

Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes : la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ? étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012

Charlotte de Farcy de Pontfarcy

▶ **To cite this version:**

Charlotte de Farcy de Pontfarcy. Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes : la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ? étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00866130

HAL Id: dumas-00866130

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00866130

Submitted on 26 Sep 2013

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

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

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de médecine et des sciences de la santé

BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES.

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2013

Présenté et soutenu par :

Charlotte de Farcy de Pontfarcy

Née le 20 mai 1990

Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes:

La fausse-couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ?

Etude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012.

Président du jury : Monsieur le Professeur M. Collet.

Un très grand merci…

A Madame DELPECH-DUNOYER, sage-femme enseignante à l'école de Brest, guidante et conseillère méthodologique de ce travail, pour son soutien et sa disponibilité.

Au docteur GERAUD-WELBY, expert de ce travail.

A Madame CHATEAU, Madame LEVER-CRUE et Madame CHOLET, sages-femmes libérales, pour leurs aides dans le recrutement des patientes et le prêt de leurs locaux.

A toutes les femmes ayant accepté de témoigner.

A ma famille et amis, pour leurs encouragements et leur aide, notamment pour la relecture de ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION. 5

I.QUELQUES NOTIONS ET EPIDEMIOLOGIES SUR LA FAUSSE-COUCHE. 7

1. DEFINITIONS. 7
2. EPIDEMIOLOGIE 7
3. ETIOLOGIES. 8
4. CADRE LEGISLATIF EN FRANCE. 8

II. LE DEUIL. 9

1. SIGNIFICATION DU DEUIL. 9
   - *1.1. Rôle du deuil. 9*
   - *1.2. Un deuil multiple. 10*
   - *1.3. Le deuil et le groupe social. 10*
2. LES ETAPES DU DEUIL. 11
   - *2.1. 1er étape : état de choc et reconnaissance de la perte. 11*
   - *2.2. 2ème étape : la dépression. 13*
   - *2.3. 3ème étape : le rétablissement. 14*
3. LES DEUILS PERINATALS ET LEURS SPECIFICITES. 14

III. METHODOLOGIE. 16

1. OBJECTIF DE RECHERCHE ET HYPOTHESES. 16
2. LE CHOIX DE L'OUTIL. 16
4. FACTEURS D'INCLUSION ET D'EXCLUSION. 17
5. DEROULEMENT. 17
6. PARTICIPANTES. 17

IV. RESULTATS ET DISCUSSION. 19

1. **AVANTAGES ET INCONVENIENTS : DISCUSSION SUR LA METHODE CHOISIE.** 19
2. **UNE EVOLUTION :** 20
   - *2.1. Un enfant du désir. 20*
3. **REPRESENTATIONS DE LA GROSSESSE.** 21
   - *3.1. Un projet. 21*
   - *3.2. Une projection. 21*
   - *3.3. Une certaine ambivalence. 22*
   - *3.4. Un imaginaire. 23*
   - *3.5. Une grossesse inachevée. 23*
   - *3.6. Un évènement qui fait partie de leur histoire. 24*
4. **L'ETAT DE CHOC** 24
   - *4.1. Un refus 24*
   - *4.2. Une retenue des émotions 25*
   - *4.3. Une décharge émotionnelle 26*
   - *4.4. Une recherche de la personne 26*
   - *4.5. Les sentiments éprouvés 27*
   - *4.5.1. Une recherche d'explication 27*
   - *4.5.2. Culpabilité et responsabilité : 30*

4.5.3. Un échec : ... *32*
4.5.4. Injustice, impuissance et colère ... *33*
5. LA DEPRESSION ... 34
5.1. Chagrin, souffrance et déception ... *34*
5.2. Une réalité ... *35*
5.3. Un vide, une solitude et un syndrome dépressif, ... *35*
5.3.1. Un Vide ... *35*
5.3.2. Une solitude ... *35*
5.3.3. Un syndrome dépressif ... *36*
5.4. Un soulagement ... *37*
5.5. Vivre un deuil ? ... *40*
5.6. Facteurs influençant l'impact psychologique ... *43*
6. LE RETABLISSEMENT ... 45
6.1. Une acceptation ... *45*
6.3. Un apprentissage ... *46*
6.4. Anxiété et état de stress ... *47*
6.5. La grossesse suivante ... *48*
6.5.1. Quand ? ... *48*
6.5.2. Une aide pour aller de l'avant. ... *49*
6.5.3. Un oubli de la fausse-couche précédente ? ... *49*
6.5.4. La découverte de la grossesse ... *50*
6.5.5. Stress et peur ... *50*
6.5.6. Attachement et investissement. ... *51*
6.5.7. Des précautions. ... *53*
6.5.8. Des regrets. ... *55*
6.6. La fausse-couche et l'entourage. ... *55*
6.6.1. Besoin d'en parler, à qui et quand ? ... *56*
6.6.2. Un sujet tabou. ... *57*
6.6.3. Une incompréhension et un jugement. ... *58*
6.6.4. Une aide. ... *59*
6.6.5. Une écoute rassurante. ... *60*
6.6.6. Sentiments éprouvés à leurs égards. ... *60*
6.6.7. La fausse-couche et le conjoint. ... *62*
6.7. Projections futures et fragilité ... *64*
7. PROPOSITIONS ... 66
CONCLUSION ... 67
REFERENCES ... 68
ANNEXE I ... 71
ANNEXE II ... 72

Introduction.

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1976, l'avortement spontané ou plus communément appelé fausse-couche, correspond à l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaines d'aménorrhées (soit 20 semaines de grossesse) ou pesant un poids inférieur à 500g. Cela correspond au seuil de viabilité défini. Par ailleurs, le terme d'avortement précoce, dans le monde hospitalier, est communément réservé à l'arrêt d'une grossesse au cours du premier trimestre.

Cet évènement est fréquent dans la vie d'une femme. Il est difficile d'établir des chiffres exacts : la grossesse peut être ignorée par la femme et la fausse-couche passe alors inaperçue. L'interruption de la grossesse (ainsi que la grossesse en elle-même) peut être découverte fortuitement au moment d'une échographie ou lors d'épisodes de métrorragies (une échographie ou un dosage biologique des B-HCG le confirmera par la suite).

Cela touche environ une femme sur quatre, soit 12 à 24% des grossesses (1). Cet événement n'est pas une « pathologie » nouvelle et a toujours été présent dans la vie d'une femme. Mais cela n'est pas connu ou sous-estimé par les femmes, assujetties d'une sorte de tabou, de silence qui se forme autour. Cependant, l'évolution de la société change considérablement sa représentation et donc son vécu. D'une société où les sentiments pouvaient être masqués par l'idée de fatalité, nous passons à une société dans laquelle l'enfant est un « enfant du désir » et est programmé. Cet arrêt de grossesse n'est alors pas seulement une perte physique mais elle représente souvent l'arrêt brutal de toutes les représentations et projets pensés, évoqués, mis en place ou se mettant en place par rapport à ce futur enfant.

Dès lors se pose la question de pouvoir vivre ces pertes comme deuil. Deuil de l'enfant et deuil des projets. Pour M. Hanus *(Psychiatre, psychologue et psychanalyste, fondateur de la Fédération européenne "vivre son deuil »),* être en deuil nécessite une perte d'une personne, d'objet, d'une valeur, ou d'un lien d'union et dont on a un attachement suffisant. Il est dépendant des circonstances. Faire son deuil correspond au travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face (2).
Les circonstances du deuil périnatal, et plus spécifiquement de la fausse-couche, sont particulières. Nous pouvons nous demander si les fausse-couches sont à considérer

entièrement comme une situation de deuil périnatal. Pour cela, il nous parait indispensable de se préoccuper du vécu des femmes en analysant leurs réactions, leurs visions et sentiments par rapport à cet événement passé et du temps écoulé depuis.

Notre objectif est de vérifier cette hypothèse de la fausse-couche, un évènement vécu comme un deuil, en montrant alors sa spécificité par rapport à celui-ci, notamment les éléments pouvant rendre un deuil plus difficile à vivre que dans une autre situation de deuil.

Ce travail nous permettra d'avoir une connaissance plus aiguisée des processus physiques et psychologiques mise en place face à cet événement et ainsi être sensibilisée et avertie des différentes réactions et questionnements des femmes. L'objectif ultérieur est d'avoir une prise en charge adéquate et adaptée de la patiente.

Pour cela, nous verrons tout d'abord les définitions nécessaires à la bonne compréhension de ce sujet, suivi d'un bref rapport sur l'état des lieux épidémiologiques, sur les étiologies retrouvées des fausses-couches et sur le cadre législatif en France. La partie suivante présentera la notion de deuil avant d'approfondir les spécificités du deuil dans un contexte de périnatalité. Puis, en dernière partie, nous reprendrons ces informations pour présenter les résultats de notre étude, que nous comparerons avec les données de la littérature.

I. Quelques notions et épidémiologies sur la fausse-couche.

1. Définitions.

Il convient de définir le terme d'avortement spontané précoce communément appelé « fausse-couche ». Mettons en place les limites. Tout d'abord, pour pouvoir parler de fausse-couche, il faut qu'il existe une grossesse constatée par un retard de règles de quelques jours. En effet environ 50% des fécondations arrêtent d'évoluer spontanément dans les trois premières semaines de grossesse et avant la survenue d'un retard de règles (3). Elles passent donc inaperçues et ne peuvent être quantifiées. Cela apparait souvent dans un contexte de fausses-couches à répétition : les femmes inquiètes font un test de grossesse avant d'en percevoir les signes cliniques. Le nombre de faux-positifs est par ailleurs non-négligeable (3). Les chiffres sont donc inexploitables.

Pour la limite supérieure, la définition majoritairement admise est celle de l'OMS définissant la fausse-couche comme « l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire pesant moins de 500 grammes et/ou de moins de 20 semaines de gestation (ou 22 semaines d'aménorrhée). ». Mais en pratique, le terme d'avortement spontané précoce, communément appelé « interruption du premier trimestre de la grossesse » par le personnel médical, est réservé principalement aux arrêts de grossesse survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée. Cette limite établie par le personnel médical est retenue notamment pour l'établissement ou non du certificat médical d'accouchement nécessaire pour la déclaration à l'état civil (4).

2. Epidémiologie.

Les fausses-couches représentent 12 à 24 % des grossesses cliniques, soit une femme sur quatre durant sa période d'activité génitale, soit 200 000 femmes par an en France (1) (5).

Ce taux augmente avec l'âge et avec le nombre d'accidents antérieurs. Le taux augmente entre 17 et 35% après deux fausses-couches précoces, entre 25 et 46% après trois fausses-couches précoces et est supérieur à 50% après six fausses-couches précoces (6).

3. Etiologies.

L'étiologie n'est généralement pas connue et est rarement explorée (seulement réalisée dans un contexte de fausses-couches à répétition). Les anomalies chromosomiques représentent la cause la plus fréquente des fausses-couches spontanées. Elles représentent 50 à 70% des fausses-couches du premier trimestre. Les autres causes décrites sont des anomalies utérines, des thrombophilies, des maladies auto-immunes, des maladies endocriniennes ainsi que des facteurs psychologiques (3).

4. Cadre législatif en France.

Plusieurs décrets et arrêtés du 20 août 2008 viennent considérablement changer l'approche juridique des fœtus nés en-dessous de 22 semaines d'aménorrhées. Le seuil de viabilité n'est plus fondé sur la définition de l'OMS, mais sur l'établissement du certificat médical d'accouchement. Celui-ci, soumis à certaines conditions, permet à l'officier d'état civil d'établir l'acte d'enfants présentés sans vie.

En effet, ce certificat relève de l'appréciation médicale des praticiens et implique « le recueil d'un corps formé -y compris congénitalement malformé- et sexué ; quand bien même le processus de maturation demeure inachevé et à l'exclusion des masses tissulaires sans aspect morphologiques. Donc en principe les interruptions volontaires ou spontanées de grossesse avant quinze semaines d'aménorrhée, comme le précise la circulaire du 19 juin 2009, ne peuvent pas répondre aux critères pour l'établissement d'un certificat d'accouchement » (4).

Lorsqu'un certificat médical d'accouchement n'a pas été établi, il est recommandé à l'hôpital de procéder à une crémation des corps selon les dispositions applicables aux pièces anatomiques d'origine humaine.

Par ailleurs, la fausse-couche ne donne pas droit au repos légal de 16 semaines mais à un arrêt de travail pour une période au mieux égal au repos légal. Celui-ci est pris en charge par la sécurité sociale au même titre qu'un arrêt maternité (12).

Références : (7) (8) (9) (10) (11)

II. Le deuil.

Pour être en deuil, d'après M. Hanus, il faut qu'il y ait perte d'une personne ou encore d'un objet, d'un lien d'union pour lequel existe un attachement particulier (2). Nous allons reprendre le schéma du deuil et voir par la suite, avec les résultats de notre étude, s'il est applicable à la fausse-couche. Nous allons définir successivement ce que signifie être en deuil, puis la traversée du deuil et les étapes qui le constitue et enfin les spécificités du deuil en périnatalité notamment la fausse-couche.

1. Signification du deuil.

Cette partie ci-dessous s'inspire de l'ouvrage de M Hanus intitulé Les deuils dans la vie : deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant. (1998)

1.1. Rôle du deuil.

Que signifie être en deuil, faire son deuil ? Face au décès d'un proche, un processus naturel et inconscient se met en place : le processus de deuil. L'endeuillé, celui qui est en deuil, va devoir faire son travail de deuil. Il s'agit d'un travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face. Il est nécessaire pour continuer à vivre, réussir à se séparer de l'être perdu en remaniant les liens avec lui. Et enfin il est indispensable pour retrouver sa liberté de fonctionnement psychique et ainsi pouvoir investir dans de nouveaux objets.

Le deuil s'inscrit dans la durée. La quantifier est impossible puisqu'elle dépend des circonstances de la perte, des attachements et de multiples facteurs.

Faire son deuil est aussi une période où le sens de la réalité, et nos attaches à celle-ci, sont fortement sollicités. Il existe une certaine forme de soumission à la réalité, une acceptation de notre impuissance et de nos limites. Le travail de réalité est au cœur du deuil: ce qui est refusé généralement c'est accepter la réalité de l'évènement douloureux advenu et accepter d'en faire son deuil. Et pourtant c'est ce maintien des liens avec la réalité externe que représente l'épreuve du deuil qui, certes nous fait souffrir, mais nous permet de dépasser cette souffrance : le sens de la réalité engage à poursuivre le cours de la vie qui continue. Le deuil est donc un processus normal qui nous fait mûrir.

1.2. Un deuil multiple.

Certes la perte est d'abord physique, mais ce serait une erreur que de la limiter à ce seul aspect. En effet, nous faisons non seulement le deuil d'un être cher, mais également des liens qui nous unissaient, de tout ce qu'il représentait pour nous. Le deuil dépend des capacités que nous avons d'intégrer cette rupture. Qui plus est, dans notre inconscient la mort n'est jamais naturelle et nous nous considérons toujours comme responsable.

1.3. Le deuil et le groupe social.

Le deuil est vécu personnellement et est différent selon les personnes. Mais celui-ci peut prendre place au sein d'un entourage, d'un groupe. Selon l'appartenance implicite ou explicite à tel ou tel groupe, le vécu du deuil peut varier. En effet, le deuil a une valeur sociale. Il s'agit non seulement d'un deuil vécu personnellement dans un groupe mais aussi d'un deuil partagé par le groupe. Celui-ci peut encore différer selon la place occupée dans le groupe, en fonction de ses valeurs et de ses croyances.

D'où l'importance des rituels d'adieu et des funérailles mis en place. Cela permet à la communauté, par le biais d'une cérémonie, de manifester son soutien de la personne endeuillée d'une part, en plaçant ainsi le défunt au cœur du groupe. Ils marquent d'autre part l'appartenance de celui-ci à une famille, à une histoire de famille. Il y existe une vraie reconnaissance sociale du défunt. Cela permet aux personnes endeuillées d'exprimer leur chagrin. Selon le Dr C. Grand-Sébile, « les études anthropologiques sur la mort atteste que le bon déroulement des rites et particulièrement des rituels d'adieu, a pour fonction de fixer la place de chacun, morts et vivants. Ils représentent les derniers moments autour du défunt et avoir un lieu concret où se recueillir, déposer des fleurs est très important pour la bonne élaboration du deuil. Quand ces cérémonies n'ont pas pu avoir lieu […] cela pourrait tourmenter longtemps la vie psychique et sociale des individus » (13).

Nous comprenons donc que le travail de deuil est un processus nécessaire, qui s'inscrit aussi au niveau d'un groupe, et s'effectue à la suite de la perte d'un être aimé. Il est nécessaire de l'intégrer à sa vie psychique pour pouvoir aller de l'avant. Il se fait selon plusieurs étapes, incontournables et quasi instinctives, qui peuvent être par ailleurs altérées.

2. Les étapes du deuil.

Le deuil est universel. Pour J. Bowlby, quelque chose est instinctif si les caractères suivants sont présents :

- Déroulement identique chez tous les membres de l'espèce ;
- Constitue une séquence comportementale d'au moins un acte qui ne soit pas un signe de réflexe musculaire ;
- Sa fonction est de continuer la préservation de l'individu et de l'espèce ;
- Apparait en absence d'apprentissage, il est inné (14).

Le travail de deuil comme nous allons le voir, parcourt un schéma chronologique particulier. Il est identique pour tous les individus. Cependant certaines étapes revêtent une importance particulière selon les personnes et peuvent en outre constituer des points bloquants. Chaque étape est caractérisée par des aspects physiques, un rapport à l'autre et une finalité qui sont différents.

Les étapes se succèdent et se chevauchent. Il n'y a pas de notion de durée normale pour un deuil et pour chaque étape de celui-ci.

2.1. 1er étape : état de choc et reconnaissance de la perte.

Cette étape est composée de deux temps : le premier mêle sidération, abattement, stupéfaction, refus et voire déni. Le second est l'occasion d'une décharge émotionnelle avec recherche de la personne perdue afin de reconnaître la perte.

Le caractère parfois inattendu, inopiné et brusque possible d'une perte, augmente l'intensité des sentiments par rapport à un événement annoncé. Détaillons ces deux temps.

Face à l'annonce du décès, la réaction première est donc un refus de cette perte avec une retenue des émotions intenses. Nous ne réalisons pas encore. Nous avons besoin qu'on nous le répète, nous demandons des précisions. Cela ne nous paraît pas possible, pas vrai, nous voulons voir pour le croire car au fond de soi nous gardons l'espoir d'une fausse nouvelle. Ce choc est retrouvé physiquement par des signes cliniques tel qu'une tachycardie, une hypotension, une sensation d'oppression thoracique, des gènes respiratoires, des crampes pharyngées, des douleurs épigastriques jusqu'à une syncope

possible. Il s'agit en fait des signes cliniques habituels après tout état de choc émotionnel. Il peut y avoir aussi perte d'appétit, de sensations et de tous désirs (sexuels). Par ailleurs, cela est généralement accompagné d'une sensation de fatigue intense. Il s'agit de mouvements régressifs précoces, rapides et intenses. Sur le plan psychologique, la dimension d'irréparable se met progressivement en place.

