



HAL
open science

Hyperémèse gravidique : vécu des conditions d'hospitalisation

Anne-Sylvie Charles

► **To cite this version:**

Anne-Sylvie Charles. Hyperémèse gravidique : vécu des conditions d'hospitalisation. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01484780

HAL Id: dumas-01484780

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01484780v1>

Submitted on 7 Mar 2017

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.

Académie de Paris 6

Université Pierre et Marie Curie - Faculté de médecine

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Hyperémèse Gravidique

Vécu des conditions d'hospitalisation

Directeur de mémoire : Dr Guillaume Ducarme

AnneSylvie Charles, née le 08 décembre 1973 à Orléans

Nationalité française

Année universitaire 2015 – 2016

Académie de Paris 6

Université Pierre et Marie Curie - Faculté de médecine

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Hyperémèse Gravidique

Vécu des conditions d'hospitalisation

Directeur de mémoire : Dr Guillaume Ducarme

AnneSylvie Charles, née le 08 décembre 1973 à Orléans

Nationalité française

Année universitaire 2015 – 2016

Préambule

C'est la dernière chambre au fond du couloir. Elle est sombre, une odeur âcre y règne, la patiente, la « vomisseuse » tourne le dos à la porte, repliée sur son haricot, elle est mise « en isolement ». C'est au cours d'un stage que je découvre la forme sévère de ces « petits maux de la grossesse », mettant en jeu la santé de la femme. J'observe l'impuissance des soignants face à ces symptômes qui résistent aux traitements, et le mal être que créent ces femmes si éloignées de l'image attendue de la femme enceinte épanouie.

Interpellée, je m'intéresse à cette pathologie, découvre que la physiopathologie est encore peu comprise, que l'isolement est effectivement inscrit dans certains protocoles. Mes recherches m'amènent à deux femmes : Charlotte Brontë et Kate Middleton.

En 1855, à l'âge de 39 ans, quelques mois après son mariage, Charlotte Brontë, décède. La cause de son décès fait débat : tuberculose ou hyperémèse gravidique. Cette maladie est soit niée, soit associée à une cause psychologique qui classe ces femmes dans la catégorie des hystériques (Lucy Dooley en 1920 qualifie la personnalité de Charlotte Brontë de névrosée et immature).

2014, Kate Middleton est affectée par une « Hyperemesis Gravidarum ». Les articles français lui donnent un statut de femme enceinte et la présentent comme une « vraie » malade, souffrant d'une maladie au nom latin et « prise en charge médicalement »... Il est intéressant d'observer qu'un des articles commence par évoquer « la joie d'être enceinte » et se termine en insistant sur « le bonheur d'être parent ». Ce parallèle montre toute la dualité autour de la reconnaissance, l'interprétation et l'accompagnement de ces symptômes. La cause catégorisée « biologique ou psychologique » est sujette à controverse et semble liée au regard posé sur la femme et la grossesse. Les articles, majoritairement anglais, traitent des causes, des conséquences, de l'impact sur la qualité de vie. Peu d'articles partent des femmes elles-mêmes, de leur détresse, de leurs besoins. L'isolement n'a fait l'objet d'aucune étude.

C'est l'ensemble de ces constats, le lien étroit entre ces symptômes, le corps et l'état de grossesse, et surtout l'absence d'étude sur les conditions d'hospitalisation qui va motiver mon projet de travailler sur cette forme sévère de vomissements. Mon souhait est de partir d'elles et de m'intéresser au vécu que ces femmes ont de la période d'hospitalisation.

Remerciements

Je souhaite remercier le Dr Ducarme, directeur de ce mémoire, pour son aide et sa disponibilité. Merci pour vos encouragements, la rapidité de vos réponses et aussi l'autonomie que vous m'avez laissée.

Je souhaite remercier Magalie Auclair, psychologue au sein du CHRO pour m'avoir proposé ce sujet qui m'a passionnée. Merci pour ta disponibilité et le plaisir pris à travailler ensemble.

Merci à mon compagnon Antoine de m'avoir accompagnée dans cette entreprise un peu folle que celle de m'engager à 40 ans dans le métier de sage-femme. Merci à mes 3 enfants : à Lucile de m'avoir soutenue discrètement et tranquillement, à Léon d'avoir un jour dit "Quand je serai grand, je serai pompier ou sage-femme" avec des étincelles dans les yeux à l'image de celles que je pouvais avoir au retour de mes plus belles gardes, à Robin pour ces réveils matinaux, petits déjeuners pris ensemble instants volés à un rythme effréné.

