pas enceinte, et cela tournant à l'obsession, elle a suivi une autre thérapie, plus longue, qui lui a permis de *« créer une distance avec les événements »*. Pendant sa deuxième grossesse, elle décrit des symptômes anxieux : *« J'avais quasiment pas pris de plaisir à cette grossesse-là du coup, j'avais que de l'inquiétude »*. Suite à sa deuxième fausse-couche, la réalisation d'un bilan complet pour rechercher une cause a été nécessaire pour aller de l'avant. L'anxiété a été présente les six premiers mois de sa grossesse en cours : *« À chaque fois que j'y allais, c'était la panique, l'inquiétude, on n'était pas tranquille, on avait déjà vécu deux fois ça, chaque saignement, même si*

*la fois d'avant on était rassuré, à chaque fois on était en stress [...], je suis dans le septième mois, ça fait à peu près un mois que j'arrive à me dire que maintenant ça va aller quoi...».*

Une autre patiente a décrit des symptômes d'anxiété dans les suites de sa fausse-couche, prenant la forme de crises de tachycardie, expliquées par des hypotensions très certainement occasionnées par la grande fatigue et le stress occasionnés.

### **3.2.4 Soutien médical et proposition de suivi**

Six patientes ont ressenti de la compassion par les différents professionnels les encadrant, médecins traitants, gynécologues ou infirmières, certains ayant par ailleurs proposé un soutien :

*« Elle (son médecin généraliste) m'a dit : « Si ça va pas, vous téléphonez, si vous avez envie de parler, je suis là », c'est vrai qu'elle est super disponible » ;*

*« Je me rappelle très bien de ce qu'elle (sa gynécologue) m'a dit, j'ai bien aimé, elle m'a dit : « Vous avez le droit d'être triste, vous avez le droit de pleurer » [...], qu'il ne fallait pas que je culpabilise » ;*

*« Si j'avais vraiment besoin de lui parler que je l'appelle » ;*

*« Ma gynéco qui a été bien là-dessus, beaucoup de réconfort, elle était tellement désolée pour moi, elle m'a proposé une aide psychologique... » ;*

*« Pendant l'attente dans la nuit, les infirmières étaient adorables, vraiment elles étaient charmantes [...], très douces, très gentilles aussi » ;*

*« C'est surtout après l'intervention que j'ai eu le soutien d'une infirmière, oui ç'a été un moment fort (pleurs) [...], elle m'a dit que si j'avais vraiment du mal à vivre avec ça, fallait pas que j'hésite à aller voir un psychologue [...], et surtout qu'il fallait que j'en parle si j'avais envie, et pas garder ça pour moi » ;*

*« Ma gynéco me précisait bien que c'était une grossesse comme une autre, pour elle, elle la comptait dans le nombre de grossesses, sur le moment c'était important d'en tenir compte, c'est reconnaître aussi...[...], arrêt de travail de 10 jours, elle m'avait proposée de prolonger... ».*

**Notons que ce soutien apporté est vécu comme une reconnaissance de leur souffrance.**

D'autres patientes n'ont pas eu cette reconnaissance et le déplorent :

*« Ils s'en foutaient » ;*

*« Maintenant, je me souviens avoir écrit sur le questionnaire qualité à la fin effectivement, que si j'avais pu rencontrer une personne, ne serait-ce que quinze minutes pour lui dire (sanglots) : « J'en ai gros sur la patate, c'est pas facile », quand bien même elle aurait fait semblant d'écouter, c'était bien quand même, et surtout je pense avec une sage-femme ou un professionnel, parce que ma propre mère était d'aucun secours [...], j'aurais préféré une professionnelle de santé qui m'aurait regardée avec un regard compatissant et qui me dise : « Oui, c'est dur ce que vous vous apprêtez à faire ou ce que vous venez de faire », en sortant, histoire de rebondir » ;*

*« Je n'ai pas eu de discours des soignants, j'en ai eu aucun, jamais personne n'est venu me parler de ça à la clinique, y' a tellement pas de discours que c'est banal [...], je l'excédais je pense le gynéco, quand je me suis rajoutée à sa consultation, là, ça le gonflait » ;*

*« Y' a des gens qui meurent tous les jours, et pourtant les médecins prennent la peine de compatir avec la famille, ça devrait être la même chose pour les femmes qui perdent leur enfant, ça devrait pas être minimisé sur le plan psychologique » ;*

*« Personne n'a été là pour me laisser un espace pour que je puisse exprimer ma souffrance, venir me chercher pour me dire : « si, si, ce qui t'es arrivée, ce n'est pas banal » » ;*

*« C'était le manque d'accompagnement [...], le jour de l'intervention, je l'ai revu et il m'a dit : « Bon ben allez on y va ! », ouais c'était comme ça quoi, juste avant d'entrer dans le bloc : « Bon allez on y va, vous allez voir, ça va aller », c'était vraiment je suis détendu et voilà quoi, je fais ça comme je fais autre chose... » ;*

*« Je pense que c'est important qu'on propose d'aller voir un psychologue dans le cas où ça n'irait pas, car on se dirait à ce moment-là que ce n'est pas exagéré, que ma réaction n'est pas exagérée finalement [...]. Parce que si je n'avais pas fait ce travail avec le psychologue, je ne serais jamais tombée enceinte...».*

**Notons encore une fois l'impact sur les femmes de la banalisation des fausses-couches par cette absence d'accompagnement.**

Cette absence de soutien se justifie, selon certaines patientes, par le fait qu'elles ont été prises en charge aux urgences, ou parce que ce n'est pas l'image qu'elles ont renvoyée. Une patiente abonda même dans le sens que ce n'est pas le rôle des professionnels de santé : *« Ça reste des médecins, et le travail est pour quelqu'un d'autre si travail il doit y avoir ».*

### 3.2.5 Leurs suggestions

Quelques patientes apportent des suggestions :

- Être à l'écoute, être dans la compassion, tenir des propos adaptés à la situation : « *Ça demande d'avoir montré qu'on les a écoutées, entendues, et qu'on considère ce qui s'est passé, d'en prendre acte[...], de mettre des mots à leur place sur ce qu'elles viennent de vivre pour qu'elles entendent des mots qui vont peut-être venir ouvrir une porte [...], c'est être un peu là, dans une fonction un peu maternante [...], c'est leur dire : « Ce que vous venez de vivre c'est quand même quelque chose qui peut être... », je ne sais pas s'il faut dire douloureux ou pas, je ne crois pas qu'il faille mettre des mots qui ont trop d'impact, trop lourds [...], parce que parfois ça ne va pas être traumatique pour la personne [...], chacun fait une interprétation en fonction de son histoire [...], laisser la porte ouverte : « Vous pouvez revenir si vous avez besoin, revenir m'en parler », d'une façon que la femme perçoive que l'autre est sensible, que l'autre porte un intérêt particularisé à l'autre... »*, ces suggestions nous ont été énoncées par une patiente psychologue dans une maternité.