Dans un second temps prend place le processus de recherche de la personne disparue. Nous nous concentrons sur elle, ses qualités : nous voulons la retrouver, que l'on nous parle d'elle. Nous nous entourons de ses objets et de ceux que nous avons en commun avec elle comme des photos ou des lettres. Cliniquement, cela se manifeste par des réactions d'abattement, de prostration, d'immobilité, de recueillement ainsi que des manifestations émotionnelles avec des pleurs, des cris, des sanglots, des lamentations. Cela indique déjà un départ d'acceptation. Les sentiments sont alors ceux d'une colère non exprimée ouvertement et qui inquiète la personne qui les vit, car il existe une certaine ambivalence et culpabilité. Son agressivité ne peut être exprimée sur le défunt, car il n'est plus là. Ainsi cette colère est reportée sur quelqu'un d'autre, mais cela est mal venu, ou bien encore sur soi, seule solution restante. En effet, comme énoncé au-dessus, il existe des sentiments de culpabilité dont l'endeuillé est conscient. Celui-ci peut se reprocher de ne pas avoir assez aimé, de ne pas avoir montré assez d'affection envers la personne disparue ; il se remémore de tous les différents et manquements qu'il a pu avoir à son égard. Il peut y avoir aussi des reproches sur les circonstances de la mort, de ne pas avoir fait tout ce qui était possible, d'avoir peut-être même souhaité la mort. Cette culpabilité est ensuite apaisée par l'imposition de restrictions formant indirectement une punition (privation alimentaire par exemple). Mais surtout par des devoirs rendus à la dépouille ou à la mémoire, en transmettant le souvenir du défunt, en lui faisant des éloges, en respectant ses volontés et choix que l'on pouvait auparavant ne pas accepter. Nous tentons de réparer nos manquements. De plus, *« les rites initient aux étapes nouvelles, c'est-à-dire qu'ils donnent les impulsions de changement. »* (15).

L'impossibilité du retour de l'être perdu entraine un surinvestissement des représentations. Nous ressentons le besoin de parler du défunt et d'en entendre parler autour de nous. Cela inscrit par ailleurs le défunt dans le groupe, ses qualités sont reconnues par tous.

2.2. 2ème étape : la dépression.

Cette étape débute plus ou moins rapidement. Elle peut durer des mois, des années sans être pour autant pathologique. Il s'agit d'un état dépressif clinique et psychologique. En voici quelques symptômes :

- Troubles de l'humeur ;
- Douleurs intérieurs : sentiment d'abandon, de solitude et de manque ;
- Un désintérêt total pour soi-même et le monde ambiant, excepté ce qui se rapporte au défunt envers lequel toute l'énergie se concentre ;
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;
- Un fonctionnement mental difficile et pénible, difficultés de concentration ;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- Apathie et boulimie, anorexie ;
- Repliement sur soi ;
- Idée et même désir de mourir ;
- Fonctions générales atteintes ;
- Troubles du sommeil ;
- Asthénie importante ;
- Déshydratation.

L'endeuillé souffre car cette étape correspond à un travail de désinvestissement. Il doit se remémorer, se confronter à la réalité et enfin désinvestir.
Le détachement est progressif et une modification interne dans la relation avec le défunt s'effectue. Il s'agit du véritable début du deuil avec l'acceptation et la levée du refus, ainsi que le début de la soumission à la réalité. Nous pouvons rapprocher cette situation à une situation d'abandon. Nous remettons en doute la bonté et la valeur du défunt avec des sentiments d'agressivités, de colère et de mépris parfois. Cependant, nous avons aussi recours à l'idéalisation en accentuant ses qualités notamment pour se protéger de ces sentiments. C'est une période de renforcement de la relation intériorisée avec l'être perdu.

2.3. 3ème étape : le rétablissement.

Cette étape débute quand le sujet commence à se tourner sur l'avenir. Il s'intéresse à de nouveaux objets et il est capable de ressentir à nouveau des désirs et de les exprimer. Elle se termine quand il est capable d'aimer à nouveau et de créer de nouveaux liens. Si cela arrive trop tôt dans le processus de deuil, cela correspond plutôt à un moyen de défense et il faut faire attention à l'apparition d'objets de substitutions.

Cette étape est caractérisée par un changement de cadre d'existence et la mise en place de nouvelles relations sociales. Nous acceptons de sortir, de revoir les personnes de notre entourage. L'énergie et le goût à la vie reviennent avec soulagement. Nous nous sentons redevenir libre physiquement et psychologiquement, des projets se construisent. Ce retour à la vie ne veut pas dire que nous oublions, la cicatrice est toujours présente mais ne fait plus mal : nous voilà guérit d'une certaine manière.

3. Les deuils périnatals et leurs spécificités.

Nous avons vu les étapes et le rôle du deuil. Maintenant, nous allons présenter que les deuils en périnatalité, dont les fausses-couches, montrent certaines particularités.

Tout d'abord la perte d'un enfant est perçue en quelque sorte comme contre-nature, ce n'est pas l'ordre des choses. Elle ne respecte pas l'ordre des générations. De plus, un enfant est le produit de notre narcissisme et donc sa perte nous refoule directement vers notre égo. C'est une injustice criante qui nous parait braver les lois de la nature.

Il s'agit d'une perte physique, de la perte d'un enfant. Mais aussi, et nous en souffrons peut-être davantage, de la perte du futur commun, des représentations établies, des rêves, de tout ce qui aurait dû exister et qui existait déjà dans le désir des parents. Tout ce que, par la force des choses, ne peut plus exister et n'existera pas. Il est indéniable que perdre un bébé est une des épreuves les plus difficiles à surmonter, d'autant que dans l'inconscient collectif *« la fonction primordiale d'un parent, après avoir donné la vie, c'est de la protéger »* (Gauvain-Picquard A, Les processus psychiques en fin de vie). Cela ajoute aux parents l'impression d'échec dans l'exercice de leur parentalité, et est source de culpabilité. Dans les morts in utéro, les parents doivent aussi faire le deuil du devenir mère ou père, il s'agit d'un deuil transitoire de la fonction parentale.

Les fausses-couches touchent l'ensemble de la famille dans toutes ses générations, comme l'explique Geneviève Delaisi dans Les deuils périnataux (16). Elle insiste sur l'importance de la reconnaissance sociale et juridique, de l'inscription à l'état civil, de la présence de funérailles ou d'inhumation, qui facilitent le bon déroulement du deuil. En effet, pour évoquer l'être vivant décédé nous utilisons les termes de « rien », de « débris », « de déchets anatomiques », « de choses ». Il y a un vide de rituel autour du décès périnatal : aucune trace, et ni la remémoration ni le souvenir ne peuvent se faire. D'après Marie-José Soubieux (Le deuil périnatal), « *La sollicitude et la compassion habituelle de deuil dont fait part l'entourage et la société devient de l'indifférence voir de la grande absence […] Les mères doivent garder en elles secrètement la mémoire vivante de leur bébé mort* » (17). En supprimant la reconnaissance, la douleur de l'endeuillé et la perte d'un être, on ne facilite pas les étapes du deuil.
Comme le précise la circulaire interministérielle du 19 juin 2009, « si le droit crée une distinction entre les enfants pouvant -ou non- donner lieu à l'établissement d'un acte d'état civil, il convient néanmoins de respecter le deuil des familles, quelle que soit la situation. » (4). Le respect du deuil, permet d'aller au-delà de la souffrance et l'investissement ultérieur dans de nouveaux objets.

Nous identifions bien que le processus de deuil qui se met en place après la perte d'un être cher que l'on a connu est à remanier dans le cas des deuils périnatals : celui-ci ne peut, en effet, suivre le même parcours. Citons comme exemple l'étape de la remémoration de souvenir, qui n'est pas possible dans ce cas. Pouvons-nous parler de deuil ? Comment les parents vivent ces situations et pallient à ces manques d'éléments pour pouvoir faire leur deuil ? C'est ce que nous allons voir à travers notre étude dans le cas des fausses-couches : Cet évènement est-il à considérer comme une situation de deuil périnatal ?

III. Méthodologie.

1. Objectif de recherche et hypothèses.

Cette étude a pour ambition de vérifier l'hypothèse selon laquelle vivre une fausse-couche mène à une véritable situation de deuil périnatal. Elle a pour but de mettre en lumière la particularité de cette situation qu'est la fausse-couche, en se penchant sur ces femmes, leurs vécus, leurs réactions et interprétations, leurs sentiments et leurs attentes par rapport à cet événement passé. Notre étude a également pour objectif d'identifier le processus physique et psychologique vécu par les femmes lors de fausses-couches et d'analyser le sens donné à celles-ci.

2. Le choix de l'outil.

Il s'agit d'une étude qualitative menée par le biais d'entretiens anonymes, semi-directifs, enregistrés à l'aide d'un magnétophone et retranscrits par la suite.
Un recueil des critères généraux a été effectué en amont à l'aide du dossier patient, et complété par des questions précises en début d'entretien pour les éléments manquants.

3. Les thèmes abordés.

Les différents items ont été évoqués à l'aide d'une grille d'entretien présentée en annexe I. Cela permet de recueillir les donnés sur le vécu de la fausse-couche, les réactions et interprétations, les sentiments éprouvés et les attentes souhaitées lors de l'interruption de la grossesse et les années passant. Cette grille couvre l'ensemble des thèmes à aborder mais n'est pas exhaustive. Selon les femmes, les questions sont plus ou moins développées. Elles se succèdent dans l'ordre mené par la patiente elle-même, afin de laisser libre cours à ses paroles et par conséquent être le moins directif possible.

Par la suite, une grille d'analyse des entretiens a été réalisée et a permis une catégorisation sémantique en fonction des concepts décrits en première partie.

4. Facteurs d'inclusion et d'exclusion.

L'entretien a été proposé aux femmes majeures, parlant français, ayant eu une ou plusieurs fausses-couches. La définition de la fausse-couche choisie étant celle de l'OMS : La fausse couche correspond à l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire pesant moins de 500 grammes et/ou de moins de 20 semaines de gestation (ou 22 semaines d'aménorrhée).
Ont été exclues les femmes présentant une grossesse en cours, ainsi que les femmes venant de découvrir leur fausse-couche.

5. Déroulement.

Le recrutement s'est réalisé lors de consultations gynécologiques n'ayant pas nécessairement de rapport avec cet arrêt de grossesse. Sept femmes sur huit lors d'un rendez-vous de rééducation périnéale, dans des cabinets libéraux de sage-femme. Pour la dernière celui-ci s'est effectué à son domicile. Les entretiens se sont déroulés du 20 septembre au 9 octobre 2012. Les patientes répondant aux critères d'inclusions ont été contactées la veille de leurs rendez-vous chez la sage-femme pour leur proposer de participer à cette étude en leur expliquant l'objectif. Elles acquiesceront le lendemain durant le rendez-vous gynécologique en signant un acte de consentement écrit.

Suite à cela, les entretiens se sont déroulés à la fin de leur consultation dans une pièce à part. La durée moyenne d'un entretien était de 52 minutes.

6. Participantes.

Cet entretien a été proposé à huit femmes ayant eu une ou plusieurs fausses-couches. Cela fait en tout 11 grossesses qui se sont terminées par une fausse-couche. Sur huit propositions d'entretien, toutes l'ont accepté.

Voici un tableau récapitulatif des principales caractéristiques de l'échantillon :

	Age au moment de l'entretien (ans)	**Nombre de FC***	**Gestité de la FC**	**Semaines de gestation de la FC**	**Durée écoulée depuis la FC (ans)**	**Durée de l'entretien (min)**
Madame A	39	1	3	10	1.6	54
Madame B	39	2	1 et 2	5.5 et 6	1 et 2	42
Madame C	28	2	1 et 2	5 et 6	6 et 1.4	65
Madame D	32	1	1	7	10	18
Madame E	31	1	2	5.5	3.6	45
Madame F	35	2 (+ 1 MIU**)	1 et 2 (+3)	5 et 5 (+21)	8.2 et 7	72
Madame G	27	1	2	6	1	60
Madame H	27	1	2	5	1.5	60

*FC= Fausse-couche
**MIU= mort in utéro

La moyenne d'âge des participantes au moment de l'entretien était de 32 ans.

Le temps écoulé depuis la fausse-couche était de quatre ans en moyenne. Il s'agissait d'une première grossesse pour quatre femmes. Toutes ont eu des enfants depuis. Pour cinq femmes, il s'agissait de leur unique fausse-couche.

Le terme lors de l'arrêt de grossesse était entre 5 et 7 semaines de gestation pour dix grossesses sur onze. Seul le terme de la grossesse de **Madame A** était de 10 semaines. L'arrêt de grossesse est découvert lors de métrorragies majoritairement : 9 grossesses sur 11 lors d'épisode de métrorragies, 2 grossesses sur 11 lors d'une échographie. Il s'agissait d'une grossesse désirée pour 10 grossesses sur 11. **Madame C** n'a pas désiré sa première grossesse (Volonté de poser un stérilet).

La prise en charge de cette fausse-couche a été chirurgicale (curetage) pour deux grossesses, médicamenteuse pour deux autres et l'expulsion a été spontanée pour les sept autres grossesses.

IV. Résultats et discussion.

Cette partie consiste à présenter les résultats obtenus après les entretiens en lien avec les concepts de la première partie. Nous allons reprendre ceux-ci selon la chronologie des étapes du deuil, afin de pouvoir faire la comparaison. Pour chaque item, nous mettrons en relation nos résultats avec les données de la littérature afin d'être le plus exhaustif possible. Nous discuterons au fur et à mesure de ces résultats, cela nous parait plus pertinent et plus judicieux. En effet, la discussion nous permet de nuancer et d'apporter des compléments sur les propos émis pendant nos entretiens, ce qui nous semble important dans une analyse comme celle-ci.

1. Avantages et inconvénients : discussion sur la méthode choisie.

Il nous est paru évident que l'entretien était la méthode la plus adéquate pour un tel sujet : le temps de réflexion est assez court et permet la spontanéité des réponses, les nuances et précisions voulues sont faciles à apporter, il est possible de rebondir sur des situations et d'approfondir certains items. Les temps de silence et les gestuels prennent toutes leurs importances et peuvent être retranscrits.
La difficulté principale fut de parvenir à recruter les patientes. Toutes les solutions ont été envisagées et confrontées avec leur niveau de faisabilité et d'exhaustivité.
Ainsi, le recrutement au moment de la fausse-couche a vite été évincé par son manque de faisabilité. De plus, les femmes n'auraient pas eu le recul nécessaire pour en parler. Il a été proposé un recrutement au moment de l'échographie permettant de contrôler l'expulsion dans son intégralité de la grossesse, mais par manque de disponibilité cela ne pouvait se faire. D'autre part, une recherche de témoin au niveau de l'entourage aurait induit obligatoirement un biais de sélection.

Par conséquent, la solution qui nous a semblé la plus exhaustive et que l'on a retenue a été de sélectionner les femmes non pas par leur situation actuelle (de faire une fausse-couche), mais bien sur leurs antécédents. Ainsi, la consultation gynécologique nous a semblé être la solution la plus adéquate : faible biais de sélection, bonne faisabilité, possibilité de recueillir les informations dans le dossier patient et les patientes ont eu le temps de réfléchir à cette situation antérieure qui peut dater de plusieurs dizaines d'années pour certaines.

Les inconvénients et les limites que nous pourrions reprocher à cette méthodologie sont d'une part le recrutement dans un cabinet libéral. Les femmes consultantes dans un cabinet libéral ont-elles un profil particulier ? Et d'autre part, cette étude a pour objet une situation qui peut être lointaine : il peut y avoir difficultés à se remémorer l'exactitude des sentiments et des ressentis au moment de la fausse-couche. A noter aussi que le nouveau cadre législatif de 2008 et de 2009, vient peut-être changer ce vécu. Cette étude ne permet pas d'évaluer l'impact de ces arrêtés et décrets ; certaines femmes ayant fait leurs fausse-couche avant. De plus, l'entretien ne permet pas de réfléchir longuement aux réponses dont la spontanéité peut faire dire des choses sans en apporter les nuances que l'on aimerait mais qui sont difficiles à transmettre.

La personne menant l'entretien peut, quant à elle, interpréter faussement des dires, des silences, des gestes par son propre ressenti et intégrité.

Enfin cette méthodologie ne permet pas de multiplier les entretiens, et son nombre s'en retrouve restreint. Les derniers entretiens n'ajoutant pas de nouveaux items et précisions par rapport aux précédents, nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire de poursuivre le nombre d'entretien au-delà de huit. Mais cela ne permet sûrement pas d'avoir une vision englobant toutes les situations et tout les cas possibles.

2. Une évolution :

2.1. Un enfant du désir.

Comme nous pouvons le voir dans notre échantillon, 10 grossesses sur les 11 étaient désirées et une interruption volontaire était envisagée pour la dernière. Les femmes parlent de *« projet d'avoir un enfant », « c'est désiré »*. **Madame C** explique que la planification de la grossesse est plus ou moins contrôlée : « *je voulais poser un stérilet et pas de bol je suis tombée enceinte avant de mettre le stérilet et c'est là du coup que je l'ai mal vécu parce que je ne désirais pas cette grossesse »*

Il est important de commencer par montrer l'évolution dans la société de la place de l'enfant. Auparavant le rapport à l'enfant était différent. Dans les familles dites traditionnelles (avant la révolution française), la venue d'un enfant était un don de Dieu. Le taux de mortalité infantile était très élevé et la perte d'une grossesse ou d'un enfant relevait

alors de la fatalité. Comme nous le verrons ultérieurement dans la partie sur la recherche d'explication, cette notion de fatalité reste encore un peu dans les esprits.

Maintenant, dans les familles dites contemporaines (après les années 60), la régulation des naissances avec l'accès à la contraception, permet de choisir le moment adéquat pour une grossesse, c'est « l'enfant du désir ».

Ces changements au sein de la société modifient donc la vision et le vécu de la grossesse et par conséquent son interruption. Cette perte vient contrecarrer les désirs et les planifications d'un couple. Pour un couple vivant dans une société moderne où les désirs sont primordiaux, où le bonheur et l'épanouissement sont mis au premier plan, l'enfant devient un projet de vie. La perturbation de ces attentes peut donc être source de souffrance et de déception plus vive qu'autrefois, où la fatalité primait.

Pour pouvoir comprendre les réactions après l'arrêt d'une grossesse, il est nécessaire de saisir auparavant ce que la grossesse en elle-même représente pour les femmes. Nous allons donc d'abord vous présenter la représentation de cette grossesse pour les femmes que nous avons interrogées.

3. Représentations de la grossesse.

3.1. Un projet.

L'enfant est un projet qui se construit : *« c'est un projet d'agrandir la famille »* (**Madame A**), *« c'était la continuité de notre mariage »* (**Madame F**).