Je souhaite également remercier Julie Mansion danseuse, formatrice. Merci pour ton accompagnement, ta disponibilité et ta pertinence. Merci de m'avoir fait danser la liberté par le corps et de m'avoir transmis que notre responsabilité est d'être authentiques et pleinement à notre place.

Merci aussi à Anne Jomin et Anne Dubreil pour leur accompagnement.

Merci à Elisabeth, sage femme. Merci pour ces premières nuits blanches consacrées à l'obstétrique, à la naissance. Ces instants sont restés précieux, un "autre possible" existe, il m'a aidée à traverser certaines gardes.

Une pensée à Séverine, amie de longue date, merci pour ta bienveillance, ta fidélité et aussi merci pour m'avoir offert "Au monde" de Chantal Birman, il y a quelques années...

Merci à Alicia, Angéline, Clotilde, Elodie, Emmanuelle, Isabelle G, Isabelle D, Italia, Marie-Paule, Muriel, Nadine, Richard pour votre amitié.

Merci à mes parents. Papa je me souviens de tes mots quelques jours après avoir su que mon dossier était retenu : "Maintenant notre famille aura une femme sage en son sein".

Merci à mes beaux-parents d'avoir plusieurs fois par an traversé la France pour venir en renfort de notre organisation familiale.

Merci à chacune des étudiantes de la promotion de l'école. Merci à pour votre accueil, votre compréhension. Et bien sûr un grand, grand merci à Cécile et Julie pour votre aide, votre soutien dès le 1^{er} jour, pour vos réponses à mes appels tardifs veilles de partiels qui vous replongeaient dans votre P1 !

Je souhaite remercier l'ensemble des enseignantes de l'école ainsi que la directrice. Merci de m'avoir accueillie, formée et soutenue.

Merci à toutes les sages-femmes rencontrées en stage, pour avoir posé vos mains sur les miennes, pour m'avoir transmis votre savoir-faire, votre pratique.

Merci aux femmes accompagnées de m'avoir permis d'apprendre, les gestes techniques et aussi d'apprendre de vos différences, vos besoins.

Merci aux bébés accompagnés, de m'avoir émerveillée par votre participation, vos premiers cris, vos premières tétées, votre capacité d'adaptation et votre force de vie. Merci de m'avoir toujours rappelé le sacré de votre venue au monde.

Sommaire

PARTIE I. INTRODUCTION	11
1. DES NAUSEES AUX VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES SEVERES	11
1.1. Nausées et vomissements : « petits maux de la grossesse » ?	11
1.2. Vomissements incoercibles : définition et diagnostic	11
1.3. Physiopathologie , facteurs de risques et étiologies	2
1.4. Profil sociologique de ces femmes	4
1.5. Conséquences de ces vomissements	5
2. PRISE EN CHARGE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES	6
2.1. Nausées et vomissements: le premier interlocuteur	6
2.2. Vomissements incoercibles : recommandations de PEC en France	7
2.3. Conditions d’hospitalisation	9
2.4. Les « vomisseuses », regard des professionnels sur ces patientes	10
3. VÉCU DE CES VOMISSEMENTS ET DE LA PRISE EN CHARGE	11
3.1. Notion de « vécu », « perception » et « ressenti »	11
3.2. Les échelles de mesure existantes	11
3.3. Le vécu des vomissements incoercibles	12
3.4. Vécu de la prise en charge (PEC)	14
PARTIE II. METHODOLOGIE DE RECHERCHE	16
1. ETUDE ET POPULATION	16
1.1. Type d’étude, lieu et dates	16
1.2. Population	16
1.3. Accords préalables et confidentialité	17
1.4. Inclusion	17
2. ENTRETIENS	18
2.1. Déroulement des entretiens	18
2.2. Adaptation et saturation	19
3. METHODE D’ANALYSE	19
3.1. Méthode d’analyse des entretiens	19
3.2. Collecte de données quantitatives	20

PARTIE III. RESULTATS ET ANALYSE	21
1. POPULATION ET DEROULE DES ENTRETIENS	21
1.1. Population	21
1.2. Contexte de l'avant hospitalisation	22
1.3. Déroulement des entretiens	25
2. VECU DE L'HOSPITALISATION	26
2.1. Accueil aux urgences (lors de la 1 ^{ère} hospitalisation)	26
2.2. Les traitements médicaux	28
2.3. Le jeûne et la reprise alimentaire	29
2.4. « L'isolement »	30
2.5. Relation avec les soignants	34
2.6. L'�chographie	37
2.7. L'après hospitalisation	38
PARTIE IV. DISCUSSION	40
1. PRINCIPAUX RESULTATS	40
2. FORCES ET FAIBLESSES	44
2.1. Forces	44
2.2. Biais et limites	45
3. PERSPECTIVES	47
4. PROPOSITIONS	48
CONCLUSION	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	53
ANNEXES	59
GLOSSAIRE	83