Une autre patiente suggère la même approche : « *C'est vraiment un événement à ne pas banaliser du tout. C'est un décès, y' a besoin de faire un deuil, d'accepter [...], lui dire que si elle en ressent le besoin, surtout d'en parler, faut pas garder ça pour soi, et qu'elle a le droit d'avoir ces émotions-là, de souffrir pendant ce moment-là, voilà qu'elle a le droit, qu'il faut qu'elle prenne le temps justement de passer par là »* ;

- Proposer le passage d'un psychologue avant ou après le curetage : « *Juste avant l'opération, juste après, pendant qu'elles sont à la clinique, leur donner un petit espace de parole, y' a rien pour tout ça »* ;
- Proposer de consulter un psychologue : « *Je pense que c'est important qu'on propose d'aller voir un psychologue dans le cas où ça n'irait pas, car on se dirait à ce moment-là que ce n'est pas exagéré, que ma réaction n'est pas exagérée finalement, et même si au début on n'a pas envie d'en parler car c'est trop difficile, au moins, on a dans ses poches le numéro du psychologue si jamais on a besoin »* ;  
« *L'entourage n'a pas un rôle de psychothérapeute ou de psychologue [...], ce serait bien que ça soit le médecin qui guide, après on le suit ou on le suit pas »*.

**Toutes ces remarques soulignent l'importance d'apporter du réconfort au moment de l'annonce ou de proposer un soutien, afin de légitimer la souffrance ressentie.**

### 3.2.6 La place du médecin traitant

Certaines patientes n'ont pas du tout eu recours aux médecins traitants, soit parce qu'elles n'en avaient pas, soit parce que ça ne leur est pas venu à l'esprit de le consulter, soit parce que pour elles, le médecin traitant n'est pas gynécologue ou psychologue.

Pour d'autres, leurs médecins traitants ont joué un rôle :

- dans leur prise en charge : *« J'ai tout de suite téléphoné à mon médecin généraliste, qui m'a pris dans l'heure, en me rassurant, en me disant que le col était quand même fermé, que ça pouvait arriver[...]. Le lendemain, comme je saignais toujours, je suis retournée la voir, de là, je suis allée à la clinique » ;*
- de confident et de soutien :  
*« Elle (sa généraliste) était d'accord avec moi, qu'il y avait de grandes chances que ce soit ça, que ce soit vraiment un stress [...], elle m'a dit : « Si ça va pas, vous téléphonez, si vous avez envie de parler, je suis là », c'est vrai qu'elle est super disponible [...] » ;*  
*« J'en ai parlé à mon médecin généraliste juste avant ma deuxième grossesse, elle avait pris le temps d'ailleurs de m'écouter... et c'est elle qui m'a suivi pour ma deuxième grossesse » ;*
- dans les démarches pour faire face : *« J'ai vu aussi une médecin généraliste pour faire le check-up » // « C'est lui qui m'a conseillé le nom de la psychologue, mais c'est moi qui lui ai demandé aussi, je n'ai pas eu de proposition ».*

Et d'après notre patiente psychologue, son rôle paraît primordial : *« Quand je travaille, je ramène toujours vers le médecin traitant, parce que c'est le médecin traitant qui connaît le plus finalement ses patients et qui a un lien avec eux, mais il est squeezé le médecin traitant ».*

**Parce que certains parcours de soins furent chaotiques ; parce que des attitudes ont été vécues comme maladroites ou choquantes ; parce que la prise en charge s'est faite aux urgences, lieu vu comme aseptisé ; parce qu'aucun arrêt de travail n'a été proposé à certaines, alors que l'angoisse de faire une hémorragie sur les lieux de travail était présente, ou que la fatigue se faisait ressentir après des soins prodigués ou suite à des saignements abondants ;**

**parce qu'aucun suivi n'a été proposé et qu'il n'y a pas eu de place pour exprimer une souffrance ; ou parce qu'elles-mêmes ont pu banaliser les fausses-couches avant de l'avoir vécu ; pour toutes ces raisons, nombreuses sont les patientes qui ont eu le sentiment que leurs expériences étaient banalisées, non seulement par l'entourage, mais surtout par les professionnels de santé.**

## **4. DISCUSSION**

## **4.1 LA METHODE**

### **4.1.1 Validité de l'étude**

Plusieurs critères de qualité et de rigueur ont été définis en méthode qualitative, permettant ainsi d'assurer la validité d'une étude qualitative [12].

Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, ce qui a contribué à une compréhension la plus complète possible du sujet.

Les participantes et les contextes ont été minutieusement sélectionnés pour permettre la diversification des données. De ce fait, les observations recueillies dans cette étude apportent de nouvelles connaissances qui sont généralisables (validité externe) et augmentent le degré de confiance accordée aux connaissances déjà établies sur le sujet.

Cette étude a apporté des informations sur le ressenti des patientes. Lors des entretiens, les patientes sont parvenues à s'exprimer sur les difficultés rencontrées, et à y proposer des mesures correctives.

D'autre part, ce travail a abouti à des résultats homogènes, malgré la diversité et la singularité des histoires.

Bien que les données n'aient pu être analysées par plus d'un chercheur (technique de la triangulation des chercheurs), la crédibilité (validité interne) de l'étude a pu être améliorée par une retranscription minutieuse et intégrale des entretiens.

Enfin, nous avons limité les biais de confusion en présentant, d'une manière claire et compréhensible, les résultats jugés les plus pertinents.

### **4.1.2 Les limites de l'étude**

Pour évaluer la qualité de ce travail, il est nécessaire d'identifier et d'expliquer les différents biais. Ainsi, comme le précisait Blanchet dans un ouvrage sur les entretiens : « La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique » [5].

#### **a. Le biais de sélection de l'échantillon**

La sélection des patientes par les professionnels eux-mêmes a pu amener un biais de sélection, en effet, ont-ils recontactés des patientes dont les histoires les avaient marqués ?

En revanche, nous avons minimisé les risques de biais de sélection d'un échantillon constitué par simple convenance ou trop uniforme.

Un autre moyen de sélection avait été pensé : à partir du registre des urgences de la maternité, recontacter par courrier les patientes ayant vécu une fausse-couche précoce, mais cette démarche n'a pu être validée par deux des chefs de service qui avaient eu des retours négatifs de méthodes rétrospectives similaires, d'autant plus pour parler d'un événement douloureux de la vie de ces femmes.

Dans le même ordre d'idée, il est intéressant de noter qu'aucune patiente n'a été adressée par les gynécologues-obstétriciens libéraux sollicités.

Nous constatons la réticence de certains professionnels, cela reflète-t-il un désintérêt pour ce sujet [46] ?

#### **b. Les biais liés à la méthode**

Le caractère rétrospectif de l'étude doit être pris en compte, en effet l'étude peut contenir des biais en rapport avec des erreurs liées à la mémoire ou à une interprétation secondaire du ressenti.

Toutes les étapes du travail, depuis les entretiens jusqu'à l'interprétation des résultats, ont été

faites par la même personne. Cette pratique a pu induire un biais d'analyse, les propres représentations et hypothèses préalables du chercheur ayant pu influencer sur l'analyse des entretiens.

De plus, l'analyse des entretiens étant interprétative, la subjectivité de l'auteur a pu intervenir dans la présentation des résultats et le risque d'un biais d'interprétation n'a pu être complètement écarté.