3.2. Une projection.

Madame C explique qu'*« une fois que j'ai su que j'étais enceinte […] je me suis attachée très vite et très fort à cet enfant là qui allait devenir notre enfant. »*. **Madame E** dira quant à elle *« on se fait une image de son bébé tout le temps avant qu'il arrive »*. En effet, les représentations et les attachements vont de paire avec l'investissement qui se fait alors bien plus précocement. Les projections et les représentations se mettent en place. S'agira-t-il d'un garçon ou d'une fille ? *« Où on va mettre sa chambre ? Comment on va décorer, qui va être le parrain ? On part très très loin ! »* comme le souligne **Madame A**.

Ces projets sont partagés et décrits par la totalité des femmes (8/8). **Madame H** s'exprime ainsi *« on imagine tout dans le moindre détail, comme si on avait déjà commencé à changer de vie »*. En effet, on se projette aussi en tant que futur parent et la responsabilité parentale est engagée alors très rapidement. D'un autre coté **Madame B** confie: *« c'était trop tôt de tout façon pour s'imaginer un bébé ».*

3.3. Une certaine ambivalence.

Les femmes expriment souvent une difficulté à mettre des mots sur ce que représentait ce fœtus. Il réside une certaine difficulté à définir vraiment leur relation avec ce qu'elles portaient en elles. Elles parlent de bébé, mais en même temps sont assez d'accord dans l'ensemble pour préciser qu'il s'agissait d'*«un futur bébé », «un projet », « un imaginaire qui avait fonctionné », « un hypothétique bébé », « un petit être qui commençait à grandir », « pas encore un bébé formé », « une personne qui aurait pu venir mais qui n'est pas venue », « un quelqu'un en devenir », « une grossesse »*. Voici le discours de **Madame A** par exemple : *« on ne sait pas comment positionner cet enfant-là. Est-ce qu'il fait partie de la famille mais qu'il est parti…est-ce que l'on peut considérer déjà que c'est un petit être…c'est ça qui est dur en fait. Parce qu'on ne sait pas s'il faut zapper, c'est-à-dire que l'on se dise que c'est une grossesse qui n'a pas fonctionné, ou est-ce que c'était quand même un début de grossesse et il n'a pas survécu ?... oui ça c'est compliqué. Même encore je ne sais pas. »* **Madame D** parle de *« rien »*, il s'agissait d'un œuf clair. Certaines comme **Madame B** parlent *« d'amas de cellule »*. **Madame H** imagine « *un petit embryon […] avec les images que l'on peut avoir dans les livres »*. **Madame F** le comparera avec la mort in utéro : *« alors la fausse-couche maintenant, je dirais que je vois ça comme, pas la perte d'un enfant parce que cinq semaines j'ai réussi à comprendre que ce n'était pas encore un enfant ».*

De plus, les progrès médicaux tels que l'échographie permettent de se raccrocher à une image ce qui intensifie les représentations, l'attachement et donc le lien à cet enfant. Cela est aussi amplifié par les connaissances nouvelles et actuelles sur des compétences du fœtus (cœur qui bat à J22 par exemple), dont les femmes aiment s'informer. Le fœtus est alors très vite perçu dans son intégrité et est personnalisé. La plupart des femmes parlent de début de vie. **Madame A** explique que « *c'était quand même un début de vie, le cœur battait », « j'avais perdu quelque chose de vivant en moi »* témoigne **Madame C**. Pour

Madame B, *« ce n'est pas vraiment un enfant, mais c'est quand même une vie »*, *« un début de quelque chose et puis une fin de quelque chose »* (**Madame D**).

Nous voyons bien l'ambivalence présente chez les femmes pour définir ce fœtus. Cela ne facilite pas l'intégration de cette perte, comme nous allons le voir. Il s'agit de la perte physique d'un fœtus, mais aussi, ne l'oublions pas, d'un arrêt de grossesse et donc de toutes ses projections. Voyons comment les femmes le définissent et l'expriment.

3.4. Un imaginaire.

Les femmes ont conscience que la grossesse existait. Mais, peut-être plus que physiquement, celle-ci existait dans leur tête, dans leur imaginaire. **Madame G** exprime très bien ce phénomène : *« si, on peut réellement considérer que c'est une personne, parce qu'elle a existé dans l'imaginaire, dans les rêves, et encore parce qu'elle a été faite à notre façon »*. Certaines vont mettre en avant l'importance de l'échographie et des mouvements ressentis pour se représenter l'enfant : **Madame G** dira *« c'était mon imaginaire qui avait fonctionné, ce n'était pas des choses que j'avais vues, ce n'était pas l'échographie vue, ni des choses ressenties à l'intérieur de moi. Je n'avais pas encore eu l'occasion de vivre ça. Je pense qu'en ça, ça a été plus facile »*, **Madame H** dira quant à elle : *« on n'a pas encore le gros ventre, on ne le sent pas bouger donc on ne se rend pas compte que c'était un petit être humain encore »*. **Madame G** : *«c'est un tout petit peu abstrait cette grossesse. On sait qu'on le perd mais on ne le voit pas réellement […] il n'y a rien de visuel ou quelque chose que l'on peut toucher, il n'y a rien »*, elle résumera par la suite *: «C'est l'arrêt brutal d'une grossesse, physique et en même temps c'est l'arrêt brutal de toutes les projections »*. En effet, l'interruption de la grossesse met un terme, de façon brutale, à un futur enfant mais aussi à tout le projet et espoirs dont il était porteur. Retenons que la brutalité et le caractère inopiné d'une perte comme nous l'avons vu, augmente l'intensité des deuils.

3.5. Une grossesse inachevée.

Le temps passant, elles parlent plus de la perte d'une grossesse: *« j'ai perdu ma grossesse en fait »* (**Madame F**) *« ça reste plus une grossesse qu'une réelle projection maintenant sur un bébé que j'aurais pu avoir […] elle reste une grossesse qui n'a pas abouti »* (**Madame G**).

3.6. Un évènement qui fait partie de leur histoire.

Les femmes de l'échantillon sont d'accord sur le fait que cela s'inscrit dans leur histoire, et leurs antécédents gynécologiques. Elles y pensent forcément quand on revient dessus: *« cela fait partie de mon histoire »* (**Madame A**), *« ça a presque autant d'importance qu'une grossesse »* (**Madame E**), *« la grossesse et l'accouchement c'est ce qui reste à jamais gravé en une femme donc je ne vois pas pourquoi la fausse-couche ne soit pas au même titre gardée. Peut-être en moins fort quand même, mais voilà ça fait partie du truc quoi »* (**Madame G**). **Madame B** parle de la fausse-couche comme étant *« une expérience, une étape dans la vie »*. **Madame C** décrit *« un passage »*.

Nous voyons donc bien la complexité pour la femme de positionner ce fœtus et cette grossesse : une vie, ou un imaginaire avec des projections qui ne sont que personnelles ? Par ailleurs, cette grossesse compte beaucoup pour elles et s'intègre entièrement à leur vie de femme. C'est un événement qui fait partie de leur histoire. Si celui-ci prend tant d'importance, est-ce qu'un processus de deuil peut alors se mettre en place ? En effet, il s'agit bien d'une perte : une perte physique associée à une perte de projection. Ce deuil peut-être cependant difficile car inhabituel. Un premier élément qui rend difficile ce deuil est le fait de ne pas réussir à se positionner sur la représentation de ce fœtus. En effet, faire le deuil d'un rien est difficile. Un autre élément qui caractérise cette perte est le caractère inopiné et brutal de l'arrêt de grossesse. Dans tous les cas, il s'agit d'un évènement important pour les femmes et il doit être pris en considération.
Afin de répondre à notre questionnement sur la fausse-couche, nous allons reprendre le schéma chronologique du deuil et voir comment il peut s'appliquer au vécu des femmes.

4. L'état de choc

4.1. Un refus

Avant l'annonce faite par le médecin, toutes les femmes s'attendaient à ce diagnostic. *« J'y allais à reculons, je savais, je m'en doutais »* se souvient **Madame C**. Certaines le pressentaient même avant d'avoir des symptômes comme **Madame A**, qui l'a découvert au moment d'une échographie : *« ma première visite chez le gynéco j'étais très stressée, comme si quelque part je savais qu'elle allait m'annoncer une mauvaise nouvelle*

[…] et quelques jours avant, au travail, je ne sais pas pourquoi, tout d'un coup, baisse de moral et je me suis mise à pleurer. Quand on regarde les dates, ça correspond en fait au décès ».

Avant l'annonce proprement dite, les femmes s'y préparent d'une certaine manière : *« j'étais déjà prête à ça, j'avais passé ma nuit à me dire »* explique **Madame E**. Ce travail au préalable permet de rendre l'annonce moins difficile, et rend les choses sans doute plus facile à accepter.

Il existe néanmoins une certaine forme de refus : *«j'étais sûre d'être enceinte et en même temps on se dit j'ai mes règles ? C'est une fausse-couche ? Qu'est ce qu'il se passe ? » « J'étais dans l'attente »* (**Madame E**). Nous comprenons bien ici que la femme essaye de trouver une autre solution, une autre explication. **Madame G** l'exprimera aussi : *« Au début je me suis dis ça, peut-être que j'avais simplement du retard, que mon cycle s'était déréglé ».*

Un refus persiste parfois par le biais d'espoirs illogiques. Deux femmes nous ont décrit ce phénomène. Voici l'exemple de **Madame E** : *« on se mettait à espérer un petit peu tout en se disant ben non c'est cuit ».*

Mais ce rejet s'exprime principalement par à un renoncement à toute réflexion, et elle se focalise sur l'organisation pratique: aller à l'hôpital, faire les démarches nécessaires pour la garde d'enfant, appeler le travail, *« je n'ai pas pensé à l'enfant […] c'était vraiment que de la pratique »* décrit **Madame E**. Une sorte d'instinct de survie que décrit **Madame F** : *« ma réaction a été médicale. Le cerveau, je me suis dit « je vois la psy la semaine prochaine ». J'ai tout découpé, j'ai tout sectorisé, mes réactions physiques d'un coté, la réaction psychologique d'un autre»*

D'après Garel et son étude intitulée Réactions dépressives après une fausse-couche (n=144), 26% des femmes sont confuses et incapables de réaliser. Il parle de « femmes étonnées » (18).

4.2. Une retenue des émotions

Pendant cette période d'organisation les femmes s'interdisent donc toutes réactions et expression physique de leur douleur. Celles qui étaient au travail au moment de la survenue des saignements ont continué leur travail comme si de rien n'était, malgré les saignements. Elles préfèrent être seule *: « sur le moment c'est trop tôt en fait pour pourvoir en parler, pour pouvoir…on est pris par les émotions […] ça m'a fait du bien de*

me retrouver toute seule[…] là mes larmes avaient besoin de couler et il fallait que je sois toute seule » explique **Madame C**. Cela lui a permis *« de me dire « ça y est c'est fini », « j'avais déjà un temps d'avance, du coup je pouvais lui (son mari) dire. Il y avait besoin de ce temps pour que je me le dise personnellement, ça y est c'est fini »*. **Madame G** se sentait *« mutique »*.

4.3. Une décharge émotionnelle

A ce refus succède une période de décharge émotionnelle avec une expression physique de la tristesse et de la douleur.

Il existe des douleurs physiques comme les maux de ventre, les saignements abondants, que certaines femmes décrivent. **Madame F** parle même *« d'énormes douleurs, comme si on me donnait des coups de couteaux dans le ventre […] je me suis réveillée en criant de douleur »*. **Madame A** dira *« j'ai trouvé ça dur, tellement dur que j'étais crispée, j'avais le cou et les épaules bloqués. J'ai dû faire des séances de kiné pour me détendre parce que tout était tellement noué que ça me donnait des migraines pas possible »*.

Et d'autre part, s'ajoutant à ces douleurs, il y a une véritable éruption d'émotions. *« Ça a été très fort au niveau de la déception et de la tristesse que j'avais au fond de moi, ça fait vraiment mal. Et le fait que ce soit à l'intérieur de soi, j'ai l'impression que ça fait encore plus mal que si on perdait quelqu'un que l'on connait »* explique **Madame C**. **Madame E** décrit *« des grosses désolations… je crois que j'ai craqué le lendemain. Je n'étais pas bien, j'avais mal, je me suis retrouvée toute seule à la maison et là j'ai réalisé que j'avais perdu un enfant en fait […] peut-être deux jours où je pleurais, où vraiment je ne me sentais pas bien »*. La plupart décrivent des périodes de pleurs *« j'ai pleuré…j'ai pleuré. J'ai surtout pleuré »* comme insiste **Madame G**. **Madame H** se sentait *« un peu fébrile sur mes jambes, […] tremblement, tout ça. […] comme si tout s'était effondré »*.

4.4. Une recherche de la personne

La recherche de la personne ne peut se faire ici comme dans un autre deuil, c'est à dire par la recherche d'éléments en commun, des souvenirs. Cette recherche s'exprime alors principalement par le fait d'avoir besoin d'en parler. Cela arrive après ce choc émotionnel. Petit à petit on se met à en parler, pour se soulager. Peut-être est-ce aussi une manière de le

vivre encore. *« C'est vrai que le fait d'en parler tout de suite ça m'a fait énormément de bien […] ça soulage d'en parler, de se dire qu'on n'est pas la seule […] ça m'a permis aussi d'évacuer tout ce stress que j'avais. Et le fait de pouvoir en parler à des gens qui ont connu ça, ça permet aussi de se faire une carapace par rapport aux gens qui ne pourraient pas comprendre »*. Nous remarquons bien ici dans la réaction de **Madame B** une recherche de reconnaissance de cette perte à travers les autres : cela permet l'expression.

Forts de tous ces éléments, nous pouvons conclure que les réactions face à l'annonce de la fausse-couche sont plus ou plus moins similaires aux réactions d'un endeuillé après l'annonce d'un décès. Il y a une retenue des émotions avec un refus de voir la réalité. Puis vient le moment où les femmes ont besoin de se « décharger » de toutes ces émotions et d'en parler aux autres. Dans la fausse-couche, ce besoin peut intervenir que bien plus tard. Car comme nous l'avons vu, ne sachant pas exactement ce qu'il en est de ce fœtus ni de cette grossesse, il est difficile de s'exprimer et de se faire comprendre. Cette peur d'être incompris peut les dissuader d'en parler. C'est ce que nous verrons plus tard dans la partie relative au rôle de l'entourage. Maintenant après avoir identifié que les réactions à l'annonce sont à peu près similaires, que dire des sentiments éprouvés par les femmes?

4.5. Les sentiments éprouvés

4.5.1. Une recherche d'explication

Voici l'exemple du discours de **Madame F** très significatif de ce qu'il se passe dans leurs esprits : *« on se demande pourquoi. On se demande ce qu'on a fait parce qu'on se demande toujours si c'est de notre faute, à réfléchir à tout ce que l'on a mangé pendant la durée, est-ce que j'ai bu de l'alcool, je ne fumais pas donc ça je ne pouvais pas me poser la question, est-ce que j'ai eu un léger choc en voiture dont je ne me suis pas aperçue, est-ce que je me suis énervée, est-ce que c'est moi qui ne suis pas capable, est-ce que c'est mon corps qui ne veut pas, est-ce qu'en fait je ne voulais pas du bébé et que c'est psychologique… »*

Voici toutes les suppositions et explications évoquées que nous avons recueillies :

➔ Etiologies par rapport au fœtus :

- Une anomalie chromosomique chez le fœtus ;
- Un organe X qui ne fonctionnerait pas chez le fœtus ;
- « Un raté » ;
- Un fœtus malformé ;
- Bébé non viable ;

➔ Etiologies maternelles :

- Âge ;
- Un souci au niveau du corps ;
- Problème de la glande thyroïde ;
- Un dérèglement hormonal ;
- Un problème génétique au niveau des parents ;
- Trompes bouchées ou ovaires polykystiques ;
- Travail ;
- Manque de calme, agitation trop forte ;
- Fatigue maternelle ;
- Pas en forme ;
- Pas capable ;
- Une vie pas saine ;
- Pas en bonne santé ;
- Stress trop important ;
- Surpoids ;
- Alimentation non diététique ;
- Ingurgitation de viande pas assez fraiche ;
- Alcool ;
- Tabac ;
- Prise de pilule antérieurement ;
- Trop debout, trop allongée ;
- Un léger choc en voiture non perçu ;

➔ Etiologies autres :

- La nature ;
- Faute à pas de chance, le hasard ;
- Le corps a ressenti l'absence de désir pour cette grossesse (souhait d'une Interruption Volontaire de Grossesse pour **Madame C**) ;
- Une punition ;
- « Froisser » une divinité.

La recherche d'explications est un élément clé pour ces patientes. **Madame B** : *«quand c'est deux on commence à douter que c'est le hasard. On se dit qu'il doit bien y avoir une raison. Et de ne pas savoir s'il y a une raison, de ne pas arriver à comprendre pourquoi ça nous arrive, c'est difficile ».*

Historiquement, la faute était entièrement portée sur la femme. Cela reste encore un peu dans les esprits d'ailleurs comme nous avons pu le constater lors des entretiens : **Madame A** : *« c'était un projet commun et à cause de moi tout s'arrête. Alors que si ça se trouve ce n'est pas de ma faute ».*

Malgré les avancés médicales, le mystère de la conception nous échappe. Croyances et superstitions persistent donc encore. Dans les causes évoquées, retrouvées dans la littérature, nous retrouvons le stress psychologique ou physique, la punition divine, la maladie, un comportement (tabac, pilule…), un problème médical, une anomalie fœtale, un processus naturel ou encore le destin. Mais aussi « les vents et les odeurs nauséabondes, la danse, les bains, lever les bras en baillant ou en tirant de l'eau, les déplacements en voiture ou à cheval, les vêtements trop serrés, les refroidissements ou coups de chaleur, de nombreux aliments jugés néfastes pour la santé du fœtus, ainsi que les relations sexuelles » (19).

L'explication médicale n'est qu'une hypothèse, « on suppose qu'il y avait une anomalie chromosomique ». Cette réponse du corps médical suffit à certaines personnes, même si cela reste difficile. **Madame G** : *« Je reste sur cette idée que si la fausse-couche a eu lieu, c'est que de toute façon le bébé n'était pas viable, qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas. Après peut-être parce que c'est plus facile aussi d'accepter cette idée là. »* Certaines vont même être rassurées par cette réponse et vont s'y accrocher. **Madame H** raconte : *« j'ai eu un semblant de réponse, alors je me suis accrochée à cette réponse […] c'est vrai que j'aime bien savoir toutes les choses, connaître ».* **Madame B** *: « ça soulage de savoir*

qu'il n'y a rien de spécial. Bon, maintenant, il y aurait quelque chose de spécial, cela aurait soulagé de savoir la cause du pourquoi ça ne fonctionne pas. En admettant qu'il y ait des solutions derrières ». Pour les femmes, il est difficile de devoir accepter et de comprendre que les progrès en médecine n'ont pas réussi à trouver d'explications et de solutions aux fausses-couches pourtant courantes.