Partie I. Introduction

1. Des nausées aux vomissements gravidiques sévères

1.1. Nausées et vomissements : « petits maux de la grossesse » ?

Connus depuis l'Antiquité, les nausées et vomissements sont des manifestations communes du 1^{er} trimestre de la grossesse. Les premières traces écrites datent d'un papyrus égyptien, 2000 ans avant Jésus Christ (1).

Essentiellement matinaux, exacerbés par certaines odeurs alimentaires, ces symptômes débutent vers la 6^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et s'arrêtent avant la 16^{ème} SA (2). Ils signent souvent le début de grossesse, ce qui peut amener certaines femmes à se réjouir de les voir apparaître.

Classés dans la catégorie des « petits maux » de la grossesse, ils sont décrits comme des « symptômes » dits « physiologiques » du 1^{er} trimestre de grossesse.

Pourtant, des « petits maux » de la grossesse, il est celui qui affecte le plus les femmes : une méta-analyse récente estime que les nausées et vomissements gravidiques concernent 70 % des femmes enceintes (3). Les données épidémiologiques, financières, etc. s'appuient sur des études nord américaines, les études menées en France restent peu nombreuses sur ce sujet. La dernière étude réalisée en France, en 2013, rapportait un taux comparable de 62 % (4). Dans 60 % des cas, ces nausées étaient accompagnées de vomissements ponctuels et dans 23 % des cas, ces symptômes étaient présents jusqu'au 3^{ème} trimestre (3,5), avec 46 % de formes évaluées comme modérées et 14 % comme sévères. C'est le motif le plus fréquent de consultation au cours du 1^{er} trimestre (6).

1.2. Vomissements incoercibles : définition et diagnostic

Certaines patientes sont affectées par la forme plus sévère appelée :

- vomissements gravidiques sévères,
- vomissements incoercibles de la grossesse,
- hyperémèse gravidique,
- ou encore hyperemesis gravidarum pour les Anglo-saxons.

Cette forme est caractérisée par des vomissements incessants, résistant aux traitements, survenant plusieurs fois par jour y compris la nuit de façon incontrôlée. Selon les études, cette forme complique 0,1 à 2 % des grossesses, avec une forte variabilité selon les auteurs (2).

Entraînant des difficultés à s'alimenter, ces symptômes incessants amènent les femmes à se présenter aux urgences obstétricales épuisées, déshydratées et angoissées. Ils représentent la 1^{ère} cause d'hospitalisation au 1^{er} trimestre de la grossesse (6).

Il n'est pas proposé de définition ni de diagnostic consensuels. Il s'agit d'un diagnostic clinique d'exclusion fondé sur une symptomatologie typique, associé à l'absence de diagnostic différentiel avec au moins un des signes suivants (7) :

- vomissements incoercibles (malgré un traitement symptomatique et sans étiologie retrouvée),
- perte de poids supérieure à 5% du poids initial,
- cétonurie (dénutrition aiguë),
- déshydratation,
- troubles ioniques (hypokaliémie),
- hyperthyroïdie biologique ou cytolyse hépatique.

1.3. Physiopathologie , facteurs de risques et étiologies

Les études plus nombreuses ces dernières années montrent que la physiopathologie n'est pas clairement établie. Différentes étiologies sont retrouvées : métabolique, hormonale, bactérienne, psychologique et sociale.

Hypothèses biologiques, bactériennes

Plusieurs hypothèses biologiques ont été étudiées, il semble que l'intensité des nausées et vomissements soit corrélée :

- au taux de bêta-hCG (cela est notamment constaté dans le contexte de concentration élevée d'hCG : grossesses gémellaire ou molaire) (8),
- à une diminution de l'hormone thyro-stimulante (hyperthyroïdie) (9),
- à la concentration plasmatique d'adénosine (10),
- au taux d'œstradiol et inversement corrélée à celui de prolactine (11),
- à la concentration en Vitamine B6 (12),
- à la sérotonine.

Des études ont montré un lien entre l'infection à *Helicobacter Pylori* et les vomissements incoercibles. La physiopathologie n'est pas comprise (13,14).

Des anomalies du réflexe vestibulo-oculaire comparables à celles induites par le mal des transports ont été mises en évidence (15).