## **4.2 LES RESULTATS**

L'étude réalisée nous a permis d'atteindre les objectifs de ce travail. En effet, la majorité des patientes ayant vécu récemment ces expériences douloureuses ont été confrontées à une banalisation de cet événement. L'absence d'une écoute et d'un soutien, au moment de l'annonce, ou sur le temps des hospitalisations lorsqu'une aspiration est nécessaire, et l'absence de reconnaissance de leur souffrance, à travers des attitudes ou paroles vécues comme maladroitement minimisant la perte, ou à travers des prises en charges médicales minimisant l'intensité des douleurs physiques ou des saignements, mettent en évidence la différence entre la perception des femmes de la fausse-couche et la vision médicale. Cela met en exergue le décalage entre un traumatisme pour les femmes et la routine pour les équipes soignantes. Ce décalage renforce le sentiment de banalisation et isole la femme dans sa souffrance.

Les entretiens effectués dans cette étude permettent de prendre la mesure de la difficulté de cet événement pour celles qui le vivent : une fausse-couche est un événement douloureux et traumatique, douloureux physiquement, mais avant tout douloureux psychologiquement. Bien que leurs expériences soient très variées, la souffrance est commune à la grande majorité des femmes. Cette expérience est source de chagrin, de culpabilité, de colère et d'inquiétudes, et très peu de femmes la vivent comme un événement anodin.

Ainsi, nos résultats rejoignent les données de la littérature, à savoir que deux revues anglo-saxonnes ont indiqué que la souffrance à la suite d'une fausse-couche concerne 40% des femmes [1,39] et se caractérise par la tristesse, la nostalgie de l'enfant perdu, le désir de parler de la perte et la recherche d'une explication. Grâce à une échelle de deuil adaptée à la fausse-couche, Nikcevic et al. [44] ont observé que le score moyen de chagrin était comparable à celui des personnes ayant perdu un proche ( $n=204$ ).

Par contre, nos résultats ne paraissent pas comparables en ce qui concerne les symptômes dépressifs et anxieux, dans la mesure où, dans notre étude, une seule patiente témoigne d'un syndrome dépressif puis anxieux, et qu'une seule patiente décrit des symptômes d'anxiété après sa grossesse arrêtée. Alors que d'après Lok et Neugebauer (2007), entre 20 et 55% des femmes ont des symptômes dépressifs à la suite d'une fausse-couche [39]. Trois mois après la fausse-couche, une étude française (1992) a estimé que 51% des femmes présentaient une dépression selon les critères du DSM-III [26]. Et d'après les mêmes revues anglo-saxonnes citées précédemment, entre 20 et 40% des femmes ont des symptômes d'anxiété après leur fausse-couche [1,39].

En revanche, nos résultats seraient concordants avec la plupart des auteurs qui évaluent qu'environ 40% des femmes qui ont fait une fausse-couche présentent des symptômes de deuil [1,3,39]. En effet, dans notre étude, la majorité des patientes ayant ressenti du chagrin parlent d'une nécessité de faire un travail de deuil après la perte, et décrivent beaucoup d'inquiétudes lors des grossesses suivantes. Nous retrouvons pour la majorité des patientes interrogées les trois étapes du deuil décrites par Hanus [29], à savoir une première phase d'état de choc, suivie d'une phase plus ou moins longue d'état dépressif, et la phase de résolution.

Les résultats de notre étude indiquent que si les réactions émotionnelles des femmes sont différentes, celles-ci donnent également une signification différente à la perte. Ainsi, nombre de femmes considèrent avoir perdu un bébé, un enfant, alors que d'autres disent avoir perdu un embryon, un fœtus, ou utilisent des termes plus abstraits. La future mère a une représentation de son bébé bien différente de sa réalité biologique [20]. Bydlowski précise notamment que « *les femmes enceintes rêvent souvent d'enfant mais jamais du fœtus au stade embryogénétique correspondant* » [8].

Le terme de la grossesse au moment de la fausse-couche est l'élément le plus controversé et la majorité des études ne parviennent pas à montrer une corrélation entre la durée de la gestation,

l'intensité ou la durée du deuil, de l'anxiété et de la dépression. Geneviève Delaisi [14], rapporte de son expérience de psychanalyste dans un service de gynécologie-obstétrique, que la souffrance, le chagrin ressentis par les parents ne sont pas corrélés en effet de façon logique avec le stade auquel la grossesse s'est arrêtée. Ce qui semble jouer un rôle important est l'attachement de la femme enceinte à sa grossesse et à son embryon ou fœtus. L'intensité de l'attachement ne peut être résumée à la durée de la grossesse.

Cette notion paraît importante à prendre en compte, car nous comprenons alors que quelque soit le terme au moment de la fausse-couche, cet évènement peut faire traumatisme chez une femme. Nos résultats mettent bien cela en évidence. Nous avons rencontré des femmes qui ont vécu des grossesses arrêtées ayant nécessité une intervention chirurgicale avec tout ce que cela peut sous-entendre, les contraintes d'une hospitalisation, les craintes d'une anesthésie générale, et toutes les démarches administratives que cela peut occasionner ; ou encore des femmes qui ont beaucoup souffert physiquement. Ces femmes ne paraissaient pas pour autant plus touchées émotionnellement que d'autres patientes qui avaient perdu à un stade très précoce leur grossesse, sans le souvenir de douleurs physiques atroces, mais pour qui cette perte, qui représentait la perte d'un bébé, a été à l'origine d'une peine intense.

La visualisation d'un fœtus ou embryon viable avant la fausse-couche grâce à l'échographie pourrait entraîner un attachement maternel plus précoce et plus important, et un impact plus négatif sur la santé psychique après le diagnostic de fausse-couche [39].

L'évolution de la société occidentale et les progrès de la médecine ont entraîné de nombreux bouleversements concernant la procréation et ont des conséquences sur le projet d'enfant mais également sur sa place à venir et sur la signification de sa perte [20]. La relation avec l'embryon et le fœtus est actuellement modifiée et influencée par l'échographie qui a bouleversé la façon de vivre une grossesse. Avec le développement de l'échographie, la première rencontre avec l'enfant à naître est plus précoce et se fait à travers des images (image de l'embryon ou du fœtus, clignotement des battements cardiaques) et des sons (bruits des battements cardiaques). Ainsi, l'échographie augmente la personnalisation du fœtus, et sa valeur aux yeux de ses parents qui dès lors attendent un enfant [19]. La fausse-couche, même très précoce, est alors perçue d'emblée par les futurs parents comme la mort soudaine d'un être à part entière qui interrompt un projet de vie souhaité [20].

Nos résultats rendent bien compte de cela, le choc ressenti au moment de l'annonce paraissant encore plus violent lorsque les femmes avaient visualisé un embryon ou fœtus viable sur des images échographiques réalisées antérieurement. Cette dimension mérite une attention particulière et invite les professionnels à tenir compte de cette notion au moment de l'annonce.

Selon les études [35,44,52] , 77 à 87% des femmes désiraient connaître la cause de la fausse-couche et 71% déclaraient que connaître la cause les aideraient à se sentir mieux. Une étude a proposé à 143 femmes de tenter d'identifier une explication à la fausse-couche : la cause a pu être déterminée dans 87 cas (60%). Si une cause avait été trouvée, elle est restée une source d'inquiétudes pour le futur, mais le fait de connaître la cause permettait de diminuer leurs sentiments de responsabilité. Par contre, l'absence de cause retrouvée augmentait les sentiments de culpabilité, qui étaient même supérieurs à ceux d'un groupe contrôle pour qui aucune recherche étiologique n'avait été menée [43, 38]. C'est ce qui ressort de notre étude où la recherche d'une cause paraît en effet primordiale, seulement l'absence de cause retrouvée peut les renvoyer à leur propre culpabilité. Notre étude révèle en plus que l'idée que la cause pourrait être génétique peut également être mal vécue. Toute cette ambivalence nous amène à nous questionner sur l'indication de la recherche étiologique qui pourrait être discutée au cas par cas, et sur la manière de fournir les informations sur les causes.