Certaines l'acceptent et se résignent, mais d'autres le vivent difficilement et ont besoin d'une réponse. **Madame A** : *« ça permettrait d'avancer et de cicatriser plus vite […] on connait la cause et donc on sait agir en conséquences, et là, on a que des points d'interrogations »* **Madame F** : *« j'ai besoin de mettre des raisons sur les choses pour arriver à avancer » ;* plus tard elle dira *: « On cherche des réponses. Je cherchais beaucoup de réponses et ça fait partie des moments où on ne peut pas les trouver toute seule, et on ne peut pas forcément les avoir d'ailleurs et c'était très douloureux, oui. De ne pas pouvoir comprendre, pas pouvoir savoir, pas pouvoir expliquer, se dire mais si demain je tombe enceinte, qu'est-ce qu'il se passe ? Est-ce que je vais faire fausse-couche sur fausse-couche toute ma vie ? Est-ce que… et puis après on essaye d'être rationnelle, [...] je n'y arrivai pas. Je n'arrivai pas à… je me le disais régulièrement mais ça n'imprimait pas du tout. Il fallait que je me le répète mais là ça ne marchait pas ».* Seule **Madame F** aura une réponse médicale plus tard avérée : une endométriose sévère.

Les femmes ne savent pas vraiment si elles veulent une réponse claire. Et cela peut s'expliquer et se comprendre. En effet, avoir une réponse leur permettrait d'une part de se déculpabiliser et de trouver, une solution. Mais d'autre part, si l'étiologie est connue et que celle-ci résulte d'un « faux-pas » de leur part, la culpabilité serait alors trop importante pour ces femmes. L'étiologie pourrait diagnostiquer une maladie, un problème dans leurs fonctions de femmes, ce qui n'est pas forcément plus facile à accepter. Cela peut leur faire peur et elles préfèrent alors ne pas savoir. Et si, par ajout, il n'y a pas de solution à proposer, l'utilité d'avoir une réponse n'est pas jugée nécessaire.

4.5.2. <u>Culpabilité et responsabilité</u> :

Madame F : *« pour moi j'étais responsable, j'avais fait quelque chose. Et puis je faisais du mal à mon mari qui était content d'être papa, je faisais du mal à tout le monde, j'inquiétais tout le monde, je n'étais plus capable de sourire donc tout le monde me*

regardais en chien de faïence. Beaucoup de culpabilité à la fois d'avoir perdu le bébé, et à la fois de ne plus savoir vivre, ce qui fait que ça embêtait tout le monde. ».

Bien que l'étiologie ne soit pas connue, ce sentiment commun est très fort et est souvent partagé par ces femmes : la culpabilité. Peut-être est-ce le manque de réponses qui amène les femmes à se poser des questions et à se sentir coupables. **Madame H** : *« comme si j'étais punie ».*

Les femmes se sentent coupables envers elles-mêmes et ressentent une certaine responsabilité sur ce qu'elles ont fait ou omis de faire. Ce sentiment de responsabilité de la perte est très ancré. **Madame A** raconte : *« il y a toujours ce sentiment de culpabilité et puis se dire oui je n'ai pas réussi. Je n'ai pas mené à bout ce projet-là. […] à cause de moi tout s'arrête. Alors que si ça se trouve ce n'est pas de ma faute. ».* **Madame G** : *« le sentiment de culpabilité il ne disparait pas, mais après on vit avec »*

Bien que les femmes aient conscience que ce sentiment n'est pas fondé, il reste présent, comme s'il était nécessaire de trouver une faute et son responsable. Cette culpabilité est parfois ressentie par les conjoints *« Qu'est ce qui ne va pas chez moi. Il y a une forme de culpabilité quelque part. Qu'est ce qui ne va pas chez moi, après c'est le conjoint qui se dit qu'est ce qui ne va pas chez moi… »* (**Madame B**). **Madame H** : *« oui pour moi c'était de ma faute…oui parce que mon copain s'est remis en question aussi. Je lui dis c'est à cause de moi, il me dit c'est peut-être à cause de moi aussi ! Enfin pour moi ce n'était pas pensable, ce n'était même pas imaginable, et bien non c'est la mienne ! »*

Cette culpabilité peut même parfois se tourner vers les autres. En effet, comme l'explique **Madame B**, la culpabilité est portée sur soi au début, puis après elle se transforme en un sentiment d'injustice, en une colère envers les autres : *« je pense que c'est la deuxième étape en fait. La première c'est on s'en veut à soi-même, et la deuxième c'est on en veut à la terre entière […] On se disait « bien oui, pourquoi cette femme-là est enceinte et puis pas moi ? Pourquoi je n'y ai pas le droit ? Pourquoi des femmes qui ne veulent pas être enceintes tombent enceintse et moi je ne le suis pas ?… […] on commence par se culpabiliser, puis on prend de la distance, on culpabilise tout le monde, et puis après on arrête de culpabiliser tout le monde».*

La culpabilité des femmes face à cet événement est donc bien présente. Voici les chiffres retrouvés dans la littérature : 56% des femmes se sentent coupables de leur fausse-couche pour les raisons diverses évoquées auparavant (18). Les femmes se sentant responsables ont une détresse émotionnelle plus intense que les autres, et un an après la fausse-couche, 41% se jugent partiellement responsables de la fausse-couche alors que 7% se sentent totalement responsables (n=294)(20).

4.5.3. Un échec :

La perte de la grossesse, en plus de la souffrance physique et morale est vécue comme *« un échec »* : se dire que « *je n'ai pas su faire », « là j'ai échoué » « je n'ai pas réussi » « je n'ai pas mené à bout ce projet là » ...*

Les femmes se rendent responsables de leur échec. Elles se posent beaucoup de questions sur l'accès à la maternité, sur leurs capacités à être maman. Voici les discours, qui sont surtout des questionnements, recueillis à ce propos :

Madame G : *« beaucoup de questions sur moi, sur mon corps et sur ma capacité à être à nouveau maman […] sur la capacité à être maman, à pouvoir accueillir un autre enfant, à pouvoir mener une autre grossesse »*.

Madame B : *« on se dit est-ce que l'on va un jour devenir maman […] pourquoi je n'y ai pas le droit ? »*

Madame C : *« de se dire là tu n'auras pas le droit d'accéder à ça »*

Madame E : *« dans les antécédents on demande […] combien de grossesse et combien de fausses-couches. Combien ont réussi, combien ont raté, c'est un peu ça ! […] est-ce que vous êtes capable de faire un enfant ou pas. »*

Madame A : *« est-ce que j'ai été une bonne mère ? »*

Au total ce sont 72% des femmes qui expriment des sentiments d'échec. Cet échec porte atteinte à la féminité et à la maternité, comme le montre également l'étude de Garel. Selon cette même étude, deux femmes sur trois remettraient en cause leurs capacités à être mère dans les jours suivant la fausse-couche (18).

4.5.4. Injustice, impuissance et colère

Face à cet échec, d'autres sentiments plus expressifs et plus conscients sont présents.

Madame A se remémore: *«on est perdue, perdue, perdue, perdue… perdue, déçue, ras-le-bol. On en veut à la terre entière […]. J'ai trouvé ça injuste. A qui j'en voulais ? On en veut à la vie en général, on se dit pourquoi moi ».* **Madame B** explique: *« Au début c'est un peu difficile de voir des femmes enceintes, on se dit pourquoi elle et pas moi. Et puis on se dit quelque part que ce n'est pas juste ».*

Par ces témoignages, nous mettons en évidence que les femmes trouvent cela injuste par rapport aux autres femmes et éprouvent une certaine colère envers elles, même si elles ont bien conscience que celles-ci n'y sont pour rien. D'après une étude, 33% ont des sentiments de révolte et parlent d'injustice (18).

L'impuissance est aussi un autre sentiment mis en avant par les femmes : *« là on se rencontre qu'on ne maitrise plus rien en fait. […] c'est la vie qui prend le dessus, enfin la vie qui décide. On ne peut rien contrôler »* (**Madame A**), *« on se sent complètement démunie […] en fait on subit, on ne peut faire que ça, on est complètement démunie»* avoue **Madame C**.

Les femmes se sentent impuissantes et se résignent donc à se dire : « *la réponse : et bien c'est comme ça, c'est la nature »* (**Madame H**).

Tous ces sentiments d'échec, de culpabilité, d'injustice, de colère que nous avons décrit sont retrouvés dans la littérature. En effet, les différents auteurs montrent que les sentiments éprouvés par les femmes après une fausse-couche sont très variés. La revue de travaux de Séjournée (2008) résume l'ensemble des études, il décrit le chagrin, la dysphorie, la peur, l'injustice, la culpabilité, la honte, le choc émotionnel, le traumatisme et la dévastation (21). Pratiquement la moitié des femmes montre une détresse psychologique significative (22).

Les sentiments et les réactions sont très forts au moment de l'annonce de l'arrêt de la grossesse. L'ambivalence et la culpabilité présente dans un schéma de deuil n'échappent pas à la règle dans la situation de la fausse-couche. La femme prend conscience petit à petit

de l'arrêt de la grossesse et de toutes les projections qu'elle s'était faite. La recherche active d'une explication ou d'une solution, le déplacement de la colère sur autrui avec des sentiments forts, montrent un certain déni de la réalité et d'une recherche d'apaisement de ses souffrances. Dans un processus de deuil, une fois la réalité intégrée il s'en suit une période de dépression, passage nécessaire pour accepter la perte et pouvoir aller vers un rétablissement qui amènera la personne à investir de nouveaux objets et aller de l'avant. C'est ce passage que nous allons maintenant décrire.

5. La dépression

Voici les sentiments et les réactions présents pendant cette période. Celle-ci, contrairement à la première phase de choc, est beaucoup plus consciente et plus extériorisée de la part des femmes.

5.1. Chagrin, souffrance et déception

La tristesse s'exprime enfin et est caractérisée notamment par des pleurs : « *je pleurais. Sans trop même savoir pourquoi, je pleurais* » (**Madame E**). Cette période est difficile pour les femmes, « *j'ai trouvé ça vraiment dur comme épreuve* » (**Madame A**), *«on en souffre* » (**Madame B**). Ce sont des douleurs et des pleurs, *« de la déception* » (**Madame D**) que certaines ont du mal à expliquer. **Madame E** précise que *« c'est un peu comme un baby-blues… c'est incontrôlable ».* On pleure sans trop savoir pourquoi. **Madame C** dira que « *cette douleur-là du déchirement d'un futur bébé qui ne viendra jamais* ».

Il est décrit par Lok et Neugebauer (2006) que 40% des femmes ont un chagrin intense (23). Séjourné retrouve qu'à la suite d'une fausse-couche, 40% des femmes présentent une souffrance. Celle-ci est caractérisée par la tristesse, la nostalgie envers l'enfant perdu, le désir de parler de cette perte et la recherche d'une explication (21).
Dans une autre étude parue dans le British of Medical Psychology en 2000, un questionnaire basé sur 5 points ont permis à partir de 39 femmes de retrouver un taux de 67% des femmes se disant être très tristes initialement, 21% se disaient être tristes et 13 % se disaient être tristes mais soulagées (24).

L'expression des sentiments est un passage qui marque les femmes. Le fait de retrouver un passage comme tel dans le vécu des femmes, montre qu'à ce moment là celles-ci ont pris conscience de la réalité de la perte.

5.2. Une réalité

Madame E : *« des grosses désolations… je crois que j'ai craqué le lendemain. Je n'étais pas bien, j'avais mal, je me suis retrouvée toute seule à la maison et là j'ai réalisé que j'avais perdu un enfant en fait. Qu'il y avait eu enfant et qu'il n'y avait plus. […] il se passe quand même quelque chose ».*

La réalité de la perte comme nous le voyons ici, n'est pas immédiate et peut mettre du temps à s'installer. Mais elle est nécessaire pour pouvoir ensuite l'accepter. Cela est une grande étape dans le deuil.

5.3. Un vide, une solitude et un syndrome dépressif,

5.3.1. Un Vide

« Un vide en fait. On se sent vidée. » (**Madame E**), *« vraiment un sentiment de vide »* (**Madame F**). Les femmes se sentent las, fatiguées : *« moi je me sentais vidée après. C'est comme si j'avais perdu un bout de moi suite à ça », « il n'y avait plus rien en moi »,* Il s'agit aussi d'un vide autour d'elle. **Madame A** s'exprime ainsi: *« pour moi la famille n'était pas complète. C'est bizarre à expliquer, mais il manquait quelqu'un ».* Ce vide est proche du sentiment de solitude.

5.3.2. Une solitude

Madame A : *« parce qu'en fait finalement on se retrouve toute seule à faire notre deuil. […] même si on nous dit « ça arrive à plein de femmes » à la limite on s'en fiche, on ne voit que son corps et on se dit « pourquoi moi ? » ».* Les femmes, en effet, se sentent seules face à cet évènement, qui leur est propre : *« on se sent bien seule […] on le vit dans notre corps, en fait »* (**Madame E**). Elles ont l'impression d'être seules à vivre cela. *« On se trouve super isolée, on se dit pourquoi ça m'arrive, alors que non il y a plein de femmes qui le vivent, […] mais personne n'en parle ! […] j'étais super étonnée »* exprime

Madame C. Cela est renforcé par le fait de ne pas réussir à se faire comprendre et ne pas réussir à trouver un soutien. **Madame C** témoigne elle aussi : *« je me suis sentie super seule »*.

5.3.3. Un syndrome dépressif

Madame A explique qu'il faut se forcer à voir du monde, sinon *« on s'enfonce, on reste à la maison et on déprime. Ça c'est clair, on ne veut plus voir personne. On broie du noir »*. **Madame F** parle de *« trou noir »* dans lequel elle était.

Voici les signes cliniques de dépression que nous avons pu recenser dans nos entretiens :

- Fatigue (4 femmes sur 8 sont concernées)
- Baisse du moral, rien ne fait sourire
- Prise ou perte de poids (2/8)
- Pleurs (8/8), mutisme
- Cauchemars (1/8)
- Se mettre en boule dans un coin d'une pièce
- Mal-être (4/8)
- Envie de rester à la maison (4/8), inaction
- Sentiment d'abandon, d'être seule
- Impossibilité de se concentrer
- En vouloir à la vie
- Culpabilité excessive
- Repli sur soi (5/8), sentiment d'avoir toute la misère du monde, envie de rester dans la douleur
- Un oubli de soi
- Impression de subir
- Envie de mourir (1/8)
- Envie de faire des « bêtises » (1/8), de se suicider (1/8).

Au total, six femmes sur huit des interrogées ont parlé d'un moment de déprime ou de dépression. Ainsi, les principaux symptômes sont des pleurs, de la fatigue et une démotivation avec un repli sur soi. Si 40 % des femmes éprouvent un chagrin intense, il est décrit qu'entre 20 et 55% connaissent des symptômes dépressifs (23).

Cette symptomatologie dépressive peut persévérer dans le temps comme le montre les études. Ainsi, d'après l'étude de cohorte de Neugebauer (n=229), deux semaines après la fausse-couche, la proportion de femmes ayant une symptomatologie dépressive importante est 3.4 fois plus élevée que chez les femmes enceintes et 4.3 fois plus élevée que chez les femmes en population générale (25).

Une autre étude de Garel (n=144) quantifie à 43% les femmes ayant eu une symptomatologie dépressive intense un ou deux jours après la fausse-couche. Une femme sur deux exprime un sentiment de vide. De plus trois mois après l'arrêt de la grossesse, d'après les critères DSM-III (classification internationale de la dépression), 51% des femmes présente un épisode dépressif majeur (18).

A six mois après la perte, ils ont observé une prévalence de 11% d'épisodes dépressifs majeurs et de 5% de dépressions mineures selon le DSM-IV (annexe III). (21-22) Cela peut surprendre, mais malgré toute cette symptomatologie dépressive, un soulagement est ressenti par les femmes.

5.4. Un soulagement

Madame G : *« une tristesse […] une déception… et en même temps un soulagement».* Le soulagement est multiple pour les femmes.

Il y a un soulagement d'avoir un diagnostic, de savoir ce qui se passait, pourquoi elle saignait, savoir à quoi cela correspondait. Car les femmes doutent sur le fait qu'il s'agisse bien d'une fausse-couche. **Madame G** : « *j'étais en période de doute. Donc quelque part quand j'ai perdu du sang, j'étais soulagée aussi de savoir que c'était ça. Parce que le fait d'être entre les deux, de savoir si oui ou non, c'est vrai que c'est dur à vivre. Là au moins j'étais fixée. ».* Les femmes peuvent mettre fin définitivement à leurs projections car elles ne sont plus dans le doute. On peut rapprocher cette situation par exemple au deuil d'un disparu. Tant que le corps n'est pas retrouvé, il est difficile de faire son deuil, et l'espoir que le disparu réapparaisse est toujours présent. Il est difficile de passer à autre chose dans ces conditions. Donc l'annonce du diagnostic soulage les femmes, elles savent ce qu'il en est.

Un autre soulagement apparait par la suite, une fois que la prise en charge médicale est terminée. **Madame A** : *« quand j'étais dans la salle de réveil, je crois que la première chose que j'ai demandé « c'est bon, c'est fini ? ». Ils m'ont dit « oui, oui c'est bon », et là je me suis sentie soulagée parce que c'était compliqué de se dire que l'on a un petit être mort dans son ventre. De savoir que ça y est, il était parti, j'étais soulagée… »* **Madame C** : *« quand c'était fini au niveau médical, j'ai trouvé le réconfort psychologiquement »*. En effet, les femmes, au moment de l'état de choc, ne peuvent pas réfléchir à la fausse-couche, le coté médical prend alors le dessus. Une fois que cela est terminé, elles peuvent enfin se poser, et se permettre de réfléchir à cet évènement. D'où l'apparition à ce moment -là des grandes tristesses puisque la réalité prend alors toute son ampleur.