Hypothèse psychologique

Les premiers écrits psychanalytiques du XIX^{ème} siècle traitant des vomissements gravidiques ont classé ce symptôme dans la catégorie des névroses hystériques (16,17). Depuis un débat perdure marqué par des hypothèses différentes «tout psychique» ou «tout métabolique» (18) :

Le courant historique propose une équivalence symbolique entre les vomissements rejet de la nourriture et rejet de l'état de grossesse, voire rejet du fœtus (19). Quelques auteurs actuels évoquent une somatisation c'est à dire de l'existence d'un conflit psychique exprimé au travers de vomissements (5, 20). La femme enceinte dans la période de transparence psychique qu'est la grossesse, réactualise consciemment ou pas son lien à sa mère et peut somatiser ce questionnement.

Un courant contemporain présent notamment aux Etats-Unis et au Canada s'oppose à cette hypothèse d'une cause psychologique, tout particulièrement si cette cause est associée à un rejet du fœtus ou du devenir mère et défend l'hypothèse d'une cause métabolique (21).

Quelques auteurs ont cherché à étudier l'hypothèse d'une cause psychologique. L'étude de Uguz et al. (22) montrait que 70% des patientes affectées par une hyperémèse gravidique disaient avoir souffert de ces symptômes avant leur début de grossesse, ce qui est en faveur d'une antériorité de troubles psychiques. Mais les auteurs pointaient des biais sur les facteurs sociaux et familiaux qui n'avaient pas pu être levés.

L'étude cas-témoin de Simpson et al. (20) montrait que les femmes affectées par des vomissements incoercibles avaient significativement plus de troubles psychologiques pendant la grossesse mais finalement pas en période post-natale. Aucune de ces études ne permet à ce jour de conclure à la préexistence de facteurs psychiques indépendants d'un contexte social ou familial, contexte qui serait alors la cause racine.

En revanche, les études sont unanimes sur le fait que ces symptômes bruyants, éprouvants induisent des conséquences psychologiques. L'étude de Tan et al.

(23) observait que ces symptômes psychologiques étaient résolutifs au 3^{ème} trimestre de façon concomitante avec la diminution des vomissements et concluait que ces troubles psychologiques étaient secondaires au mal être physique causés par les vomissements incessants. Une étude cas-témoin récente de Aksoy et al. (24) montrait que parmi ces femmes affectées par des vomissements au cours de leur grossesse, 54 % allaient développer une dépression modérée à sévère contre 6% dans le groupe témoin et concluait que ces symptômes étaient une conséquence et non pas la cause.

En synthèse, les études montrent unanimement que dans la période où elles sont affectées par des vomissements incoercibles, les patientes présentent des signes d'anxiété, voire de dépression (21-24). Ce point sera plus largement abordé dans le paragraphe sur le vécu. Mais, ces études ne permettent pas de conclure sur la question de facteurs psychologiques présents avant le début de la grossesse, et donc à une possible étiologie.

Facteurs de risque : génétique, sexe fœtal, gémellarité

Les facteurs génétiques sont évoqués : il semble que les femmes ayant souffert de vomissements incoercibles ont des mères qui ont souffert elles aussi de ces troubles (25, 26). Les fœtus de sexe féminin sont associés à plus de vomissements incoercibles, ainsi que les grossesses gémellaires (27,28). Pour ces deux situations, l'hypothèse du taux d'hCG augmenté est avancée.

1.4. Profil sociologique de ces femmes

Peu d'études se sont intéressées au profil des femmes souffrant de nausées et de vomissements incoercibles. C'est au travers de la description des caractéristiques de la population étudiée pour d'autres objectifs que leur profil, que sont recueillies des informations sur ces patientes; elles sont souvent contradictoires.

Ethnie et immigration ?

Beaucoup d'études montrent une variabilité de l'incidence en fonction de l'ethnie. Au Canada, les femmes venant d'Afrique du nord semblent plus sujettes aux nausées et vomissements (y compris incoercibles) que les femmes originaires d'Europe (28). Mais un facteur confondant est évoqué, à savoir leur histoire d'immigration et leur statut socio-économique. La méta-analyse s'intéressant à la prévalence des nausées et vomissements aux Etats-Unis n'a pas trouvé de lien avec l'origine ethnique des patientes (3). Une analyse montrait une prévalence des nausées et vomissements plus importante en Asie (3). Devant la

contradiction de ces résultats, il est donc difficile de conclure à une cause ethnique, sociale ou liée à une immigration récente.