En revanche, l'argument de fréquence est très rassurant pour une grande partie des patientes interrogées, en effet le fait de savoir que les fausses-couches arrivent fréquemment et de se rendre compte que cela touche beaucoup de personnes de leur entourage en particulier, leur permet de se sentir moins seule et de prendre conscience que la fausse-couche ne remet pas en cause leur capacité à enfanter. Mais encore une fois, il faut souligner l'individualité de chaque histoire, cet argument de fréquence ayant froissé une patiente qui s'était bien rendue compte de la fréquence des fausses-couches, ayant vécu elle-même deux grossesses arrêtées. La répétition des fausses-couches ne pouvait pas être un argument rassurant pour cette patiente qui était en droit de s'inquiéter quant à sa fertilité. Mais cela rejoint la problématique des fausses-couches à répétition qui ne sont pas le propos de notre sujet.

Dans notre étude, les femmes étaient globalement satisfaites de la prise en charge médicale sur le plan physique, mais il en va autrement de la prise en charge psychologique. L'absence d'accompagnement est reprochée au moment de l'annonce ou au moment de l'hospitalisation pour curetage, avant ou après le geste. Cela rejoint les données de littérature où 20 à 30% des femmes ont reproché un traitement trop technique, excluant le soutien psychologique [11,28].

Quand ce soutien a été apporté, il est vécu comme une reconnaissance de leur souffrance. Tandis que l'apport d'un réconfort vécu comme maladroit, ou son absence, sont considérés comme un manque de reconnaissance de la peine éprouvée.

Une des souffrances des femmes est en effet le non-événement que cette perte représente souvent pour le milieu médical. Cela étant également accentué par des phrases à priori rassurantes, en réalité très banalisantes. Et nous avons vu que cette banalisation n'engage en rien les patientes à exprimer leurs difficultés psychologiques.

Au vu de leurs expériences, quelques patientes ont d'ailleurs suggéré quelle serait la bonne attitude à adopter. Pour certaines, cela passerait par un discours expliquant les réactions possibles après une fausse-couche et par une incitation à en parler si elles en ressentaient le besoin. Les femmes soulignent en effet leur besoin d'une attitude plus prévenante de la part des équipes soignantes [18]. Il s'agit plus d'une demande d'écoute que d'une démarche de soin spécifique, les patientes ressentant le besoin d'en parler [28].

Ainsi Geneviève Delaisi précise dans son livre [14] que les femmes qu'elle a rencontrées après des fausses-couches n'étaient pas vraiment en demande de compréhension psychologique de ce qui leur arrive ( « il n'y a rien à comprendre » ), mais plutôt en demande de « soutien, de parole, de mise en mots, en lieu et place de la seule lecture clinique des taux hormonaux » .

Et pour d'autres patientes, la bonne attitude serait de proposer le soutien d'un psychologue.

Plusieurs auteurs ont mis en avant l'importance d'un soutien à la suite d'une fausse-couche. Deux études anglo-saxonnes ont évalué l'efficacité d'une consultation spécialisée [41,48] mais peu d'études contrôlées et randomisées ont étudié l'efficacité d'un soutien individuel visant à réduire l'impact psychologique de la fausse-couche. De plus, ces études diffèrent de part leur méthodologie, le type d'intervention testée, l'intervenant et le moment des mesures, ce qui rend les conclusions concernant l'efficacité d'un soutien difficiles.

Pour répondre à ce manque, Nathalie Séjourné a mené une étude en 2011 visant à tester l'efficacité d'une intervention de soutien psychologique. Sur 124 participantes, 66 ont bénéficié d'une intervention immédiate et 68 ont reçu une proposition de soutien différé. Aucune différence significative n'a été observée concernant les mesures de chagrin et de dépression, sentiments faisant partie du processus de deuil et qui ont leur utilité. Mais les résultats indiquent une différence significative entre les groupes concernant les mesures d'anxiété et d'impact de l'évènement, notamment concernant l'abond de la grossesse suivante [53]. D'ailleurs, dans notre étude, les femmes témoignent bien de ces inquiétudes au cours des grossesses qui font suite aux fausses-couches.

Il semble important de rappeler que ces réactions de deuil correspondent à des réactions normales et ne nécessitent pas systématiquement un traitement médical ou une psychothérapie mais un soutien [31]. René Frydman insiste sur la nécessité d'une attention et d'une écoute particulières ainsi que sur le temps à accorder à ces femmes qui vivent des situations de deuil sans matérialité de corps à ne pas sous-estimer, car « d'autant plus difficiles à gérer qu'aucune représentation n'existe, excluant toute cérémonie, toute possibilité de recueillement et qu'il n'y a pas de socialisation de l'évènement » [24].

Nous avons vu que ce soutien peut être apporté par le médecin traitant. Durant les quatre semaines qui ont suivi la fausse-couche, 46% des femmes d'une étude [22] ont eu au moins un contact avec leur médecin traitant, dont plus de la moitié en raison de leur détresse morale (humeur dépressive, anxiété, insomnie, inquiétude sur les causes de la fausse-couche). Dans d'autres études [21,26], entre 63 et 69% des femmes se sont rendues à une consultation chez un médecin généraliste dans les suites de la fausse-couche, pour une motif tel que fatigue, malaise, et/ou psychologique tel que dépression, anxiété, troubles du sommeil. Dans notre étude, certaines patientes n'ont pas eu recours à leur médecin traitant, soit parce qu'elles n'y avaient pas pensé, soit parce que le médecin généraliste n'est pas gynécologue ou psychologue. Et pourtant, le médecin traitant semble bien positionné pour jouer un rôle de soutien, connaissant au mieux la patiente, étant d'accès plus facile, disposant d'une connaissance suffisante pour traiter certains problèmes gynécologiques et présentant les compétences requises pour identifier et orienter vers un spécialiste toute évolution pathologique d'un chagrin. Le relais de la prise en charge hospitalière peut donc être assuré par le médecin traitant, à condition que les équipes soignantes en aient connaissance, qu'elles aient pris la mesure de ce que la perte de la grossesse pouvait représenter pour la femme, et qu'elles incitent les patientes à s'adresser à leurs médecins traitants en cas de difficultés ou questions restées en suspens. Par ce biais, la femme pourrait se sentir moins seule face à ses difficultés après une fausse-couche.

Dans une perspective de prise en charge, il est nécessaire de reconnaître les émotions douloureuses ressenties par les femmes et de leur apporter des informations sur ces expériences qui peuvent les aider à avancer.

Le fait de connaître les causes, la fréquence et les réactions possibles face à cet événement, peut notamment leur permettre de moins culpabiliser et de mieux l'accepter.