Il existe un autre soulagement pour les femmes : celui de se dire que c'est peut-être mieux ainsi. En effet, si la grossesse avait été menée à terme, elle ne se serait pas passée dans de bonnes conditions : *« si la fausse-couche a eu lieu, c'est que de toute façon le bébé n'était pas viable, qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas »* (**Madame B**). Beaucoup de femmes sont soulagées par cela. Voici plusieurs discours à ce propos :

Madame A : *« s'il y avait eu un souci est-ce qu'on aurait été capable d'assumer un enfant handicapé ? Ça change toute la vie. Donc on se dit que c'est peut-être pas plus mal que ça se soit arrêté. »*

Madame E : *« j'ai vu le médecin, presque au bout d'un mois. […] Il m'a dit quelque chose qui m'a réconfortée, c'est-à-dire que la nature est bien faite et que ça ne devait pas se faire. Sur le coup ça m'a fait du bien. C'est peut-être bateau mais ça m'a fait du bien. Il y a beaucoup de femmes qui font des fausses-couches avant terme et qui ne s'en rendaient pas compte parce qu'elles ne savaient pas qu'elles étaient enceintes. Et que moi heureusement, enfin malheureusement, je le savais moi »*

Madame G : *« c'était peut-être pas plus mal qu'elle soit arrivée aussi tôt, parce que si la grossesse s'était poursuivie, et que l'on avait découvert peut-être une malformation ou un truc, est ce que ce n'est pas plus facile de perdre le bébé à ce terme-là plutôt que plus tard dans la grossesse ? »*

Quand des examens complémentaires ont été réalisés afin de trouver une étiologie, les femmes ont éprouvé un certain soulagement. *«Le fait d'avoir fait ce qu'il fallait au niveau des examens, ça rassure, on se dit que finalement c'était aussi la faute à-pas-de -chance. […] Ça soulage de savoir qu'il n'y a rien de spécial. Bon maintenant il y aurait eu*

quelque chose de spécial, cela aurait soulagé de savoir la cause du pourquoi ça ne fonctionne pas. » (**Madame B**)

Cela a été très important pour **Madame F** : *« ma fausse-couche c'était une horreur totale, c'était un symbole de mort, je n'arrivais pas à m'en remettre, c'était vraiment pour moi un symbole de mort. Et le 1er décembre quand je suis sortie de la salle d'opération* (où on lui découvrait une endométriose sévère)*, quand je savais ce que j'avais, cette fausse-couche a été symbole de vie, parce qu'elle m'a sauvé la vie. Elle m'a sauvé la vie et elle a sauvé aussi tout ce qui allait me permettre d'être maman. […] cette fausse-couche elle est à la fois triste et à la fois salvatrice »*

Les examens complémentaires sont très peu réalisés, et pas forcément souhaités d'ailleurs. En général, cela se met en place dans un contexte de fausse-couche à répétition, c'est-à-dire après trois fausses-couches. **Madame C**, ayant eu deux fausses-couches, a été prévenue de cette possibilité, mais n'a pas souhaité avoir ces examens. Voici son discours : « *J'avais cette carte-là et je me suis dit qu'on allait attendre que ça passe et puis si ça ne va pas j'irais dans cette démarche. Mais je n'avais pas envie non plus de rentrer dans une médicalisation pour avoir un enfant […] Et puis si on fait des fixations aussi, après pour avoir des enfants, ça bloque»*. Si toutes les femmes disent avoir besoin à un moment d'avoir une réponse, toutes n'expriment pas le souhait d'une analyse complémentaire afin de déterminer la cause. Si un problème était trouvé, elles ne seraient pas prêtes à accepter toutes les conséquences qui en découleraient.

Ainsi, il apparaît bien que des sentiments contradictoires sont présents chez la femme. Au milieu de la tristesse et de la culpabilité, le soulagement est présent. Cela est difficile à comprendre pour les femmes, et nous pourrions penser que celles-ci peuvent être amenées à culpabiliser de se sentir soulagées. Il en est de même dans le décès d'un être cher, où le soulagement présent par la fin d'une prise en charge qui peut être lourde en fin de vie, peut être très mal vécue.

Dans l'étude de Garel, il s'agit de 31% des femmes qui disent être soulagées (18).

5.5. Vivre un deuil ?

Nous avons observé qu'il existait beaucoup de points communs entre le vécu de la fausse-couche et le processus de deuil. Mais les femmes perçoivent-elles un deuil en leur fausse-couche ? Si les réactions et les sentiments sont proches, ont-elles le sentiment de vivre cela comme un deuil ? Le vivent-elles de la même façon? En quoi cela se ressemble, et en quoi cela diffère ?

Voici quels sont les dires des femmes interrogées dans notre étude sur cette notion de deuil et quelles en sont leurs expériences :

Madame A. *« Parce qu'en fait, finalement, on se retrouve toute seule à faire notre deuil. Et puis c'est compliqué parce qu'on se dit: est-ce qu'il faut vraiment…est-ce qu'il faut faire un deuil […]. On ne sait pas comment se situer […] je ne sais pas s'il aurait fallu quelque chose. Pas une cérémonie forcément, mais il faudrait peut-être quelque chose pour officialiser l'arrêt de cette vie-là […] Oui il manque une sorte de petite cérémonie pour dire : ok la vie c'est interrompue, mais voilà ce n'est pas juste affaire classée »*

Madame B. *« je n'ai pas réellement perdu un enfant, c'est deux hypothétiques enfants. Mais bon, il y avait une vie […]. C'est une forme de deuil on va dire, mais ce n'est pas vraiment le deuil d'une personne. C'est le deuil, oui d'une hypothétique… -c'est compliqué de faire le deuil d'une hypothétique ?- je pense que c'est un peu pareil….c'est un peu pareil quand même. Parce que ce n'est pas vraiment encore un enfant mais c'est quand même une vie, donc quelque part je pense qu'on ressent un peu la même chose. On le digère plus vite parce que forcément…justement ce n'est pas tout à fait la même chose non plus. Je ne dirais pas que c'est compliqué, c'est un peu identique et au bout du compte c'est quand même plus facile, on le digère beaucoup plus vite »*

Madame C. *« Je pense que j'ai facilement eu deux mois où je me suis dis : il faut que je fasse le deuil de ça pour repartir […]. Et le fait que ce soit à l'intérieur de soi, j'ai l'impression que ça fait encore plus mal que si on perdait quelqu'un qu'on connait. Parce que j'ai perdu des personnes que j'aimais mais c'est vrai que ça m'a fait beaucoup plus mal… Enfin on ne peut pas comparer… Mais parce que c'est à l'intérieur de soi, je ne sais pas, c'est encore plus fort je trouve. […] c'est comme si j'avais perdu un bout de moi suite à ça. »* Et d'ajouter *« la tombe est gravée dans ma tête »*

Madame E. *« Dans le deuil de quelqu'un que l'on connait, c'est une absence aussi. Lui, ce bébé, il n'y a pas d'absence, il n'a jamais été là. C'est le deuil de la vie à venir, de quelque chose qui devait venir et qui n'est pas venu. […] C'est la présence qu'il n'y aura pas. […] On ne peut pas comparer ça à grand-chose en fait. Ce n'est pas comme vous disiez, un deuil de quelqu'un qu'on aurait perdu parce que là, en plus, c'est une partie de l'intérieur de nous. Ça sort de nous littéralement. C'est vrai que c'est pire, presque. C'est comme si on ne peut pas le retenir. Je pense que dans ces cas là, il n'y pas grand-chose qui fait qu'on aille mieux. […] On perd un enfant, on perd un projet d'enfant, on perd une partie de soi. Parce que ça reste une partie de soi jusqu'à ce qu'il naisse en fait. […] Un début de quelque chose et une fin de quelque chose. »*

Madame F. *« Ce n'est pas vraiment pour moi la même gestion. Parce que l'on perd des projets, des projections, des espoirs au lieu de perdre des personnes que l'on connait, avec qui on a passé des moments, avec qui on a rigolé et vécu des choses donc c'est un deuil un peu différent. […] On a un sentiment d'attachement mais on n'a pas encore de vrai lien. […] Un deuil d'espoir. Oui, c'est un deuil d'une coquille vide. Deuil de perte, d'avoir perdu du futur. Alors qu'avec le décès de mes cousins, ou le deuil de mon grand-père, on perd du présent. Donc c'est un vide qui est différent. (Silence) C'est comme si on perdait quelqu'un qu'on avait besoin d'apprendre à connaitre alors que dans un deuil classique on perd quelqu'un que l'on connait. Je ne sais pas comment vous expliquer ça. Comme si vous rencontriez un ami avec qui vous vous entendez bien, on va bien s'entendre, et on apprend malheureusement que la personne est décédée quelques jours après. On perd des espoirs, des projets mais c'est beaucoup moins tangible. »*

Madame G. *« Par rapport aux autres deuils que j'ai pu vivre, ça n'y ressemble pas. Oui c'est un deuil mais ce n'est pas la même chose parce qu'il n'y a pas eu d'échanges avec cette personne […] Moi je n'arrive pas à comparer ça quand même, je n'ai pas autant souffert pour les autres deuils que j'ai pu vivre qui était quand même des personnes très proches, mais je n'ai pas souffert autant. […] La finalité, c'est quand même donner vie à quelqu'un. C'est se dire que c'est quand même une petite mort. […] Le plus dur, c'est de perdre l'enfant qu'on s'est imaginé dans la tête ».*

Madame H. *« Oui, je le voyais comme un deuil […] On ne se rend pas vraiment compte encore dans son corps qu'il a ça…donc je ne voyais pas trop ça comme un deuil. Enfin… je ne sais pas trop comment je le vois en fait ».*

Nous voyons que sept femmes sur huit de notre échantillon l'on vu comme un deuil. Mais comme un deuil particulier. Elles ne savent pas comment le définir. Tout comme elles ne savent pas s'il doit y avoir un deuil à faire. Elles se retrouvent dans un « entre-deux ». Il est difficile de rattacher ce deuil à une autre situation. Il n'y a aucun repère.

D'après leurs dires, cela y ressemble parce qu'il s'agit bien d'une perte physique, celle d'une vie. Mais aussi, et elles en ont conscience une perte de projection, d'un avenir.

Mais cela diffère d'un autre deuil car c'est une perte dans leur corps. Il n'y pas encore vraiment de lien, ni d'échange, il n'y a aucun passé commun. D'où la difficulté de dire qu'il s'agisse bien d'un deuil. Pour certaines cela est encore plus fort, d'autres vont dire que cela est plus facile à « digérer ».

De plus, le fait qu'il n'y ait pas de cérémonie ne permet pas de placer cette perte aux yeux de tout le monde dans la société. Cela ne s'intègre donc pas dans un schéma de deuil puisqu'il se vit non seulement dans son corps mais aussi dans une société. Dans un deuil, il y a une reconnaissance sociale de la perte.

Néanmoins, la fausse-couche n'est pas quelque chose d'anodin, et les femmes en témoignent: *« même si c'est précoce, ça reste difficile…»* (**Madame B**) *« Il y a beaucoup de personnes qui ont fait des fausses-couches, au moins une. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut le banaliser. Je pense que c'est important de le prendre en compte quand même. Surtout que ça touche à la vie »* (**Madame G**). Le fait que la fausse-couche soit seulement le début d'une grossesse, que ce soit un évènement fréquent ne doit pas en faire un évènement dont il n'est pas nécessaire de parler et de prendre en charge. Les femmes ont besoin de reconnaissance envers cette grossesse : *« Ce n'est pas anodin et je pense qu'il n'y a pas d'autre chose à faire comprendre. […] C'est que ça a presque autant d'importance qu'une grossesse »* explique **Madame E**. Les femmes rapprochent la fausse-couche à la vie et à la grossesse, à leur « pouvoir » de femme. **Madame H** s'exprimera ainsi : *« je trouve vraiment magnifique de voir ce que peut faire l'être humain et de voir que l'on peut perdre ça aussi…c'est vrai que j'accorde vraiment beaucoup d'importance à la grossesse, parce que c'est donner une vie, ce n'est pas rien ! ».*

5.6. Facteurs influençant l'impact psychologique

Nous pourrions nous poser les questions suivantes : Pourquoi telle personne vit plus intensément et plus difficilement cette situation qu'une autre ? Quels sont les facteurs qui rendent la fausse-couche plus difficile à vivre ? Les femmes elles-mêmes, peut-être pour se soulager, disent qu'il pourrait y avoir des situations qui ne facilitent pas leurs vécus et que cela peut varier selon plusieurs facteurs. *« Pour chaque femme, ça doit être différent par rapport au nombre de grossesse, si ça a été fait par curetage ou par médicaments, les entourages, le soutien tout ça et puis selon la force aussi, la force psychologique de chacune »* (**Madame A**) Voici les facteurs que les femmes nous ont énoncés, facteurs négatifs et positifs qui pourraient influencer le vécu de la fausse-couche :

Facteurs négatifs, aggravant le vécu :

- Interruption tardive ;
- Fausse-couche à répétition ;
- Réalisation d'échographie(s) ;
- Difficulté à débuter sa grossesse ;
- Prise en charge de la fausse-couche par un curetage ;
- Entourage informé de la grossesse.

Facteurs positifs, facilitant le vécu :

- Interruption précoce ;
- Pas de mouvements fœtaux actifs ressentis ;
- Pas d'échographie ;
- Fausse-couche unique ;
- Prise en charge médicamenteuse ;
- Curetage sous Anesthésie Générale ;
- Présence d'enfant avant ;
- Peu de personnes informées de la grossesse, environnement et entourage ;
- Connaissances et témoignages sur la fausse-couche, formations professionnelles.

Finalement, nous retrouvons principalement le fait que ce soit une fausse-couche unique et précoce, le fait que les mouvements actifs de leurs bébés n'aient pas été encore ressentis, et le fait qu'il n'y ait pas eu d'échographie. Ces deux derniers éléments sont importants pour les femmes, notamment pour la grossesse suivante comme nous le verrons. Le fait d'avoir eu des enfants auparavant les rassure, car elles ont la preuve qu'une grossesse n'est pas impossible.

Beaucoup d'études ont essayé de repérer les facteurs prédictifs d'un impact psychologique plus important, afin de cibler une prise en charge pour ces personnes à risque. Voici ce qu'il en ressort (21) :

L'âge, le statut marital, le niveau d'étude ainsi que l'activité professionnelle ne préfigure pas comme étant un facteur de risque. La parité semble être cependant un effet protecteur au niveau de la détresse psychologique.

Nous pourrions penser que plus la grossesse est avancée, plus la perte de celle-ci est difficile puisque les attachements et les représentations sont bien ancrés. Les résultats des études sont divers mais les plus récentes montrent qu'il n'y a pas de différences notables selon s'il s'agisse d'une grossesse avancée ou non. L'impact psychologique est le même si la grossesse était désirée et planifiée plutôt qu'une grossesse subit (22). De même pour la réflexion des antécédents de fausses-couches : il n'y a pas de différences significatives.

Les facteurs favorisants démontrés sont surtout les antécédents psychiatriques, avec un risque élevé de développer une morbidité psychiatrique à la suite de la perte de la grossesse. Ainsi, d'après Neugebauer 54% des femmes ayant eu une dépression rechutent après une fausse-couche (27). Les autres facteurs favorisants retrouvés sont le manque de soutien social, l'absence d'enfant, ainsi que l'absence de connaissance sur l'existence des fausses-couches (22).

Les symptomatologies présentées par les femmes sont bien des symptômes de dépression vécus dans une situation de deuil. Le deuil ici est particulier comme nous l'avons vu. Il est facilité, mais aussi mis en difficulté dans cette situation particulière d'une perte qui est difficile à définir. Les femmes sont ambivalentes et se retrouvent dans un « entre-deux » par manque de repères et de possibilité de comparaison avec une autre situation. Pour autant, il s'agit d'un moment fort dans leur vie qu'il ne faut pas négliger et qu'elles doivent intégrer et surmonter. Des auteurs, comme Maker et Ogden, rapprochent cet évènement à une véritable situation de deuil périnatal, avec notamment ses étapes transitoires : ceux-ci décrivent aussi une phase initiale d'agitation face au choc de la nouvelle (« the Turmoil of miscarriage »). Puis une période d'adaptation (« adjustment to miscarriage ») au cours de laquelle les femmes utilisent différentes stratégies pour faire face à l'évènement avant d'atteindre une étape de résolution (« resolution ») caractérisée par une baisse des émotions négatives ainsi que la capacité de voir le fausse-couche comme une expérience d'apprentissage (28). Cela correspondrait à ce que nous appelons la phase de rétablissement.

6. Le rétablissement

Le rétablissement est la phase où la femme doit accepter la perte pour pouvoir aller de l'avant.

6.1. Une acceptation

L'acceptation de la réalité se voit dans le parcours des femmes. Petit à petit, les sentiments vont se vivre pleinement. Elles vont parler de la fausse-couche avec leur entourage. Cela va leur faire prendre conscience de la réalité et, en même temps, vont les aider à l'accepter. Comme l'exprime **Madame C,** *« s'il faut pleurer il faut que ça sorte. Oui, ne pas retenir les sentiments, les vivre pleinement. […] Il faut se permettre de ressentir ce qu'il reste et ce que l'on a à l'intérieur de nous pour repartir à zéro sur autre chose. »*

Voici les facteurs énoncés par les femmes qui leur ont permis d'aller de l'avant et d'accepter la fausse-couche :

- Avoir de la patience ;
- Le temps ;
- Prendre de la distance ;
- Se bousculer ;
- En parler à son entourage ;
- Ne pas trop en parler ;
- Exprimer ses émotions ;
- Se dire que l'on n'est pas la seule et que ce n'est pas de notre faute ;
- Savoir qu'il n'y a pas de raisons particulières, pas de problème pouvant compromettre ou non une prochaine grossesse ;
- Le désir, l'espoir et l'objectif d'avoir un autre enfant ;
- Une autre grossesse ;
- Les enfants précédents :
    - Aident à aller de l'avant ;
    - Nécessitent d'être disponible ;
    - Ne laissent pas trop le temps d'y penser ;
    - Réconfortent par leur présence ;
    - Nous obligent à sortir, à voir du monde ;
    - Sont le symbole qu'une grossesse est possible.

Cette acceptation se fait dans le temps, *« tout doucement on digère. Besoin du temps, se changer un peu les idées et puis repartir […] Le temps aide quand même. Le temps aide et puis… besoin de réfléchir…prendre de la distance ! »* (**Madame B**) **Madame C** est catégorique à ce niveau-là: *« il faut du temps, ça c'est clair »*

Les enfants précédents obligent et donnent un coup de pouce aux femmes pour avancer comme l'expliquera **Madame A** : *« il faut continuer et elles ont besoin de moi* [ces deux ainées], *Donc voilà, ça donne un petit coup de pied aux fesses, il faut y aller, ça oblige à sortir, à aller à l'école, voir du monde et petit à petit on arrive à ne pas oublier, à cicatriser […] Finalement on est obligé de l'accepter et puis de rebondir »*

6.2. Un choix d'aller de l'avant

Cette acceptation permet de pouvoir choisir et réussir à aller de l'avant : « *trop attendre, c'est ruminer, ruminer, et puis on avance plus. Et puis après, je ne sais pas, c'est peut-être comme ça que l'on finit dans la dépression […] je pense qu'il y a un moment où il faut se dire, on avance et puis…ça reste là, mais…faut passer des étapes quoi. »* (**Madame B**). Les femmes arrivent à se dire progressivement *« bon c'est raté, on recommence »* (**Madame E**)

6.3. Un apprentissage

Une fois cette acceptation effectuée, les femmes arrivent même à voir la fausse-couche comme un apprentissage. Il s'agit d'une étape qui les fait grandir et mûrir. **Madame B** explique *« c'est une expérience dans la vie. Ce n'est pas forcément une expérience agréable, c'est une étape dans sa vie. Maintenant, je sais que ça peut encore arriver, je ne dis pas que je le prendrai avec plaisir, ce sera sans doute dur à digérer mais bon je pense que ce sera encore différent. »*

Madame C : « *ça nous fait grandir aussi. On relativise… » ;* Cela fait grandir d'autant plus qu'il s'agit d'un travail intérieur sur soi : *« c'est en nous, donc le déclencheur doit venir en nous, c'est un travail à faire soi-même sur soi. […] Enfin, il y a ces deux volets : le volet je fais le travail sur moi mais où aussi à un moment donné j'ai aussi besoin d'en parler »*

Au niveau du couple, une telle épreuve partagée à deux peut permettre à celui-ci de se rapprocher, et d'avoir ainsi une plus ample connaissance de l'autre, de ses réactions dans les évènements difficiles. Pour **Madame A** et **Madame C**, la fausse-couche les ont rapprochées de leur conjoint :

Madame C : *« Une dame avait dit que les fausses-couches ça rapproche le couple ou au contraire ça les fait se quitter. Et ça j'ai retenu. Et je pense que la fausse-couche ça nous a rapprochés même si on n'avait pas eu cette histoire de cette grossesse et d'avoir un bébé, on avait l'histoire d'avoir vécu cette fausse-couche ensemble. Oui, ça nous a rapprochés et soudés, dans la douleur. »*

Madame H : *« je me suis rapprochée de mon copain en fait. On s'est solidifié encore plus »*

6.4. Anxiété et état de stress

Même si les femmes sont rétablies et ont réussi à aller de l'avant, il reste quelques séquelles de cet évènement traumatique. Ce sont des symptomatologies cliniques comme **Madame A** : *« j'ai trouvé ça dur. Tellement dur qu'en fait, j'étais très crispée, j'avais le cou bloqué ainsi que les épaules. J'ai dû faire des séances de kiné pour me détendre parce que tout était tellement noué que ça me donnait des migraines pas possible »*.