Age – Profession- Urbain/rural

Il semble que les femmes plus jeunes aient une prévalence plus élevée et des symptômes plus intenses que les femmes plus âgées (24,29).

L'incidence des nausées et/ou vomissements semble plus élevée chez les patientes travaillant au sein du foyer ou ayant une profession catégorie 'Ouvrier' (28). Un manque de soutien social ou familial semble aussi les caractériser (30). La prévalence des vomissements incoercibles est plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural (25,28).

Ces conclusions sont à modérer du fait d'une différence d'accès à l'information et aux soins.

Antécédents obstétricaux

Des antécédents obstétricaux d'interruption volontaire de la grossesse (IVG) ou de fausse couche spontanée (FCS) supérieurs à la moyenne sont retrouvés (25).

1.5. Conséquences de ces vomissements

Les nausées et vomissements non compliqués du 1^{er} trimestre sont reconnus sans conséquences sur le fœtus et l'issue de la grossesse. Il n'en est pas de même pour les vomissements incoercibles. Sont présentées ici les conséquences sur la grossesse et le fœtus en terme de santé et coût. Les conséquences sur la qualité de vie et la souffrance psychologique des femmes sont abordées dans le paragraphe sur le vécu des vomissements.

Retentissement maternel et fœtal

Concernant la forme sévère de ces vomissements, les issues dramatiques telles que le décès maternel ou l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (carence importante en Vitamine B6) sont devenues rarissimes (31). La morbidité maternelle reste importante avec des déshydratations rapides, une perte de poids importante, des troubles de l'équilibre hydro-électrolytique et des complications associées telles que dénutrition, syndrome de Mallory-Weiss.

Concernant l'impact sur la grossesse et son issue, les études présentent des résultats différents, mais elles se rejoignent sur un point : le fait de prendre peu de poids au cours de la grossesse grève le pronostic de la grossesse. La limite

plusieurs fois retrouvée par différentes études se situe à 7kg. Une prise de poids inférieure à 7kg majore le risque (32,33) :

- d'accouchement prématuré,
- de déclenchement du travail et de césarienne,
- d'un nouveau-né de petit poids pour l'âge gestationnel (multiplié par 1,5),
- d'un nouveau-né de petit poids de naissance (<2500g) (multiplié par 2,8).

Coût associé

Les nausées et vomissements représentent l'un par sa fréquence et l'autre par sa sévérité une morbidité et donc un coût de prise en charge important et souvent sous estimé (6,34). Les vomissements gravidiques sévères représentent la 1^{ère} cause d'hospitalisation des femmes enceintes au cours du 1^{er} trimestre et la 2^{ème} cause d'hospitalisation après la menace d'accouchement prématuré (6).

Aux Etats-Unis, le coût de la prise en charge hospitalière de l'ensemble des nausées et vomissements de la grossesse a été estimé à 200 millions de dollars par an (35). L'étude de Piwko et al. (36) estimait les coûts hebdomadaires de prise en charge entre 130\$ et 355\$ pour des formes modérées et à 650\$ pour les formes sévères.

En conclusion, il est admis aujourd'hui que cette pathologie est plurifactorielle. Si la cause n'est pas encore comprise, les hypothèses biologiques sont nombreuses. Qu'elle soit cause ou conséquence, la souffrance psychique au cours des vomissements incoercibles est certaine. Le profil de ces patientes est encore peu étudié. La prise en charge actuelle limite les conséquences maternelles comme fœtales d'une pathologie qui pouvait être mortelle. Les coûts inhérents sont élevés et souvent sous-estimés.

2. Prise en charge des vomissements gravidiques

2.1. Nausées et vomissements: le premier interlocuteur

Dans l'étude réalisée par David-Gruselle en Vendée, il est rapporté que les femmes affectées par des nausées et vomissements s'adressent à leur médecin traitant (60%), au gynécologue de ville (24%) ou à une sage-femme (14%) (4). Un traitement pharmacologique et des règles hygiéno-diététiques sont proposés en 1^{ère} intention. Pour les formes sévères, elles se présentent aux urgences

gynécologiques ou obstétricales, soit envoyées par ce 1^{er} interlocuteur, soit spontanément.

2.2. Vomissements incoercibles : recommandations de PEC en France

Un arbre décisionnel (cf. Figure 1) a été publié en France, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, pour guider le corps médical (7). Il distingue les formes de moindre sévérité pouvant être suivies en ambulatoire de celles nécessitant une hospitalisation et résume la stratégie pharmacologique.