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en avant la grande diversité des réactions émotionnelles et des difficultés rencontrées par les femmes. Ils permettent de constater que les mêmes évènements, les mêmes réactions et paroles de l'entourage ou des médecins, peuvent être perçus et vécus de façon très différente par les femmes. Face à ces ressentis et ces interprétations variés, il convient donc pour les professionnels d'être particulièrement prudents dans leurs attitudes envers les femmes qui traversent cet événement douloureux, notamment en tenant compte de la signification de la perte pour la femme, de l'histoire et des problématiques singulières de chacune. Ainsi, il semble essentiel d'offrir aux femmes l'opportunité d'évoquer leur expérience et d'accorder une attention particulière à la singularité de celle-ci.

## **5. CONCLUSION**

Bien que la fausse-couche soit un événement fréquent, elle n'en est pas moins une expérience douloureuse pour les femmes.

Notre travail rend bien compte du fait que pour chaque femme le vécu d'une fausse-couche est différent, tant sur le plan physique que psychologique. Leurs vécus divergent parce qu'elles accordent une signification particulière à la perte, parce que leurs histoires personnelles sont singulières, et parce qu'elles ont été amenées à rencontrer des personnes différentes. Néanmoins, il convient de reconnaître que pour l'ensemble de ces femmes, vivre une fausse-couche n'est pas anodin et engendre du chagrin. Parfois les conséquences peuvent être plus intenses, avec des symptômes dépressifs ou anxieux. Le risque d'évolution vers ces complications psychologiques est établi, et invite donc les professionnels à être vigilant et à ne pas banaliser les fausses-couches.

Il n'est pas question de « psychiatriser » la fausse-couche, mais d'apporter un soutien. Une prise en compte de la signification de la perte pour la femme, une légitimation des sentiments éprouvés, constitueraient les bases de ce soutien. De même, cet accompagnement consisterait en une invitation à parler de cet événement et à consulter un professionnel si la patiente le désire.

Le médecin généraliste semble être bien placé pour apporter ce soutien, du fait de son rôle de coordinateur des soins, mais surtout par la relation de confiance établie entre lui et la patiente.

Pourtant, ce que notre étude met surtout en évidence, c'est qu'à ces termes précoces, l'investissement médical est faible. Nombreuses sont les patientes qui ont eu connaissance de mon travail et me relatent de manière peu élogieuse leurs prises en charge : un accueil aux urgences froid et peu considérant, des paroles blessantes minimisant leur peine, la question traitée rapidement, sans explication et sans prendre en compte la détresse de l'annonce d'une grossesse arrêtée.... Ou encore les témoignages de professionnels qui me rapportent le peu d'égard des équipes hospitalières pour ces prises en charge. Je pense à celui d'une conseillère familiale, rencontrant régulièrement des femmes dans le cadre d'IVG, dont l'antécédent douloureux d'une fausse-couche refait surface au moment de l'entretien ; elle relate régulièrement ces faits en réunion pluridisciplinaire pour sensibiliser les professionnels en première ligne dans les prises en charge, mais n'a pas le sentiment d'être entendue.

Ce sujet encore tabou dans notre société mérite attention et nous fait nous questionner :

Serait-ce un manque de connaissance de l'impact psychologique de la fausse-couche par les professionnels de santé ?

Pourquoi les fausses-couches sont-elles banalisées ?

Comment expliquer ce manque d'implication face aux femmes ayant vécu cet événement ?

Une étude recueillant les témoignages des professionnels de santé prenant en charge les grossesses arrêtées serait intéressante à mener, pour tenter de répondre à ces questions.

Catherine Rongières-Bertrand, gynécologue, s'est interrogée sur les comportements médicaux et suggèrent des idées et points de réflexion sur le vécu du médecin, concerné quotidiennement par ces problèmes. Il est à longueur de temps question de vie, de mort. Le médecin se protège en restant dans l'ignorance. L'ignorance que cela le touche et le blesse. Il se met en dehors des réalités simples de la vie, joyeuses ou tristes, en décalage pour ne pas souffrir. Car s'il utilise toute son énergie à l'hôpital, que lui reste-t-il à partager chez lui, avec sa famille ou ses amis ? Parfois, on en oublie la simple humanité, on oublie qu'une fausse-couche est un travail de deuil à faire, que c'est aussi l'annonce d'une mort. Ne pas savoir, ne pas oser dire : non, je ne m'occupe pas de cette patiente, je ne peux pas. Nous n'avons pas appris en tant que clinicien somaticien, à « nous engager sans nous perdre », « à nous identifier sans nous confondre » [46]. Mais cela doit-il s'apprendre ?

## **6. BIBLIOGRAPHIE**

1. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update Ob/Gyns* 2000; 7:64-69.
2. Aubin-Auger I et al, Introduction à la recherche qualitative, Exercer 2008 ; 84 : 142-5.
3. Beutel M, Deckardt R, Von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage : their separation, antecedents, and course. *Psychosom Med* 1995; 57:517-526.
4. Beutel M, Xillner H, Deckardt R, Von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage : results from a longitudinal study. *J Psychosom Res* 1996; 40:245-253.
5. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris : Nathan, 1992 : 127 p.
6. Boyce PM, Condon JT, Ellwood DA. Pregnancy loss : a major life affecting emotional health and well-being. *Med J Aust* 2002; 176:250-251.
7. Brier N. Anxiety after miscarriage : a review of empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* 2004; 31:138-142.
8. Bydlowski M. La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris : PUF, 2002.
9. Carter D, Misri S, Tomfor L. Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50:154-165.
10. Cecil R. Miscarriage : women's view's of care. *J Reprod Infant Psychol* 1994; 12:21-29.
11. Cordle CJ, Prettyman RJ. A 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage. *J Reprod Infant Psychol* 1994; 12: 37-43.
12. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine, Pédagogie médicale 2002 ; 3 : 81-90.
13. Deckart R, Beutel M, Schaudig K. Long-term psychological sequelae of spontaneous abortion : do medicalmanagement, recent pregnancy and delivery really help in coping with grief? *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1994; 54:347-354.
14. Delaisi G. La part de la mère, Paris : Odile Jacob, 1997 : 229 p.
15. Desanti R. Initiation à l'enquête sociologique, Rueil-Malmaison : ASH, 2010 : 161 p.
16. Dollander M, De Tychev C. Pertes pré et péri-natales : prévenir la psychopathologie ultérieure. *Perspect Psychiatr* 2000; 39:383-389.
17. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A. Post-traumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatric* 2001; 23:62-66.
18. Evans L, Lloyd D, Considine R, Hancock L. Constrating views of staff and patients regarding psychosocial care for Australian women who miscarry : a hospital based study. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2002; 42:155-160.
19. Fellous M. La première image, Enquête sur l'échographie obstétricale, Paris : Nathan, 1991.
20. Flis-Trèves M. Le deuil de maternité, Paris : Calmann-Levy, 2004.
21. Friedman T. Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. *J Royal College Gen Pract* 1989; 39:456-458.
22. Friedman T, Gath D. The psychiatric consequences of spontaneous abortion. *Br J Psychiatry* 1989; 155:810-813.
23. Frost M, Condon JT. The psychological sequelae of miscarriage : a critical review of the literature. *Aust NZJ Psychiatry* 1996; 30:54-62.
24. Frydman R. Mourir avant de n'être? Aspects éthiques. In: *Mourir avant de n'être?* Frydman R, Flis-Trèves M, Paris : Odile Jacob, 1997 : 97-108.
25. Garel M. Fausses-couches : aspects psychologiques. In: *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*. Minoun S., Paris : Flammarion Médecines-Sciences, 1999 : 118-122.
26. Garel M, Blondel B, Lelong N, Bonenfant S, Kaminski M. Reactions dépressives après une fausse-couche. *Contracept Fertil Sex* 1992.
27. Garel M, Legrand H. L'attente et la perte du bébé à naître, Paris : Albin Michel, 2005.
28. Hamilton SM. Should follow-up be provided after miscarriage? *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:743-745.