Dans son étude, Garel souligne que 66% des femmes qui ont eu des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) dans les mois suivant la fausse couche, 63% ont consulté un médecin généraliste (62% un médecin spécialiste) pour un trouble physique (fatigue) ou psychologique. 29% ont eu recours à des somnifères ou des tranquillisants (versus 11% dans la population générale). La consommation d'hypnotiques et de psychotropes est quasiment multipliée par trois après une fausse-couche selon cette même étude (18).

Tout cela est la conséquence d'un état d'anxiété et de stress persistant. **Madame B** s'en rend bien compte: *« c'est quand même moins facile d'avoir des enfants à l'âge où j'arrive qu'avant, et on se met une pression supplémentaire dans le sens où on se dit est-ce que l'on va un jour devenir maman ? Ça c'est stressant. »*

Dans la littérature, nous trouvons que des symptômes d'anxiété sont présents chez 20 à 40% des femmes (22). Après une semaine, 41% des femmes présentent une symptomatologie anxieuse importante, 32% à 12 semaines et 26% deux ans après encore (n=65) (29). D'après Broen, les scores moyens d'anxiété chez ces femmes sont plus élevés que dans la population en général et que chez les femmes enceintes (30).

D'après une étude prospective (n=113), la prévalence de l'état de stress post-traumatique est de 25% un mois après la perte et de 7% quatre mois après (31). Trois semaines après une fausse-couche, 15% des femmes remplissent les critères d'un état de stress aigu, selon le DSM-IV dont 35% d'entres elles remplissaient six des sept critères (32).

Le stress est notamment important lors de la grossesse suivante.

6.5. La grossesse suivante

La grossesse après une fausse-couche, comme nous pouvons le comprendre facilement, peut être source d'angoisse. Nous allons donc voir comment ces femmes perçoivent cette grossesse, et la vivent.

6.5.1. Quand ?

Toutes les femmes que nous avons interrogées ont eu une grossesse après. Les discours sont divergents quant à la nécessité de prendre le temps d'intégrer la fausse-couche avant de pouvoir s'investir dans une nouvelle grossesse.

Madame A dit que *« Déjà psychologiquement il faut se reconstruire et être prête pour une autre grossesse. Etre bien psychologiquement et physiquement pour que tout roule après. Il faut cette période là. »*. **Madame B** le confirme : « *il faut déjà être prête psychologiquement prête pour qu'un nouveau bébé arrive »* car *« Je ne sais pas si un bébé peut arriver si on n'a pas déjà digéré les choses. »*. La fausse couche est donc « *digérée avant que l'autre arrive »* bien qu' « *il restera toujours quelque chose mais je pense qu'il faut avoir déjà digérer »* (**Madame B**).

Néanmoins, commencer une autre grossesse permet aussi de « digérer » et est donc une aide pour pouvoir aller de l'avant.

6.5.2. Une aide pour aller de l'avant

Pour **Madame G** *: « ce n'est pas plus mal que je sois retombée enceinte tout de suite parce que ça a permis de relancer le truc, même si j'avais quand même une réticence ».*

Ce qui a aidé par exemple **Madame A**, *« je trouvais ça un peu miraculeux pour (elle), c'était que c'était à la même période, ça m'a aidée à faire le deuil. .»* Elle a vu cette grossesse *« comme un renouveau. C'est vrai qu'à partir du moment où la grossesse démarre bien on se dit que ça y est, c'est bon, on positive. »*

Une nouvelle grossesse donne un petit coup de pouce aux femmes pour pouvoir vraiment passer à autre chose et « oublier ». **Madame B** et **Madame E** le confirment : *« je pense qu'il n'y a qu'un bébé qui peut vraiment…permettre vraiment de tourner la page », « je pense que ce qui m'a permis de passer à autre chose, c'est ma grossesse d'après. »*

Cette grossesse soulage, d'une certaine manière, notamment **Madame F**: *« sa naissance a quand même fait un pansement sur une partie du reste ».*

Cette grossesse permet-elle pour autant d'oublier la fausse-couche ? Peut-on tomber dans la problématique de l'enfant de remplacement ?

6.5.3. Un oubli de la fausse-couche précédente ?

Seule une femme sur huit de notre échantillon, **Madame D**, déclare avoir oublié : *« avec le temps…j'ai eu trois grossesses et du coup la fausse-couche c'est passé. Je n'en garde pas un souvenir. […] Oui franchement ça s'oublie »*

Les autres, comme **Madame H,** n'ont pas cette réponse: *« oui, je tasse tout par-dessus, voilà. Oui, c'est pour ça que je n'oublie pas, parce que c'est là quand même. »*

Les femmes, cependant, arrivent à faire la part des choses, ce n'est *« pas comme s'il prenait la place de l'autre, mais c'était une deuxième chance »* (**Madame A**), c'est *« un autre projet. On n'a pas du tout assimilé. Ce n'est pas remplacer »* (**Madame E**).

Elles sont assez réalistes : *« le bébé qu'on a perdu, on ne l'aura jamais. Même si on fait une autre grossesse, c'est deux personnes différentes »* (**Madame C**), même si bien sûr elles peuvent parfois être amenées à lier ces deux grossesses. **Madame G** dit par exemple: *«à la naissance de ma fille, quand je l'ai vue, quelque part je me dis que peut-être ça aurait été un garçon, qu'il aurait eu une autre tête ».*

Cette grossesse-là, comme nous allons le voir, se vit différemment selon les femmes. Nous allons reprendre les particularités de celle-ci mises en avant par les femmes interrogées. Notamment, les réactions au moment de l'annonce, les anxiétés et sentiments qu'elle peut engendrer, ainsi que les précautions mises en place spécialement pour cette nouvelle grossesse par les femmes.

6.5.4. La découverte de la grossesse

La découverte de la grossesse est vécue différemment selon les femmes. Voici par exemple, deux types de réactions : **Madame A**, pour qui *« c'était la vie qui sourit de nouveau […], c'était la fête. Contente d'être de nouveau enceinte […] même si j'avais des nausées et tout, ce n'est pas grave, on relativise, ça fait partie de la grossesse et tant mieux si j'ai des nausées ça veut dire que la grossesse s'est bien déroulée. C'est vrai, si je suis malade, c'est bon signe. […] J'ai vu ça comme un nouvel élan dans la vie. »*

D'autre part **Madame H** maintient une certaine réserve: *« j'ai fait plusieurs tests.* (Trois tests en tout)*. […] Au troisième test, bon là quand même ! Et je vais vous dire, on n'a même pas sauté de joie, mon copain et moi. […] Mon copain a dit « bon maintenant il faut attendre, attendre de voir si ça tient bien ». On n'a pas ressenti la joie, c'est venu au fur et à mesure, mais il n'y a pas eu cette grosse bouffée de joie qu'il y a eu la première fois. ». « L'euphorie était moins là, j'étais contente et en même temps j'étais sur la réserve.* » explique **Madame G.**

6.5.5. Stress et peur

Cette grossesse est vécue avec beaucoup d'angoisse comme le déclare **Madame H** : *« J'avais peur. J'avais peur. J'avais peur tout le temps. Le moindre jour, la moindre heure, ce que je faisais, ce que je ne faisais pas… […] c'est vrai que les trois premiers mois j'avais l'impression d'avoir l'épée de Damoclès au-dessus de la tête, et le moindre*

faux pas que je faisais de travers… » . Le témoignage de **Madame F** est assez significatif: *« peur tous les matins d'avoir mal, peur de voir du sang sur les vêtements, peur des échographies qu'on nous annonce un problème…peur du vent, peur de la neige, peur de l'alimentation… […] Besoin d'avoir un contact. Un coup de temps en temps, je n'en demandais pas plus »*. Il y a une réelle peur en début de la grossesse, car « *il y a toujours l'inquiétude que ça ne marche pas encore* » (**Madame B**)

Puis il y a une peur constante de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, au moment des échographies, des consultations. **Madame A** : *« j'étais super stressée chez le gynéco. A chaque fois il me disait « mais détendez-vous » et je dis « non je ne peux pas, j'ai à chaque fois l'impression que vous allez m'annoncer une mauvaise nouvelle […] »*

Les femmes sont davantage sur la réserve et ne vivent pas la grossesse de la même façon du fait de ce stress et inquiétude permanents. *« Ce n'était pas du tout le même esprit. Jusqu'à la fin, jusqu'à la fin, jusqu'à qu'il soit né… […] Quand on a vécu comme ça un coup dur, on a un peu plus peur.»* déclame **Madame A**.

Madame E s'est *« sentie plus fragile, plus inquiète de (s)es grossesse. De (s)e dire que ça pouvait s'arrêter sans qu'on y puisse rien. »*

6.5.6. Attachement et investissement.

L'attachement et l'investissement dans cette grossesse sont souvent différés. Notamment parce que les femmes ont des difficultés à réaliser leurs grossesses : *« j'ai su que j'étais enceinte au mois d'août et il n'y a véritablement qu'en janvier que je me suis dis que ça y est c'est gagné, maintenant tu peux dire que tu vas être maman ! »* (**Madame B**)

La réalité de celle-ci ne peut se faire qu'ultérieurement, et est facilitée par l'échographie et la perception des mouvements fœtaux pour certaine femme. Cela fut le cas de **Madame G** : *« j'ai attendu d'avoir l'écho, de vraiment le voir sur l'écran. […] Il y a deux phases pour cette grossesse-ci : l'échographie, et après c'était le sentir bouger. J'avais besoin de ça, sentir ça, pour réellement réaliser que j'étais à nouveau enceinte »*. Pour **Madame G**, c'est plutôt « *quand le ventre a commencé à vraiment s'arrondir que j'ai réalisé et puis ce qui m'a rassurée c'est quand je me suis dis ça y est là, si ton bébé nait, c'est bon il a des chances de survivre ». C'est ça aussi, parce que je le ressentais*

bouger depuis très longtemps, je l'ai senti très tôt, mais, même ça, ça ne me suffisait pas pour savoir qu'il était là » ».

Cette période un peu ambivalente, entre joie et peur, est donc de durée variable. Elle peut être de 6 mois, comme **Madame B**, ou encore durer jusqu'à 37 semaines pour **Madame F**, mais elle est vécu surtout le temps du premier trimestre : **Madame H** : *« passé le stade des trois mois c'est comme si je soufflais, je me dis « ça y est maintenant il y a très peu de chance. [...] Les premiers mois, je n'y croyais pas vraiment. On vivait comme ça. Enfin, je faisais quand même attention parce que j'avais envie que ça marche, mais bon pas vraiment de joie et on n'en parlait pas autour de nous, on en parlait qu'entre nous. Mais il n'y a rien qui se forme non plus encore vraiment. Donc c'est venu petit à petit, une fois qu'on l'a annoncé et c'est venu au fil des échos, des rendez-vous tous les mois. Là on se dit que ça y est, c'est concret. »*

Les femmes ont du mal à se dire enceintes et à s'attacher, par peur comme l'explique **Madame C** : « *c'est au niveau de l'attachement en fait. Ça parait bizarre, mais je voulais cet enfant et qu'à la deuxième fausse-couche, une fois que j'ai su que j'étais enceinte, j'étais super contente. Dans ma tête il y avait un enfant qui allait arriver. Je me suis attachée très vite et très fort à cet enfant là qui allait devenir notre enfant. Et après à la troisième grossesse, j'ai mis du temps à me dire c'est bon je peux m'attacher à l'enfant qui arrive parce qu'on ne sait jamais ce qu'il peut se passer tout le long de la grossesse, mais c'est vrai que j'ai mis du temps à m'attacher et de me dire complètement et entièrement « je suis enceinte et je vais avoir un enfant » parce que j'avais peur de revivre cela encore ».*

Cette difficulté d'attachement et de désintéressement a donc comme départ un acte volontaire : *« j'ai mis un peu de temps en fait à vraiment m'impliquer dans la grossesse. Parce que je ne voulais pas trop m'impliquer dedans.* » (**Madame B**). Puis le temps passant, les examens, les mouvements, l'annonce à l'entourage font que les femmes se permettent d'intégrer et de « vivre » leur grossesse : *« la joie et venue petit à petit[…] Ça a été long du coup, heureusement qu'il y a neuf mois (rire) pour se préparer, parce que oui le temps, ben déjà il y a les trois premiers mois où on réalise, où on s'était bloqué je pense pour ne pas être déçu, on se préservait, et donc après la joie est venue petit à petit. Et après on a hâte que ça arrive ! Donc oui, c'est passé vite du coup neuf mois. »* (**Madame H**).

Cependant, d'autres comme **Madame D** expliquent *« (être) passée après directement à la grossesse, sans souci ».*

Les précautions prisent par les femmes, surtout en début de grossesse, montre que la réalité de la grossesse est bien perçue : il s'agit bien d'une perception inhibée volontairement afin de se préserver.

6.5.7. Des précautions.

La peur des femmes les amène à prendre de multiples précautions pendant la grossesse dans le but de soulager leurs inquiétudes et peut-être pour répondre aux sentiments de culpabilité issus de la dernière fausse-couche. Ces précautions se situent à différents niveaux et sont surtout présentes lors du premier trimestre comme l'explique **Madame C** : un *« premier trimestre qui était latent, comme si j'étais sur un petit nuage » »*

Les femmes prennent des précautions inconscientes de préservation morale peut-être, et retarder la démarche du début de grossesse. **Madame G** : *« Je pense que j'avais peur de me trop projeter et de perdre à nouveau, d'être à nouveau déçue et triste ».* Cela montre l'envie de ne pas trop s'investir et de ne pas trop se projeter rapidement. **Madame C** : *« « j'ai attendu très longtemps avant de faire les démarches à propos de cette grossesse-là parce que j'avais peur de revivre la même chose […] un peu plus et j'aurais loupé déjà mes premières visites de suivi de grossesse. J'ai vraiment attendu, facilement trois mois avant de me dire « je pars dans une démarche de suivi de grossesse » […] comme si le fait de faire des démarches trop tôt ça aurait arrêté le truc»*

Les femmes prennent beaucoup de précautions avec leur entourage et préfèrent attendre pour annoncer leur grossesse *« peur que ça me porte la poisse »* (**Madame H**). *« On a voulu attendre avant de l'annoncer. […] J'avais peur d'être arrêtée et de dire ben voyez je suis enceinte et puis que ça s'arrête. Je trouve que c'est encore plus difficile de le dire « je suis enceinte et je ne le suis plus » »* explique **Madame E**. *« j'ai attendu les trois mois réellement avant d'en parler et de me dire ça y est ! […] C'est vrai qu'on était plus sur la réserve. On l'a gardé pour nous. »* (**Madame G**)

Madame F, qui a eu cependant un schéma un peu particulier avec une mort in utéro tient ce discours : *« …à la famille à la 31ème semaine quand il était viable. Et toutes les autres personnes de notre entourage, celle que l'on trouvait un peu moins proches, aux 37-38 semaines […] je crois même qu'il y a une personne qui l'a su quand j'avais accouché. »*

Ces précautions sont présentes aussi un niveau de l'alimentation. **Madame H** : *« je lisais tout les bouquins pour la nourriture, j'avais même une application sur mon portable pour savoir semaine après semaine au moment de la grossesse : là il construit ça, il faut manger ça. Ah je suivais tout à la lettre ! »*

Le contexte de **Madame F** est certes un peu particulier, mais voici ce qu'elle nous transmet sur ses multiples précautions exagérées mais auxquelles les femmes peuvent penser et dont on doit être alerté: *« j'ai pris des précautions que je pense a posteriori peuvent paraître complètement absurdes mais que je reprendrais si je retombais encore enceinte : je n'ai pas mangé de fromage autre que du kiri pendant 9 mois, j'ai arrêté totalement le café, j'étais au café décaféiné. Je n'ai quasiment pas bu de thé. J'achetais de la viande, je la congelais au minimum 48 heures avant de la manger quelque quelle soit. J'ai beau avoir la toxoplasmose, j'épluchais tout les légumes, je les passais au vinaigre. Je peux vous assurer que je n'ai pas bu une seule goutte d'alcool et ce depuis la première piqûre de la FIV. Je n'ai pas bu ni mangé des yaourts contenant de l'aspartame. Voila, je suis allée jusque-là, pas manger de nutella… (rire) pas manger de gâteaux d'apéritif non plus. […] On perd même confiance dans les grossesses futures, ce qui fait que j'ai même été assez, je ne sais pas comment il faut le dire, préoccupée, agressive, superstitieuse pour interdire quoi que ce soit dans la maison jusqu'à un mois avant la date. C'est-à-dire qu'avec mon mari on s'est interdit de regarder les habits, quand je commençais à regarder les habits pour enfants il me faisait changer de rayon. J'ai accouché le 18 juillet et on a déménagé le 2 juin. On a rien déménagé d'enfant, rien, rien du tout. Jusqu'à 5 mois et demi, ça ne se voyait pas que j'étais enceinte. [...] Jusqu'au 2 juin à part les habits de grossesses, il n'y avait rien. Pas un bavoir, pas un biberon. Je n'ai pas acheté de revues où il y avait des bavoirs, ou des biberons, ou des cadeaux dedans… ma mère voulait acheter des fringues et des fringues, et bien elle ne les a pas achetées, j'ai refusé qu'on achète le lit, le lit parapluie, le transat… tout tout tout ! Et le 2 juin on a déménagé, et à partir du 9 juin quand on a fini de déménager, là j'ai dit « ok, là il va peut-être falloir que l'on se bouge ! ». Et c'est à partir de là, que l'on a tout fait. Voilà. On a peur jusqu'au bout. »*

6.5.8. Des regrets.

Cette difficulté à s'investir, à ressentir de la joie dès le début de la grossesse, ces nombreuses précautions, peuvent amener les femmes à regretter a posteriori. Mais cela reste ambigu, en effet, comme l'explique **Madame B**, ces précautions étaient peut-être nécessaires et se renouvelleraient si tel était le besoin: *« je regrette un petit peu de ne pas, d'avoir… en même temps je pense que c'était nécessaire… mais d'avoir mis de la distance au début de la grossesse. Je le regrette un petit peu parce que je n'en ai pas profité pleinement. »*

La fausse-couche touche directement aux fonctions féminines et maternelles. La grossesse suivante est souvent une source d'inquiétude, comme l'ont démontrées les études à ce sujet (33). L'étude qualitative de Séjourné et Al. met en avant le sentiment d'échec décrit par les femmes sur leurs capacités à être mère, à procréer. Certaines vont alors exprimer un besoin de grossesse rapidement après leur fausse-couche (34). Dollander et de Tychey (2000) mettent cependant en garde contre ces réactions, afin de ne pas tomber dans la problématique d'enfant de remplacement. Certaines femmes, comme nous l'avons vu, déclarent avoir besoin de temps pour intégrer cet événement faire leur deuil. Si certaines sont plus confiantes par rapport à une prochaine grossesse, d'autres l'appréhendent. Beaucoup se fixent donc le cap des trois premiers mois de la grossesse avant de s'autoriser à s'investir dans la grossesse et mettent en place, le temps nécessaire, de multiples précautions.