Bilan initial

Dans les formes sévères un bilan biologique est réalisé afin d'évaluer le retentissement maternel et de confirmer le diagnostic. Il comprend un bilan hépatique, thyroïdien, un ionogramme sanguin avec urée et créatinine plasmatique, une échographie obstétricale. Des examens complémentaires : électrocardiogramme, échographie des voies biliaires se discutent (7).

L'utilisation d'un questionnaire d'évaluation de la sévérité pourrait compléter le diagnostic de sévérité et la décision d'hospitalisation (37).

Prise en charge thérapeutique

La doxylamine (Donormyl®) antihistaminique de classe H1 est le seul traitement ayant prouvé son efficacité et son innocuité sur le fœtus (38,39). Il n'a pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France contrairement aux Etats-Unis et au Canada. Les antiémétiques d'action périphérique neuroleptique comme le chlorpromazine (Largactil®) ont démontré une efficacité. Ils sont préférés à l'ondansetron (Zophren®) utilisé dans le traitement des vomissements induits par les traitements de cancérologie (pas d'AMM chez la femme enceinte) (38).

Les recommandations du Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) sont en 1^{ère} intention: la doxylamine ou la métoclopramide, enfin en cas d'inefficacité, l'ondansétron.

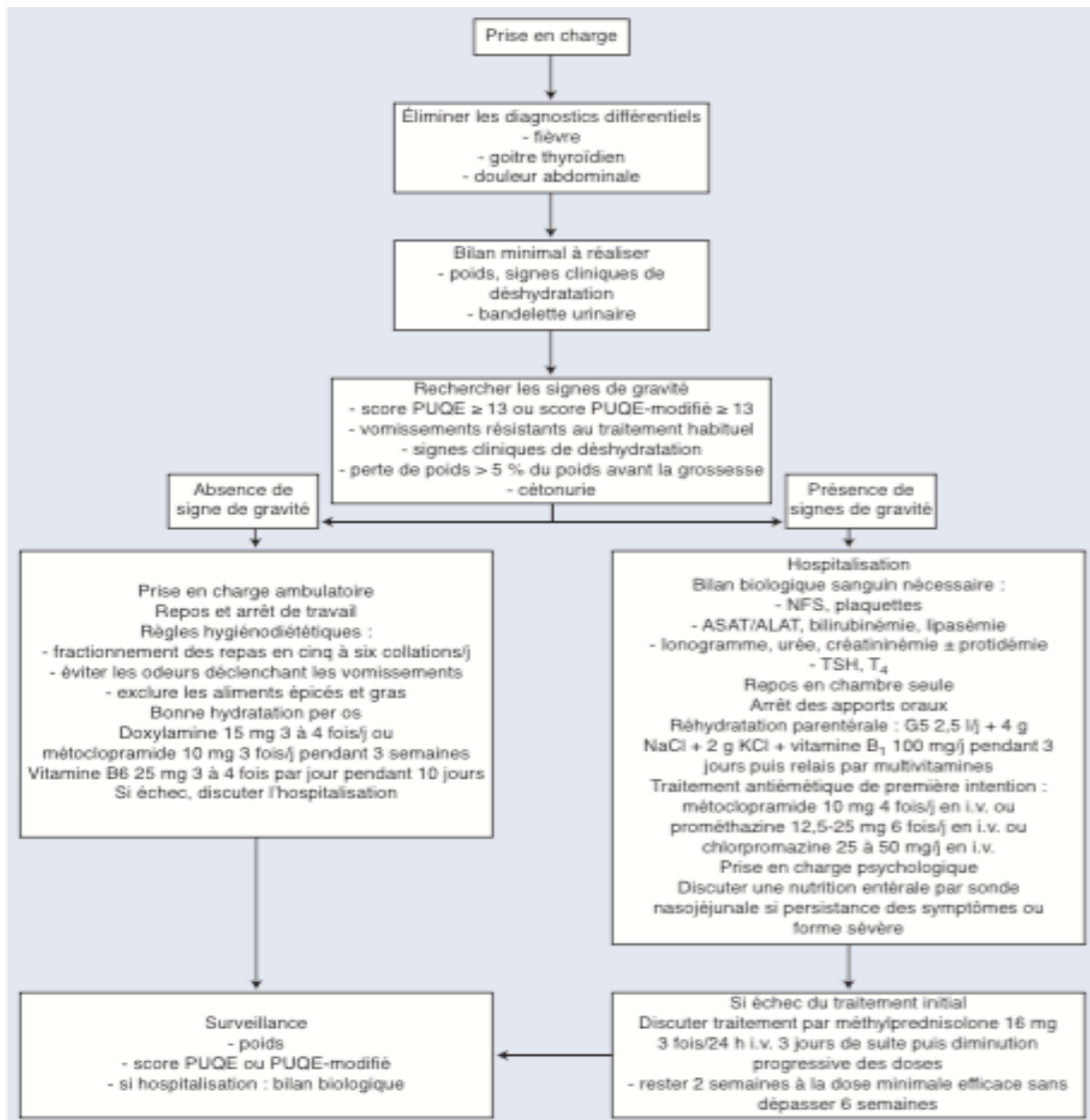


Figure 1 : Arbre décision de prise en charge des vomissements incoercibles (7)