29. Hanus M. Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte, chez l'enfant 2ème édition, Paris : Maloine, 2003.
30. Helstrom L, Victor A. Information and emotional support for women after miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 7:93-98.
31. Iles S. The loss of early pregnancy. *Baillière's Clin Obstet Gynecol* 1989; 3: 769-790.
32. Janssen H, Cuicinier M, Hoogduin K, et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Am J Psychiatry* 1996; 153:226-230.
33. Klier CM, Geller PA, Ritsher JB. Affective disorders in the aftermath of miscarriage : a comprehensive review. *Arch Womens Ment Health* 2002; 5:129-149.
34. Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event : a review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res* 1996; 40:235-244.
35. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage : a preliminary study. *Br J Med Psychol* 1996; 69:47-58.
36. Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chan KP, Chung TK. A comparison of the psychologic impact and client satisfaction of surgical treatment with medical treatment of spontaneous abortion : a randomized controlled trial. *AM J Obstet Gynecol* 2001; 185:953-958.
37. Le Grand-Séville C, Morel MF, Zonabed F. Le fœtus, le nourrisson et la mort, Paris : L'Harmattan, 1998 : 234 p.
38. Leppert PC, Pahlka BS. Grieving characteristics after spontaneous abortion : a management approach. *Obstet Gynecol* 1984; 64:119-122.
39. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21:229-247.
40. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, et al. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *Am J Obstet Gynaecol* 1992; 166:104-109.
41. Nikcevic AV. Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic, *J Reprod Infant Psychol* 2003 ; 21 : 207-17.
42. Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *J Psychosom Res* 2007; 63:283-290.
43. Nikcevic AV, Tunkel SA, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH : Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 ; 106 : 808-13.
44. Nikcevic AV, Tunkel SA, Nicolaidis KH. Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11:123-128.
45. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *Br J Med Psychol* 1993; 66:363-372.
46. Rongièrès-Bertrand C. Les gynécologues-obstétriciens face aux grossesses arrêtées. *In: Mourir avant de n'être?* Frydman R, Flis-Trèves M, Paris : Odile Jacob, 1997:57-64.
47. Rosenfield JA. Bereavement and grieving after spontaneous abortion. *Am Fam Physician* 1991; 43:1679-1684.
48. Roswell E, Jongman G, Kilby M, Kirchmeier R, Orforf J, The psychological impact of recurrent miscarriage, and the role of counselling at a pre-pregnancy counselling clinic. *J Reprod Infant Psychol* 2001 ; 19 : 33-45.
49. Rousseau P. Le deuil périnatal et son accompagnement. *In: Interventions psychologiques en périnatalité*, Guedeney Allilaire JF. Médecine et psychologie, Paris : Masson, 2001; 133-152.
50. Rousseau P. Les pertes périnatales, la famille, les soignants et la société. *Devenir*, 1995 : 7:31-60.

51. Rowlands IJ, Lee C. « The silence was deafening »: social and health service support after miscarriage. *J Reprod Infant Psychol* 2010; 28:274-286.
52. Seibel M, Graves WM. The psychological implications of spontaneous abortions. *J Reprod Med* 1980; 25:161-165.
53. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse-couche. *J Gyn Obst* 2011 ; 40 : 437-443.
54. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK : qualitative findings from the National Women's Health Study. *Soc Sci Med* 2006; 63:1934-1946.
55. Speraw SR. The experience of miscarriage : How couples define quality in health care delivery. *J Perinatol* 1994; 14: 208-215.
56. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nurs Res* 1999; 48:288-298.
57. Wong MKY, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage : implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract* 2003; 53:697-702.
58. Zaccardi R, Abbott J, Koziol-McLain J. Loss and grief reactions after spontaneous miscarriage in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1993; 22:799-804.
59. Zonabend F. Les mal-morts. In: *Mourir avant de n'être?* Frydman R, Fils-Trèves M, Paris : Odile Jacob, 1997:17-26.

## **7. ANNEXES**

## 7.1 GUIDE D'ENTRETIEN

### Question brise-glace:

1. Quand vous repensez à votre fausse-couche, quelle image et quelle parole vous reviennent en premier à l'esprit ?

### Question générale sur le déroulement et le traitement de la fausse-couche :

2. Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé ?

### Questions portant sur l'annonce du diagnostic :

3. Comment vous a-t-on annoncé le diagnostic ?
4. Quelle a été votre réaction à ce moment là ?
5. Qu'avez-vous compris et retenu des informations et explications données par le médecin ? Répondaient-elles à vos interrogations ?
6. Aviez-vous déjà entendu parlé de fausse-couche ?
7. Avez-vous eu le sentiment à travers le discours des professionnels de santé que votre expérience était banale ?

### Questions portant sur la prise en charge médicale et psychologique :

8. Comment qualifieriez-vous cette expérience sur le plan physique ?
9. Que pensez-vous des soins médicaux prodigués ?
10. Que pensez-vous du soutien apporté par les soignants ?
11. Une fois la prise en charge médicale terminée, vous a-t-on proposé de revoir votre gynécologue ou votre médecin traitant si vous aviez des questions ou si vous souhaitiez parler de cet évènement, vous a-t-on orienté vers un psychologue ?

### Question portant sur les répercussions physiques et psychologiques :

12. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans les suites de la fausse-couche ? Répercussions sur vous, sur votre couple, sur votre entourage, sur vos grossesses suivantes ?

### Questions portant sur les démarches utilisées :

13. Avez-vous ressenti le besoin de parler de cet événement ?
14. Avez-vous eu recours à un moment donné à votre médecin traitant ?

### Questions portant sur les patientes interrogées :

15. Quel âge aviez-vous au moment de la fausse-couche ?
16. Quel était votre statut conjugal au moment de la fausse-couche ? Ce statut a-t-il évolué après ?
17. Combien de grossesses avez-vous eu et précisez-moi si ces grossesses ont été à terme ou interrompues spontanément ou volontairement ?
18. Avant ou après cette fausse-couche, avez-vous été soignée pour une dépression ?
19. Quelle profession exercez-vous ?

## 7.2 EXEMPLE D'ENTRETIEN

Entretien avec une patiente âgée de 34 ans, 1ère grossesse, arrêtée vers 11 SA en juin 2009, 1 fille de 2 ans et demi, étudiante infirmière (27 minutes).