6.6. La fausse-couche et l'entourage.

Nous allons traiter dans cette partie du positionnement de l'entourage par rapport à la fausse-couche. En effet bien que celle-ci soit vécue par la femme, l'entourage ne peut être mis à l'écart. *« J'en avais juste parlé à ma meilleure amie. Je n'en ai pas parlé à ma famille. Parce que je ne voulais pas leur faire de la peine et en même temps, j'avais peur de leurs questions. C'était…à chaque fois que j'en parlais, je pleurais et donc je n'avais pas trop envie… J'avais l'impression que je n'allais pas être comprise ou qu'on allait me faire des reproches, enfin j'avais peur de ces réflexions. Peut-être que j'aurais dû en parler, je l'ai dit cet été mais sous le coup de la colère »* (**Madame A**)

Comme nous l'avons vu, l'entourage, dans un deuil, a une place bien particulière. Il permet notamment l'expression des sentiments, la confrontation à la réalité, et est souvent un soutien. Mais dans une telle situation délicate, l'entourage est-il mis au courant ? Dans quel but ? Cela est-il nécessaire et quel est son rôle ?

6.6.1. Besoin d'en parler, à qui et quand ?

Une fois que la grossesse a été annoncée, annoncer la fausse-couche est indispensable. Mais si la grossesse n'a pas été annoncée, mettre au courant l'entourage est-il nécessaire ? Souvent cela est nécessaire. Mais comme l'explique **Madame H** : « *d'un coté on n'a pas envie qu'on en parle et puis d'un autre coté, nous on a peut-être envie d'en parler* », **Madame E** appuie ses dires : *« oui on n'a pas envie de le dire en fait. Ce n'est pas une honte mais c'est que vraiment…on ne veut pas voir les autres quoi »*. L'annoncer n'est pas évident. *« C'est quelque chose quelque part que j'avais envie de garder pour moi* (**Madame G**). Car comme le dit **Madame H** : *« avec toute l'empathie qu'il dégageait, c'était pour être gentil mais du coup moi ça me faisait encore plus mal »*

Ce besoin d'en parler n'est pas forcément immédiat : « *j'en ai parlé un peu plus une fois que c'était bien digéré. C'était pour moi quelque chose qui était passé, on avait tourné la page. Mais le temps où c'était vif, j'en ai plutôt parlé à des amies qui avaient vécu ça aussi. C'est vrai que le fait d'en parler tout de suite, ça m'a fait énormément de bien. »* (**Madame E**),

L'ordre d'annonce à l'entourage ne se fait pas forcément du plus proche au plus éloigné. « *Je n'en ai pas parlé à ma famille* » dit **Madame A** et comme l'explique **Madame B,** *« j'en ai pas trop parlé à la famille en fait. Parce que la famille n'est pas forcément la mieux placée pour écouter. Dans ma famille, il n'y a pas du tout eu de fausse-couche, donc déjà il n'y a pas ce vécu-là »*.

Effectivement, nous avons pu remarquer que les femmes ont plutôt tendance à en parler à une personne qui a déjà vécu cela: « *je n'aurais pas pu en parler à un psychologue. Ce n'était pas ce qu'il me fallait. C'était parler avec quelqu'un qui avait déjà vécu ça. […] Moi j'avais besoin d'en parler à quelqu'un qui savait ce que c'était. »* (**Madame B**).

En voici les raisons :

Madame B : « *Quand on est avec quelqu'un qui l'a vécu, c'est plus facile d'en parler. Parce que même s'il n'y a pas forcément le mot, il y a le ressenti derrière […]»*

Madame G : « *c'est se retourner vers des personnes qui peuvent nous apporter des réponses concrètes.[…] Des personnes dont on savait qu'elles nous écouteraient et pas jugées[…], qui pouvaient m'apporter une réponse. […] Parce que elles n'ayant jamais eu d'enfant ni rien, elle ne pouvait pas comprendre.*

Madame A exprime son souhait d'en parler à un tiers pour les mêmes raisons : *« on préfère en parler à un tierce personne dont on sait qu'elle va rester neutre, plutôt qu'à l'entourage parce qu'on se dit : est-ce que l'on va être jugée? Et puis de toute façon ils vont en parler après enfin… qu'est ce qu'ils vont dire… »*

Madame F en a parlé à une psychologue : *« parce que ce n'était pas quelqu'un de mon entourage. Quand j'avais une angoisse un peu bizarre ou envie de dire un truc un peu bizarre, mon entourage n'avait pas forcément besoin de l'entendre…oui ça m'a aidée. Je suis tombée sur des gens qui m'ont dit : mais c'est normal que vous ayez mal, c'est normal que vous ayez envie de pleurer, faites-le. […] Parler aussi sans explication justement. Juste parler de ce que je ressentais. »*

L'annonce de la fausse-couche n'est vraiment pas évidente. D'une part elles désirent taire cet évènement et d'autre part, elles ressentent le besoin d'en parler. Cela n'est d'autant pas facile qu'il existe un certain silence autour de la fausse-couche.

6.6.2. <u>Un sujet tabou.</u>

L'ignorance, la gêne, le respect, l'incompréhension, la délicatesse, la peur de blesser, tant d'éléments peuvent être évoqués afin d'expliquer les non-dits de la fausse-couche, le silence qui se crée autour. « *Ils savent que c'est une période triste et ils ne savent pas trop comment prendre les gens je pense »* dira **Madame H**. Les femmes sont surprises d'entendre à ce moment-là tous les témoignages qui rejaillissent autour d'elle. Cela fut le cas pour **Madame C** par exemple : *« le fait d'en parler avec les femmes que je côtoie, la parole se libère et en fait il y a plein de femmes qui ont vécu une fausse-couche dans leur vie. Et ça on n'en parle pas. Ce n'est pas comme si c'était tabou, mais c'est vrai qu'on pense être seule au monde avec sa souffrance et en fait il y a bien d'autres femmes*

qui ont vécu ça […] Au niveau de la société, c'est comme si c'était souterrain. C'était les faits divers, le petit monde et à côté de ça et en dessous de ça, il y a les fausses-couches… ». Il y a une certaine non-reconnaissance de la fausse-couche au niveau de la société.

Le tabou rend difficile le vécu, car ne libère pas la parole et le partage de cet évènement, alors que l'entourage est important dans un deuil : il permet l'expression de sa souffrance, de son deuil et est un soutien pour aller de l'avant. Voici pourquoi les femmes font un tri dans leur entourage, elle recherche avant tout une compréhension.

6.6.3. Une incompréhension et un jugement.

Les réactions de l'entourage sont parfois mal vécues, avec parfois des paroles blessantes. *«On a toujours tous un tas de commentaire que l'on a pas envie forcément d'entendre. […] C'est personnel, c'est intime presque. »* confie **Madame E**. **Madame A** s'exprime : « *des fois on me disait « ce n'est pas grave, vous avec déjà deux enfants », ça ne me consolait pas. Oui genre vous en avez déjà deux à la maison, c'est bizarre la réflexion des fois des gens».* Voici en exemple l'expérience de **Madame B** *« vous en ferez un autre », ça c'est le genre de chose qu'on ne veut pas entendre quand on vient de perdre un « futur » bébé ».* **Madame G** nous précise : *« un manque de reconnaissance […] des surtout « c'est pas grave ». Oui certes ce n'est pas grave, mais pour nous sur le coup c'est grave. D'avoir perdu un bébé, ça reste quelque chose de douloureux. « Tu vas pouvoir retomber enceinte »…il y a aussi la façon dont c'est dit »*

Il existe donc un certain « tri » de l'entourage. « *On sait qu'il y a des réactions qui vont nous faire plus…peut-être culpabiliser… »* Expliquera **Madame G.** Les femmes ont peur de ne pas se faire comprendre et même de se faire juger.

Madame B : *« je pense que si on ne l'a pas vécu, on ne peut pas vraiment comprendre. On peut comprendre certaines choses mais on ne peut pas le ressentir. Et on ne peut pas se mettre à la place de la personne. […] Quand on est à l'extérieur de ça, je ne pense pas que ce soit facile de réellement trouver des mots ».*

Madame A : *« J'avais peur de leurs réflexions, oui de leur manque de compréhension ».*

Madame E *: « Je suis infirmière, et je l'ai vu à l'école, mais quand on le vit c'est complètement autre chose. Quand on voit quelqu'un qui le vit, c'est différent. Je ne pensais*

pas que ça pouvait perturber autant. […] Les gens n'ont pas compris. Ma meilleure amie a exactement mon âge, elle n'a pas d'enfant, elle est célibataire, c'est une des seules qui m'a appelée et qui m'a dit « je suis là, je comprends, je ne peux pas savoir mais je comprends. […] Je ne le disais pas à l'entourage parce que je n'avais pas envie de voir dans les regards des autres ou dans leurs paroles comme quelque chose de bénin ».

Madame C : *« c'est comme si on sentait un jugement de la personne alors qu'on n'est pas là pour ça ».*

L'entourage, même présent, ne peut vivre cette situation et ne peut la comprendre. Ce qui peut accentuer le sentiment de solitude ressentie. Mais comme les femmes nous l'ont exprimé c'est aussi quelque chose qui se ressent et qui se vit dons son corps. Il existe donc encore ici une certaine ambiguïté. L'entourage est-il apte à répondre à leurs questions et les aider alors qu'il s'agit d'un travail à faire seule sur un vécu intime et propre à chacun?

6.6.4. Une aide.

Malgré tout, les femmes ont conscience que l'entourage est une aide et un soutien. Cela peut-être de la part des enfants comme pour **Madame A :** *« ayant mes deux grandes, elles m'ont aidée à remonter plus vite, parce qu'il faut. ».* Ou encore d'une collègue de travail. **Madame C** raconte : *« j'ai eu le soutien d'une de mes collègues qui avaient vécu ça aussi. C'est vrai que le fait de lui en parler, on voyait bien dans ses yeux qu'elle était passée par là. C'est une douleur… »*

Cela « *a permis aussi d'évacuer tout ce stress que j'avais. Et le fait de pouvoir en parler à des gens qui ont connu ça, ça permet aussi de se faire une carapace par rapport aux gens qui ne pourraient pas comprendre »* pour **Madame B**.

L'aide peut-être présente à tout niveau d'entourage. **Madame G** a trouvé ainsi du réconfort auprès de sa maman, de son conjoint, de la sage-femme libérale qui la suivait, son médecin. Cette aide est présente généralement par l'écoute et l'attention.

6.6.5. Une écoute rassurante.

Les femmes ont besoin d'une écoute rassurante, empathique: *« ça soulage d'en parler. De se dire qu'on n'est pas la seule, que finalement il n'y a pas spécialement plus de raison que pour que la prochaine fois ça ne marche pas »* (**Madame B**). **Madame G** insistera beaucoup sur cette écoute : *« L'écoute, déjà. Qu'on ne nous dise pas ce n'est pas grave… déjà qu'on nous laisse nous exprimer, dire ce que l'on ressent. Je pense que c'est déjà beaucoup, laisser parler je crois. Nous écouter. »*

Madame E dit quant à elle que *« cela aurait été plus sympa avec une sage-femme. Parce que le contact est complètement différent, on a beaucoup plus l'impression d'être compris. […] Elles écoutent plus ce genre de chose et elles sont plus à dire « c'est vrai que ce n'est pas facile ». C'est tout ce qu'on a envie d'entendre parce que de prendre un traitement qui de toute façon ne va pas marcher… c'est plus ça, j'aurais plus aimé que l'on me dise « on comprend » […] on n'a pas envie de justifier, d'expliquer »*

Elles ont juste besoin de sentir qu'elles sont comprises ce qui permettra alors d'exprimer ouvertement leur ressenti comme l'explique **Madame C** : *« le fait de prendre un temps avec une copine qui a vécu ça, où elle voit que ça ne va pas, que ça fait encore mal, et bien il n'y a pas besoin de discuter en fait. C'est juste le fait d'être là, ensemble, et de savoir que l'autre a vécu la même chose ; et dans tous les cas ça fait mal. […] Et que s'il faut pleurer, il faut que ça sorte.*

6.6.6. Sentiments éprouvés à leurs égards.

La présence de l'entourage génère beaucoup d'émotions pour les femmes. Elles ne sont pas à l'aise. Il y a un mélange de honte, de tristesse et de peur.

- Honte.

Rejetée par la société comme souffrance, la fausse-couche peut couvrir une femme de honte : *« Je ne sais pas si à un moment donné je n'ai pas eu honte de faire une fausse-couche »* (**Madame C**) et honte d'en faire toute une histoire, chose qui n'est pas admise dans la société: *« par moment un peu honte de ressasser tout ça et de se dire : pourquoi tu y penses encore, pourquoi, pourquoi, je suis dans une optique d'avancer et pourquoi ça me retire encore en arrière ? »* (**Madame F**).

- Tristesse.

La présence de l'entourage permet d'exprimer leur chagrin : *« à chaque fois que j'en parlais, je pleurais »* (**Madame A**). Cela est nécessaire dans le processus de deuil, mais n'est pas forcément voulu et compris par les femmes. Elles ne veulent pas de pitié : *« en fait ils n'osent pas trop en parler, donc ils ont un regard triste, de chien battu, de pitié un peu.»* (**Madame H**).

- Peur.

La peur des réactions de l'entourage peut aussi empêcher les femmes de se confier : *« j'avais peur de leurs questions »* dit **Madame A** et **Madame H** explique avoir eu *« peur du regard des autres. Qu'est ce qu'ils regardent ? Qu'est ce qu'ils pensent ? Donc je préfère ne pas en parler. »*

- Une envie de préserver les autres.

Il peut être délicat de parler de la fausse-couche, d'un évènement aussi intime, et cela peut mettre alors les personnes alentours mal à l'aise. Ne pas leur partager ce deuil les protège ainsi d'une situation délicate et d'une forme de gène. Les femmes ont envie de les préserver de ce deuil: *« je ne voulais pas leur faire de la peine »* exprime **Madame A**. **Madame F** : *« on a l'amour de ses proches mais pas envie tout le temps de leur donner ces angoisses, pas envie de leur en parler à chaque fois, pas envie de les saouler, avoir peur de les embêter à chaque fois avec ça ».*

Séjourné, dans son étude, met en avant les difficultés de la femme face aux réactions de l'entourage quand celui-ci était informé de la grossesse. Certaines vont apprécier le soutien et le réconfort offerts, d'autres acceptent difficilement les maladresses parfois effectuées. Ce qui est apparemment le plus difficile, c'est la relation avec des femmes enceintes ou des bébés. **Madame F** avoue d'ailleurs *« pleurer à chaque fois qu'une amie [lui] annonçait une grossesse. A la fois par le vide qu' [elle] ressentait en elle, et par la peur qu'ils vivent ce qu' [elle] a vécu ».* Dans ces situations, des sentiments involontaires peuvent faire surface : chagrin, colère, jalousie. La difficulté pour les femmes réside aussi sur la nécessité et la manière d'en parler à leurs enfants (34). La place du conjoint est par ailleurs difficile.

6.6.7. La fausse-couche et le conjoint.

La grossesse et le projet d'enfant sont partagés entre deux personnes. Leur interruption touche donc le couple dans son ensemble. C'est un évènement et une déception qui se vit à deux. Comme le dit **Madame B** : *« Une fausse-couche, c'est quelque chose que l'on vit à deux. On ne parle pas souvent des pères, mais pour eux ce n'est pas facile à gérer non plus »*

6.6.7.1. Une déception partagée.

La tristesse est partagée par le conjoint : *« Triste. Triste et très inquiet pour moi, aussi bien physiquement que psychologiquement. »* (**Madame F**), *« ça a été dur pour lui aussi […] On a tous les deux était très peinés »* se souvient **Madame C**), *« lui il était triste aussi. Il a pleuré. […] Oui, ça l'a touché beaucoup aussi je pense»* (**Madame H**)

D'après ce que disent les femmes, les hommes expriment moins leur tristesse et la surmontent plus vite. **Madame G** nous explique cela: *« j'ai été surprise qu'il me propose de rentrer, parce que justement il ne montre pas réellement ses sentiments donc là je sais qu'il a été touché par cela. […] Il est quelqu'un qui intériorise beaucoup, donc c'est difficile de savoir vraiment, réellement ce qu'il pense. Le soir il n'était pas bien, déçu aussi, mais pour lui c'était plus difficile d'en parler aussi. Cela s'est vu qu'il a été touché mais voilà, ça a duré le temps de la journée, le lendemain, et après c'était oublié ».* **Madame H** appuie ce discours : *« lui, ça arrive comme ça, on se relève et on repart, même si c'est dur… du coup je pense qu'il est remonté plus vite que moi. Mais du coup il me soutenait, il me tirait vers le haut»*

6.6.7.2. Un soutien.

La plupart soulignent la présence nécessaire et l'aide de leur conjoint dans cet événement.