Stratégie alimentaire / règles hygiéno-diététiques

En début d'hospitalisation, un arrêt temporaire de l'alimentation d'une durée de 48 à 72h est recommandé. Une alimentation parentérale peut être mise en place.

Des règles hygiéno-diététiques sont ensuite proposées (par une diététicienne) :

- fractionnement des repas (cinq à huit collations pour maintenir un estomac plein),
- apports hydriques importants, boissons fraîches en petite quantité,
- exclure les aliments épicés, gras, favoriser ceux riches en protéines, potassium,
- éviter les odeurs favorisant les vomissements.

Faire des siestes est conseillé, la fatigue augmente les symptômes (13).

Autres prises en charges à visée thérapeutique

De l'acupuncture, homéopathie et phytothérapie sont proposées (4, 25, 41). Entre 5 % et 10 % des femmes y ont recours en France. L'acupuncture, proposée par

certaines structures, permet par son approche globale de traiter à la fois les vomissements et les symptômes associés, fatigue et désarroi. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'acupuncture et, en phytothérapie, le gingembre (Grade A). Les remèdes homéopathiques usuels dans le traitement des vomissements sévères sont : Phosphorus – Lac defloratum - Sepia (42).

Les dernières études concluent sur l'importance de l'accompagnement de la dimension psychologique, qu'elle soit cause ou conséquence, ceci par l'ensemble des acteurs de terrain dans l'objectif d'une prise en charge globale des patientes (43,44). La conduite d'un entretien réalisé par un psychologue est recommandée. Suivant les études, entre 4% et 30% des patientes bénéficiaient de cet entretien (25,32). Il peut prendre différentes formes suivant la patiente, et suivant le psychologue. L'entretien s'appuie sur la spécificité de cette pathologie, l'antériorité ou pas des symptômes. Il s'agira soit d'amener la patiente à comprendre l'éventuel conflit psychologique vis à vis de la grossesse soit de proposer des outils procurant un soulagement immédiat (5,7,45). Différentes approches sont possibles : thérapie psychanalytique ou comportementale, hypnose ou écoute de soutien (45,46).

Au Canada

Au Canada, un protocole détaillé est mis à disposition des femmes ainsi qu'une ligne « SOS nausée » disponible en anglais et en français, afin de proposer aux femmes un soutien par une écoute et afin de les orienter (47).

2.3. Conditions d'hospitalisation

La littérature présente peu d'informations sur les aspects autres que la prise en charge médicamenteuse et psychologique.

En France, selon le lieu, les patientes affectées par des vomissements incoercibles sont hospitalisées soit dans le service de Chirurgie Gynécologie (CG), soit dans celui de Grossesses Pathologique ou à Haut Risque (GHR). Ceci amène des différences : le personnel soignant (infirmière ou sage-femme), le statut de patiente et la place donnée au fœtus (possibilité ou pas de faire un monitoring), les motifs d'hospitalisation de ses voisines. Concernant les conditions d'hospitalisation, certaines recommandations précisent la mise en place de mesures d'isolement (7):

- Repos au calme, dans une chambre seule,

- Limiter ou interdire les visites, les appels téléphoniques (confiscation du téléphone),
- Interdire l'accès à la télévision,
- Avec arrêt du tabac.

Dans les faits, ces mesures sont mises en place de façon différente d'un lieu à l'autre et au sein d'un même lieu d'une équipe à l'autre. 30 % des patientes sont concernées (25). La durée de l'hospitalisation varie aujourd'hui entre 2 et 5 jours (32,35). Le taux de ré-hospitalisation est élevé, 20 % selon l'étude d'Hastoy et al. (31).

L'histoire de l'isolement en France

Cette recommandation de mise en isolement est proposée exclusivement en France et prend racine au 19^{ème} siècle. En effet, la mise en place de l'isolement dans le traitement de ces vomissements fait suite à une approche psychanalytique qui a classé cette pathologie dans les névroses hystériques (17). Un débat existait alors entre partisans et opposants à l'avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles (pathologie dont on pouvait mourir à l'époque).