*Les abréviations « MS » pour désigner l'interviewer, et « P » pour désigner la patiente, ont été utilisées.*

**MS : Quand vous repensez à votre fausse-couche, quelle image et quelle parole vous reviennent en premier à l'esprit ?**

P : Alors moi, ce qui me revient à l'esprit, donc j'étais suivie par un gynécologue, disons que je n'avais pas vraiment eu le choix en fait de ce gynécologue-là, parce que sinon il y avait des délais d'attente, et du coup à mon premier rendez-vous, moi j'étais pas... convaincue... et du coup, quand cet événement est arrivé, bon, il m'a dit : « c'est votre première grossesse, le principal c'est que ça a marché du premier coup sans que vous n'ayez à attendre de trop longtemps, voilà ça remarquera la prochaine fois », bon, en même temps, il essayait de me rassurer, mais en même temps, c'était le fait que « c'est pas grave » en fait. J'aurais eu envie en fait, à ce moment-là, d'avoir peut-être un peu plus d'accompagnement, de réconfort, mais pas qu'on me dise : « c'est pas grave » en fait. Parce que pour une femme, je pense que de perdre un enfant qui est attendu, même si on sait que c'est, je crois que c'est une fausse-couche sur cinq, non ?

**MS : C'est une grossesse sur quatre à peu près.**

P : Ce qui est quand même pas mal, surtout pour une première grossesse, mais bon, on fait abstraction de ça, on est tellement focalisé sur la grossesse, sur le fait qu'on désire cet enfant que du coup...

MS : Surtout que c'était votre première grossesse, vous aviez quel âge ?

P : J'avais trente ans, donc j'avais pas non plus envie de perdre trop de temps, parce que trente ans, premier enfant, c'est bien, mais voilà... et puis, ça veut dire après, attendre quand même un peu pour essayer du coup d'avoir une deuxième grossesse, donc du coup, ça repousse aussi ce projet...

**MS : Qu'avez-vous compris et retenu des informations et explications données par le médecin ? Répondaient-elles à vos interrogations ?**

P : Tout ce qu'il m'a dit était assez clair, il m'a parlé des fréquences des fausses-couches, pour en fait du coup, peut-être essayer de me faire prendre conscience que c'était pas une normalité, mais voilà, c'était assez fréquent, ensuite oui, il m'avait expliqué qu'il y avait quelque chose qui n'était pas viable, donc de toute façon qu'il fallait mieux que ça s'arrête maintenant, que ça ne se poursuive, et de l'arrêter plus tard ce serait d'autant plus traumatisant...

**MS : Comment vous a-t-il annoncé le diagnostic ?**

P : Donc c'était lors de la première échographie, c'était lui qui la faisait, et si je me souviens bien, je me rappelle plus exactement de ses mots mais simplement, sans tourner autour du pot, il m'a dit : « bon là, le fœtus n'est viable ».

**MS : Quelle a été votre réaction à ce moment là ?**

P : Au début, c'est quelque chose qui nous tombe dessus, j'avais pas forcément pensé à ça, même si j'avais une appréhension, forcément toujours à la première échographie, c'est là où en fait on sait si

la grossesse peut continuer ou pas, j'avais pas d'expérience aussi, j'aurais peut-être, si j'avais une deuxième fausse-couche, j'aurais eu du recul par rapport à ça, mais là du coup, peut-être du mal à réaliser au début en fait.

MS : C'était votre 1ère grossesse, qui s'est arrêtée à 11 SA, il vous a proposé un curetage?

P : Oui c'est ça, enfin il m'avait demandé si je voulais le laisser partir naturellement ou si je souhaitais une intervention, mais moi je souhaitais que ça se termine.

**MS : À la suite de cette annonce, vous repartez avec un rendez-vous pour une hospitalisation?**

P : Oui, puisque la décision a été prise le jour même.

**MS : Vous aviez déjà entendu parler des fausses-couches?**

P : Oui, puisque j'ai une amie qui avait fait plusieurs fausses-couches avant d'avoir une grossesse viable, on en avait un peu discuté, mais c'est qu'autour de moi j'avais juste cette connaissance là qui m'en a parlé... Enfin, qui m'en a parlé... parce qu'on s'est appelé, c'était une amie à moi, et du coup « bein » je lui ai dit ce qui se passait et elle, elle ne m'avait pas raconté son histoire, et du coup on en a parlé comme ça, et du coup d'en avoir parlé avec elle, ç'a été plutôt positif parce que, elle, je crois qu'elle a eu trois fausses-couches, et au moment où je faisais la-mienne, elle, elle était enceinte de quatre/cinq mois...

**MS : Donc, c'est elle qui vous a apporté des réponses sur les causes, ou vous en aviez déjà entendu parler, ou le médecin vous en a parlé ?**

P : Non, après les causes, j'ai un peu culpabilisé, parce qu'on venait de faire notre voyage de noces au Pérou/Bolivie, et on a fait beaucoup de marche avec des conditions pas forcément... voilà, sac à dos, dormir un peu comme ça, la nourriture c'est pareil, mon mari, lui, avait été malade, il a eu la turista, moi, je faisais très attention à ce que je buvais, à ce que je mangeais, et donc, bon, j'avais rien eu du tout, mais c'est vrai, très fatiguée par un grand trek, et du coup, je me suis dit peut-être que c'est ça, l'altitude, puis bon, après je me suis dit pas forcément, après avec du recul non c'était... peut-être que c'est ça et peut-être pas du tout donc voilà...

**MS : Avez-vous eu le sentiment à travers le discours des professionnels de santé que votre expérience était banale?**

P : Oui ça m'a donné cette impression-là, c'était : « c'est pas grave, vous allez voir, ça a marché une fois », et après, c'était le manque d'accompagnement, et du coup, le jour de l'intervention, je l'ai revu et il m'a dit : « bon bein allez on y va ! », ouais, c'était comme ça quoi, juste avant d'entrer dans le bloc : « bon allez, on y va, vous allez voir, ça va aller », c'était vraiment je suis détendu, et voilà quoi, je fais ça comme je fais autre chose...

**MS : Donc ce n'était pas vous demander si vous alliez bien?**

P : Non, ça c'est une infirmière après qui m'a vraiment accompagnée et avec qui j'en ai parlé.

**MS : Que pensez-vous des soins médicaux prodigués?**

P : « Bein », sur le plan médical, il a fait son travail correctement, je n'ai pas eu de douleur, c'était sous anesthésie générale.

**MS : Comment qualifieriez-vous cette expérience sur le plan physique ?**

P : Sur le plan physique, ç'a été, je suis rentrée le matin, l'après-midi je sortais, et j'avais un petit traitement, je ne sais plus ce que c'était, et après ç'a été.

**MS : Vous me parliez du soutien apporté par une infirmière, c'est cela ?**

P : C'est surtout après l'intervention que j'ai eu le soutien de cette infirmière, oui ç'a été un moment fort (*pleurs*), parce que je me souviens bien de ce moment là, parce que même si j'ai eu une deuxième grossesse après, ce moment-là on ne l'oublie pas quand même, ça fait partie de moi, de mon histoire, pour moi, mon fils, aujourd'hui je le vois comme mon deuxième enfant, alors que pour d'autres personnes, il serait considéré comme le premier, mais pour moi, c'est vraiment le deuxième, j'ai perdu un bébé, même si c'était qu'à douze semaines, c'était quand même un bébé...