En effet, **Madame H** explique : *« mon copain me soutenait beaucoup quand même. On ne faisait qu'un, on faisait vraiment bloc puisqu'on était tous les deux dans la peine. On s'est soutenu. »* Même si son conjoint n'exprime pas vraiment ses sentiments, même s'il a réussi à rebondir plus vite, sa présence a été bénéfique pour elle. Cela est dans la nature de

l'homme, comme elle nous explique : « *je pense que c'est parce que c'est un homme aussi. L'homme doit montrer, il est un peu comme ça aussi, la fierté, les hommes ne doivent pas pleurer, ils doivent être forts, ils doivent soutenir la femme et tout, il est assez comme ça donc je pense qu'il ne le montre pas trop.»* Mais cela peut-être source d'incompréhension. Ce soutien peut déstabiliser les femmes : elles sont dans l'incapacité d'aller de l'avant parce qu'elles se sentent « *détruites* », elles pensent que si leur conjoint peut le faire, c'est qu'il ne souffre pas et qu'il ne comprend pas l'ampleur de la perte car il s'inquiète plus pour elles. **Madame G,** entre autres, a ressenti cela: *« mon conjoint aussi a été un bon soutien […] Il s'est plus inquiété pour moi. […] Il m'a proposé de rentrer à la maison pour être avec moi. Mais c'était plus pour me soutenir, pour être avec moi à ce moment là. […]Bon après pour lui c'est différent. Ce n'est pas lui qui a vécu, ce n'est pas lui qui a perdu en fait ».*

6.6.7.3. Une position difficile.

Le papa vit lui aussi une perte de projet. La douleur est donc présente. Mais le fait de ne pas vivre la fausse-couche dans son corps peut le déstabiliser : cela est moins concret, comme la grossesse en elle-même est souvent moins concrète pour eux avant la naissance. Il est difficile pour eux de se positionner. **Madame C** explique cela ainsi *: « je pense que c'est comme à l'accouchement. Le conjoint est à coté, il voit que sa femme a super mal, il ne peut rien faire. »* Cela rejoint les paroles de **Madame E** : « *il a eu du mal à se positionner. […] La grossesse c'est très féminin. Vous avez rendez-vous chez un médecin, c'est vous qui avez rendez-vous, ce n'est pas vous et votre mari, ce n'est pas la famille… on n'inclut pas souvent le mari. On porte beaucoup sur soi en tant que femme. La fausse-couche c'est pareil, l'échec est beaucoup sur soi et pas sur la famille, le couple.»*

D'après **Madame A** la situation du papa serait plus facile : *« déçu aussi et puis je pense que c'était plus facile pour lui parce que bon il n'y a pas le ressenti […] Il était tendu […], tout le corps est tendu mais bon il s'est remis beaucoup plus rapidement que moi. (silence) C'est plus compliqué pour la femme parce que bon on remet tout en question ».*

Mais, pour **Madame B**, cela n'est pas forcément plus facile : «*je crois que ce n'est pas facile pour lui. Ce n'est pas facile parce qu'il a lui-même des propres sentiments par rapport à ça, parce que même si les hommes ont peut-être un sentiment de paternité pour*

la première fois beaucoup plus tard que les femmes, ils savent quand même qu'il y a quelque chose. Donc eux aussi se projettent quelque part. Donc pour eux ce n'est pas facile parce qu'ils perdent aussi une vie même s'ils ne le ressentent pas dans leurs corps, mais ce n'est pas facile parce qu'ils ne peuvent pas vraiment l'exprimer. Nous on en souffre, c'est difficile et ils ne vont pas montrer que eux ça leur fait du mal. […] Plus facile ? Non je ne pense pas que ce soit plus facile, mais c'est vrai qu'au début, pour eux, ce n'est pas facile. Ils ne peuvent pas dire. Ils ne peuvent pas dire que ça leur fait du mal, ils ne peuvent pas dire que… […] Je pense qu'il y a des conjoints qui le prennent très mal aussi. […] Souvent on les oublie. Alors que eux ça leur ferait du bien de parler aussi.»

L'intériorisation masculine de la douleur et les différences de réactions peuvent être vécues difficilement et être source d'incompréhensions dans le couple. Cela est décrit aussi par Swanson qui ajoute des sentiments d'agressivité et de culpabilité projetés sur l'autre (35). Dans l'étude De Stirtzinger, trois mois après la fausse-couche, 16.5% des femmes ont des difficultés avec leur conjoint et 28.9 % avec leur famille. Respectivement 8.4% et 19.1% un après (20). Dans la liste des problèmes évoqués par Wallesterd et Higginss, contribuant à l'éloignement des couples, il est mis en avant le lien entre la perte de l'enfant et la tristesse engendrant cet évènement, mais aussi les réactions différentes par leurs durées et intensité et la manière d'y faire face. Un attachement qui est différent, et un partage du chagrin qui n'est pas systématique peuvent alors engendrer des difficultés conjugales.

Bien que ce soit les femmes qui vivent la perte dans leurs corps, la fausse-couche touche un couple, une famille et, plus largement, tout l'entourage. Cette fausse-couche ne laisse pas indemne les femmes.

6.7. Projections futures et fragilité

Les femmes se sentent vulnérables, « *oui on est fragile, oui (silence)* » (**Madame E**) Elles n'oublient pas cet évènement qui fait partie de leur histoire *« je ne pense pas qu'on oublie. Je pense que ça reste, tout comme la grossesse et l'accouchement. C'est ce qui reste à jamais gravé en une femme donc je ne vois pas pourquoi la fausse-couche n'est pas gardée au même titre. Peut-être en un peu moins fort quand même, mais voilà ça fait partie du truc quoi ».* (**Madame G**). **Madame C** appuie cette idée : *« c'est comme*

l'accouchement on ne peut pas oublier. […] Le gros de la douleur, on ne pourra jamais l'oublier. […] Peut-être dans quelques années j'aurai balayé tout ça ? »

L'anniversaire de la fausse-couche peut faire ressurgir ce souvenir : **Madame C** : *« en avril dernier ça faisait un an que j'avais fait une fausse-couche et j'y ai pensé. Oui j'ai eu une semaine où je n'étais pas bien. Comme si, je ne sais pas, comme si je disais adieu définitivement au premier bébé que j'aurais pu avoir »* **Madame F** : *« après j'avoue que je n'y pense pas tous les jours non plus. J'ai un pincement au cœur le 15 août mais je dirais vraiment un pincement au cœur, comme ça. »*

Les femmes ont conscience de cette fragilité et ont peur que le souvenir ressurgisse à un moment donné. Comme **Madame G,** qui explique que *« le jour où on m'annoncera que je serai grand-mère, je pense que l'on se reprojette nous-mêmes les étapes par lesquelles on est passé et donc je pense que oui ça ressortira ».* Voici le discours de **Madame A** à ce sujet : *« j'ai un peu peur, c'est que maintenant je vis avec ça, ça fait partie de mon histoire et puis voilà. Mais j'ai un peu peur que ça ressorte à un moment ou un autre et que ça me fasse déprimer ou un quelque chose comme ça. –on se sent plus fragile ?- oui ben c'est clair. C'est clair. (Silence). […] Il suffit d'un moment un peu faible, fatiguée…je pense, j'ai peur que ça me fasse ça plus tard quand tout le monde sera parti de la maison et que je vais me retrouver à cogiter là, et puis je vais faire le point : est-ce que j'ai été une bonne mère et tout».*

Madame C a conscience que si *« dans quelques années il y a besoin de revenir sur cette page là, je pense que je le ferai puisque je le fais aujourd'hui avec vous »*

Face à ces difficultés, il est nécessaire de pouvoir proposer une prise en charge à ces femmes. Voici quelques propositions de prise en charge émises par les femmes : ce qu'il serait bon de faire ou d'éviter.

7. Propositions

Notre vision éclairée sur cette détresse des femmes nous montre l'importance de proposer un soutien et nous amène à se poser des questions sur la prise en charge que l'on pourrait apporter à ces patientes dans le but de les aider à intégrer cet événement. Les études effectuées à ce propos ne sont pas toujours concluantes sur leur véritable efficacité.

Plusieurs études démontrent l'importance de la prise en charge précoce. Séjourné et Al. ont effectué une étude sur « l'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse-couche (36). Une comparaison entre deux groupes de femmes a été effectuée : un entretien précoce à quinze jours, ou un entretien à 3 mois. Les résultats montrent qu'à trois semaines après leurs fausses-couches, environ 30% des femmes (groupe confondu) souhaitaient un soutien, 86% des femmes ayant eu cet entretien l'ont estimé utile (20% d'entres-elles le trouvaient insuffisant). La comparaison montre que cette prise en charge précoce est bénéfique notamment sur l'état d'anxiété et de stress post-traumatique du fait de l'accompagnement permettant de mieux faire face à l'événement mais ne montre pas de différence au niveau des mesures de dépression et de chagrin. Les différences s'effacent dans le temps, à 10 semaines et six mois, les résultats ne sont plus significatifs, on souligne juste une proportion plus importante de femmes présentant une symptomatologie dépressive à 10 semaines dans le groupe ayant eu un entretien différé. L'étude de Lee et Al, retrouve des résultats similaires sur l'importance de la prise en charge précoce (37) ainsi que l'étude de Swanson au niveau des troubles émotionnels, de dépression et de colère (38).

D'autres parts les premiers résultats d'un soutien téléphonique sont plutôt prometteurs (n=17) (39).

Des actions sont mises en place par les établissements de santé. Par exemple, le Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale a édité une brochure Vous accompagner lors d'un deuil périnatal, mise à jour en 2011 (40). Facile d'accès par les parents, il serait maintenant intéressant d'évaluer son impact : son utilisation et son efficacité, notamment sur les propositions des lieux d'accueil, sur les sites d'informations et de témoignages, ainsi que les permanences téléphoniques proposés.

Conclusion

Au terme de ce travail, nous pouvons dire que l'arrêt d'une grossesse provoqué par la fausse-couche est un événement douloureux pour une femme, même vécu dans les premiers mois. Il vient contrecarrer les désirs et les planifications du couple. Cette perte de projet de vie est vécue physiquement par les femmes, mais surtout il met fin aux nombreuses projections des futurs parents. Un deuil s'installe : une phase de choc émotionnelle précède une phase de dépression, dont il suit un rétablissement progressif.

Cependant, cette situation est inhabituelle : entre le deuil d'une « chose » physique de ou celui de représentations, déterminer de quel coté penche la balance est difficile pour les femmes. En effet, effectuer le deuil d'un « rien » est ardu, le deuil de projections n'est pas compris, notamment par la société. Le caractère inattendu de l'évènement, l'absence de personne à enterrer et de cérémonie, de souvenir et de recueillement, rendent le deuil plus complexe. Les femmes se retrouvent alors dans un entre-deux qu'elles ont du mal à définir. Entre les émotions et les ressentis intérieur, il peut y avoir un décalage avec ce que la société nous permet de transmettre et de vivre.
Pourtant, ce passage est nécessaire : pour pouvoir aller de l'avant, les femmes ont besoin d'exprimer leurs souffrances et que celles-ci soit reconnues. La reconnaissance du deuil permet de surmonter les sentiments de culpabilité et de solitude. Bien qu'elles soient conscientes du risque de buter contre l'incompréhension de leurs proches et qu'il s'agit d'un parcours à effectuer seule, l'entourage des femmes est important.

Par ailleurs, cet évènement « de femme » fait partie de leur histoire et elles ne l'oublient pas. Certaines spécifient même que ce deuil est plus intense que dans d'autres situations. De plus, les répercussions sur la grossesse suivante peuvent être importantes. Cependant, il ne faut pas généraliser, et chacune a un vécu différent selon ses antécédents et ses différentes expériences, face à la mort notamment. Notre étude ne permet pas de rendre compte de toutes les situations.

Du point de vue médical, il apparaît donc important de reconnaître la douleur physique et psychique des femmes. Sensibilisés par les réactions de la femme suite à une fausse-couche, ses questionnements, ses sentiments, mais aussi par la présence d'un processus de deuil ambigüe, notre prise en charge doit être adaptée. Face à une telle situation nous pouvons être désarmés : il faut porter l'attention sur le moment de l'annonce de la fausse-couche, mais aussi être à l'écoute lorsque les souvenirs font à nouveau surface.

REFERENCES

1. Blohm F, Fridén B, Milsom I. A prospective longitudinal population-based study of clinical miscarriage in an urban Swedish population. International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007; 115: p176-183.

2. Hanus M. Les deuils dans la vie. Deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant. Paris: Maloine, 1998, 382 p.

3. Lejeune V. Fausses-couches spontanées répétées : bilan étiologique et prise en charge des grossesses ultérieures. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010; 39: F11-F16.

4. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des foetus. 19 juin 2009.

5. Garel M, Legrand H. L'attente et la perte du bébé à naître. Paris: Albin Michel, 2005, 250p.

6. Ogasawara M, Aoki K, Okada S et Al. Embryonic karyotype of abortuse in relation to the n umber of previous miscarriages. Fertility and sterility. 2000; 73(2): 300-304.

7. Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie.

8. Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille.

9. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil.

10. Arrêté du 20 août 2008 modifiant l'arrêté du 1er juin 2006 fixant le modèle de livret de famille.

11. Formulaire Cerfa n° 13773*01.

12. Manaouil C, Decourcelle M, Gignon M, Chatelain D, Jardé O. Décès périnatal : réglementation actuelle, inscription à l'état civil et devenir du corps. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. mai 2009; 37(5): 381‑388.

13. Hirsch E. Face aux fins de vie et à la mort. Ethique et pratiques professionelles au coeur du débat. Espace éthique. Paris: Vuibert, 2004. 304p.

14. Bowlby J. Attachement et perte: tome 1 l'attachement. 5ème édition. Paris: PUF, le fil rouge, 2002, 544p.

15. Le Grand-Sébille C. Évolution des rites et des pratiques. Etudes sur la mort. 2007: 131(1), 135p.

16. Delaisi de Parseval G. Les deuils perinataux. Http://lisanotreange.chez-alice.fr/genevieve.htm, consulté le 11 décembre 2012.

17. Soubieux MJ. Le deuil périnatal. Http://www.yapaka.be/files/publication/TA-Deuil_Perinatal_WEB.pdf, consulté le 11 décembre 2012.

18. Garel M, Blondel B, Lelong N et Al. Reactions dépressives après une fausse-couche. Le carnet/Psy. 1997; 23, p20-22.

19. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Avortement spontané et culpabilité : une étude qualitative. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Sept 2011; 40(5): 430‑436.

20. Stirtzinger RM, Robinson GE, Stewart DE et Al. Parameters of grieving in spontaneous abortion. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 1999; 29(2): 235‑249.

21. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. La Revue Sage-Femme. Déc 2008; 7(6): 295‑300.

22. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. Primary Care Update for OB/GYNS. Mars 2000; 7(2): 64‑69.

23. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Avril 2007; 21(2): 229‑247.

24. Conway K, Russell G. Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. British Journal of Medical Psychology. 2000; 73(4): 531‑545.

25. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, et Al. depessive symptoms in women in the six months after miscarriage. Février 1997; 227(5), 383-388.

26. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. Journal of Affective Disorders. Juillet 2000; 59(1): 13‑21.

27. American medical association. The journal of the American Medical Association. Chicago: 1960.

28. Maker C, Ogden J. The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbity. Psychology and Health. Juin 2003, 18(3), 403–415.

29. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. British Journal of Medical Psychology. Déc 1993; 66(4): 363‑372.

30. Broen AN, Moum T, Bödtker AS et Al. Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2006; 85(3): 317‑323.

31. Engelhard IM, Hout VD, A M, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. General Hospital Psychiatry. Mars 2001; 23(2): 62‑66.

32. Walker TM, Davidson KM. A preliminary investigation of psychological distress following surgical management of early pregnancy loss detected at initial ultrasound scanning: A trauma perspective. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2001; 19(1): 7‑16.

33. Coté-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of Perinatal Loss on the Subsequent Pregnancy and Self: Women's Experiences. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 1999; 28(3): 274‑82.

34. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. Devenir. 2009; 21(3): 143.

35. Swanson KM, Karmali ZA, Powell SH et Al. Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. Psychosomatic Medicine. Octobre 2003; 65(5): 902‑910.

36. 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. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Septembre 2011; 40(5): 437‑443.

37. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. British Journal of Medical Psychology. 1996; 69(1): 47‑58.

38. Swanson, Kristen M. Effects of Caring, Measurement, and Time on Miscarriage Impact and women's well-Being. Nursing Research. 1999; 48(6), 288-298.

39. Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K et Al. Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. Depression and Anxiety. 2007; 24(3): 219‑22.

40. Réseau de périnatalité de Bretagne Occidentale. Vous accompagner Lors d'un deuil périnatal. 2011.

ANNEXE I

Grille d'entretien

- Quelle a été votre réaction lors de l'annonce de la fausse-couche ?
- Comment vous êtes-vous sentie physiquement dans les temps suivant la fausse-couche ?
- Et moralement ?
- Comment vous sentez-vous maintenant ?
- Que représente pour vous cette perte ? Et quels sont vos sentiments à son égard ?
- Qu'avez-vous trouvé de difficile dans cette situation ?
- En avez-vous parlez ? Avec qui ? En parlez-vous encore ?
- Sur le moment qu'auriez vous souhaité ou quelles ont été vos attentes (répondues ou non répondues) par rapport au monde médical ?
- Avez-vous eu l'envie de chercher du soutien à un moment donné auprès d'un médecin, d'un psychologue, ou d'une association… ?

ANNEXE II

Etat de stress aigu, (Extraits du DSM IV). (39) Critères diagnostiques :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
   - le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
   - la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
   - un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;
   - une réduction de la conscience de son environnement (ex. " être dans le brouillard") ;
   - une impression de déréalisation ;
   - de dépersonnalisation ;
   - une amnésie dissociative (ex. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).

C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes: images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.

D. Evitement persistant des stimulis qui éveillent la mémoire du traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (ex. difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

RESUME

Objectif : Cette étude a pour objectif de vérifier l'hypothèse selon laquelle vivre une fausse-couche mène à une véritable situation de deuil périnatal. Elle a pour but de mettre en lumière la particularité de cette situation, en se penchant sur ces femmes, leurs vécus, leurs réactions et interprétations, leurs sentiments et leurs attentes par rapport à cet événement passé.

Matériel et méthode : Etude qualitative menée par le biais d'entretiens anonymes, semi-directifs, avec huit patientes. Ils ont été effectués suite à une consultation gynécologique dans des cabinets libéraux de sages-femmes.

Résultats : La plupart des femmes présentent les caractéristiques d'un deuil après cet arrêt de grossesse. C'est le deuil d'une perte physique mais aussi le deuil d'un projet et de représentations. Le définir est difficile : les femmes se retrouvent ainsi dans un « entre-deux ». Ce deuil est alors difficile car particulier et inhabituel.

Conclusion : Il est important d'être sensibilisé à ces difficultés pour pouvoir accompagner les femmes après l'interruption précoce de leur grossesse. L'objectif est de faciliter le travail de deuil, ainsi que l'intégration de cette grossesse dans leurs vies de femmes.

Mots-clés : Fausse-couche, avortement spontané, deuil, vécu, psychologie.

Titre : Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes : la fausse-couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ?

Auteur : Charlotte de Farcy de Pontfarcy

Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2013