**MS : Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans les suites de la fausse-couche ?**

P : Après, j'étais vraiment bien entourée, par mon mari, ma maman, de très bonnes amies à moi, et puis après, j'ai eu la chance de retomber enceinte très facilement, trois mois après, ça a fonctionné tout de suite, mais par contre après, c'est que pendant les trois premiers mois, on appréhende beaucoup quand même, mais du coup c'est vrai que j'ai changé de gynécologue...

**MS : Une fois la prise en charge médicale terminée, vous a-t-on proposé de revoir votre gynécologue ou votre médecin traitant si vous aviez des questions ou si vous souhaitiez parler de l'évènement, vous a-t-on orienté vers un psychologue ?**

P : Oui, oui, elle m'en a parlé, après elle m'a dit : « y a que le temps qui pourra faire que ce mal-être s'apaise », elle me l'a dit : « vous garderez toujours cette expérience, ce moment-là, ça fera partie de votre histoire, vous vivrez avec tout le temps », après, elle m'a aussi fait comprendre qu'il y aurait de nouvelles perspectives, j'avais un désir d'enfant, donc j'allais certainement réessayer, tout en..., voilà c'était un message d'aller de l'avant, d'espoir, mais en même temps de réconfort sur le moment présent en fait. Et elle m'a dit que si j'avais vraiment du mal à vivre avec ça, fallait pas que j'hésite à aller voir un psychologue ou... et surtout qu'il fallait que j'en parle si j'avais envie, et pas garder ça pour moi.

**MS : Et donc, avez-vous ressenti le besoin de parler de cet évènement ?**

P : Non, ça m'avait fait du bien déjà, je sentais que j'étais quand même mieux, et puis, bon, faut dire que le jour même, il y a l'anesthésie, l'appréhension, l'émotion qui fait que... et moi, en plus, je n'ai jamais eu de, je touche du bois, j'ai jamais eu de problème de santé, donc l'hôpital c'était vraiment pour moi beaucoup d'appréhension. Non, après, ç'a été parce que j'étais vraiment bien entourée, j'avais un boulot qui m'occupait bien l'esprit, à ce moment-là j'étais styliste pour enfants sur Paris, j'étais bien occupée et du coup après y a eu l'été, vacances, en fin de compte les trois mois sont passés vite, ouais je m'étais donnée deux mois et demi/trois mois avant de pouvoir recommencer... et c'est vrai que maintenant que j'y repense, en fait la sensation après ce curetage, c'est le..., je me souviens de m'être dit : « bon, bein maintenant c'est... », en fait voilà je voulais qu'il n'y ait plus rien du tout en fait, le fait d'attendre d'éliminer en fait tout seul le fœtus..., je voulais vraiment plus rien avoir en moi, c'était ça, pour passer à autre chose.

**MS : Votre conjoint vous a-t-il apporté son soutien ?**

P : Oui, mais ç'a été dur aussi pour lui, on parle souvent de la maman, mais lui, il s'était préparé à ça, c'était vraiment une grossesse désirée donc... après, il n'a pas peut-être pas vécu pareil parce qu'on ressent certainement pas les mêmes choses, mais ç'a n'a pas été facile quand même. Par contre, c'est vrai qu'il était là pour le jour de l'intervention, c'est important.

**MS : Votre mère a-t-elle vécu des grossesses difficiles ?**

P : Non, pas du tout.

**MS : Avant ou après cette fausse-couche, avez-vous été soignée pour une dépression ?**

P : Non.

**MS : Quelle est votre profession ?**

P : Je suis en reconversion professionnelle, je suis en école d'infirmières.

**MS : En aviez-vous parlé à votre médecin traitant ?**

P : Oui j'en ai parlé à mon médecin généraliste, juste avant ma deuxième grossesse, elle avait pris le temps d'ailleurs de m'écouter... et c'est elle qui m'a suivie pour ma deuxième grossesse.

Ce qui me reste, c'est vraiment le manque de réconfort au moment de l'annonce, en plus j'étais seule, mon mari n'avait pas pu m'accompagner, ce fut d'autant plus dur qu'il n'y avait personne pour me réconforter.

**MS : Avez-vous des choses à rajouter ?**

P : Non, après voilà, c'est dommage je trouve d'avoir eu une prise en charge comme ça au début, par rapport à une fausse-couche, je pense que, que ce soit la première, ou qu'il y en ait après une grossesse normale, je pense que c'est jamais un évènement à banaliser, parce que ça laisse forcément des traces moralement, ce n'est pas anodin. Parce que moi, j'ai eu l'impression que le fait que ce ne soit qu'à 12 SA que ce n'était pas vraiment grave, mais bon, à partir du moment où on est enceinte, c'est un moment de préparation, toute la grossesse on se prépare à cet évènement-là, et au bout de trois mois, «bein » le corps change, les hormones font leur travail, donc forcément...

Je pense que, même si ce n'est pas une grossesse désirée, même le fait de faire une fausse-couche, ça doit être pris en considération. C'est vraiment un évènement à ne pas banaliser du tout.

C'est un décès, y a besoin de faire un deuil, d'accepter...

Quand j'ai rencontré une amie qui avait fait une fausse-couche, je ne l'ai pas laissé comme ça, du coup, je lui ai vraiment parlé, dit les choses sans tabou, et de lui dire justement, si elle en ressent le besoin, surtout d'en parler, faut pas garder ça pour soi, et qu'elle a le droit d'avoir ces émotions-là, de souffrir pendant ce moment-là, voilà qu'elle a le droit, qu'il faut qu'elle prenne le temps d'abord justement de passer par là.

**MS : A travers le discours de ce médecin, vous avez eu le sentiment que vous n'aviez pas le droit ?**

P : Oui, que j'avais pas forcément le droit d'être triste, parce que j'ai pleuré dans son cabinet quand il m'a annoncé ça, mais bon, rien ne s'est passé, j'attendais pas qu'il vienne me prendre dans ses bras et voilà, mais j'attendais des mots, un accompagnement en fait.

**Merci Madame pour votre témoignage.**

**NOM : SYMPHOR    PRENOM : MARIE-ANNABEL**

**Titre de Thèse : Le vécu douloureux des fausses-couches précoces :  
Étude qualitative à partir de 15 entretiens semi-directifs.**

### **RESUME**

La fausse-couche est un événement fréquent mais difficile à vivre pour les femmes qui y sont confrontées.

En appréhendant mieux l'expérience des femmes face à l'arrêt précoce de leur grossesse, cette étude qualitative rétrospective visait à prendre conscience de la banalisation de ces événements, du manque de reconnaissance de leur souffrance, et du manque d'écoute et de soutien.

Quinze femmes ont participé à un entretien semi-directif, un à trois ans après leur fausse-couche précoce.

Les résultats rendent compte du vécu douloureux de ces événements avec une grande variété dans les émotions et les réactions des femmes, du décalage entre la perception des femmes et celle du corps médical, d'une absence d'accompagnement au moment de l'annonce ou au cours des prises en charge, et d'attitudes ou paroles minimisant leurs peines physiques et morales.

Ces résultats soulignent la nécessité de prendre en considération l'histoire singulière de ces femmes, la signification que cette perte représente pour elles, leur souffrance, et d'inciter les professionnels à être prudents dans leurs attitudes et à apporter leur soutien.

### **MOTS-CLES**

**fausse-couche précoce, entretiens, vécu douloureux, écoute, reconnaissance, soutien, médecin généraliste.**