Les années 1920 semblent être le début des essais d'isolement en maternité selon les théories d'étiologie en vigueur à cette époque. L'intention déclarée n'était pas alors coercitive mais bien de réunir toutes les conditions possibles pour qu'une démarche psychothérapeutique puisse se mettre en place. Aucune étude n'est venue étayer cette recommandation. Les professionnels de santé (comme les auteurs d'articles) sont aujourd'hui divisés sur ce sujet (16).

L'isolement est une pratique à visée thérapeutique retrouvée dans le domaine de la psychiatrie. Là-aussi cette pratique est sujette à débat : entre les professionnels présentant les bénéfices liés à la réduction de stimuli extérieurs et la prévention de passage à l'acte agressif, et ceux défendant la dimension éthique s'appuyant sur la nécessité thérapeutique de reconnaître la personne et de rechercher sa participation active (48,49).

2.4. Les « vomisseuses », regard des professionnels sur ces patientes

La femme souffrant de vomissements gravidiques sévères est perçue comme dérangement et difficile à prendre en charge (45).

Elle est dérangement par l'odeur âcre qui règne dans sa chambre, par le repli sur elle même « accrochée à son haricot », repli qui les rend difficile d'accès, par ces vomissements bruyants qui viennent interrompre le dialogue. Difficiles à prendre

en charge, les vomissements « résistent » souvent au traitement, s'interrompent puis recommencent ce qui peut amener une succession d'hospitalisations.

Cette symptomatologie bruyante décrite depuis plus de 4000 ans met en échec la médecine et confronte les soignants à leurs limites. L'appellation donnée à ces patientes (les « vomisseuses ») reflète probablement ce malaise et cette impuissance.

Une partie du personnel soignant s'est appropriée l'hypothèse du rejet de grossesse symbolisé par le rejet alimentaire et étiquette rapidement ces patientes. Assez peu de compassion est observée dans le ton et le vocabulaire utilisés par certains professionnels entourant ces patientes. Le reproche plus ou moins conscient n'est pas loin et verbalisé : « elle vomit son bébé », « mais enfin n'est-elle pas contente d'être enceinte ? » (45).

Pour conclure, à l'image de la physiopathologie, la prise en charge des vomissements incoercibles n'est pas consensuelle. Un cadre précisant la prise en charge thérapeutique associant prise de médicaments, réhydratation et entretien psychologique est bien défini en France. Les conditions d'hospitalisation avec l'éventuelle mise en place de l'isolement n'ont pas fait l'objet d'étude.

3. Vécu de ces vomissements et de la prise en charge

3.1. Notion de « vécu », « perception » et « ressenti »

Le mot vécu participe passé de « vivre », « être en vie », est défini par « ce qui est réellement arrivé » (50). Le sens dans lequel notre étude l'utilise est synonyme du mot perception. La perception peut se définir comme une opération par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel : perception tactile, visuelle, perception spatiale. La perception peut aller jusqu'à la prise de conscience d'un ressenti, c'est-à-dire une sensation physique, agréable ou désagréable, de bien-être, de douleur, de malaise, de froid...

3.2. Les échelles de mesure existantes

Sévérité des nausées et vomissements et impact sur la qualité de vie

Deux grilles d'évaluation s'intéressant aux nausées et vomissements ont été développées en anglais :

- le PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea),
- le NVPQOL (Health-Related Quality of Life for Nausea and Vomiting during Pregnancy)

Le PUQE est un score qui permet d'évaluer l'intensité de trois symptômes : les nausées, les vomissements et les haut-le-cœur du 1^{er} trimestre de la grossesse. Simple, il a été développé afin d'être utilisé rapidement dans la pratique quotidienne. Il classe l'intensité en trois catégories : légère, modérée, sévère (37). Le NVPQOL est un score qui évalue l'impact des nausées et vomissements sur la qualité de vie des femmes. Auto-administré, plus long à remplir, et par conséquent difficilement utilisable en pratique clinique, il est utile pour conduire des études spécifiques. Il étudie l'impact des symptômes suivant quatre catégories : physiques, fatigue, émotions et limitations (51). Les traductions françaises de ces deux grilles ont été réalisées par une l'équipe canadienne de Lacasse A.

Troubles psychologiques

Concernant l'état psychologique des patientes, les outils utilisés par l'étude d'Uguz et al. (23) sont ceux tirés de l'ouvrage américain *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Edition IV (DSM IV et SCID III)*.

3.3. Le vécu des vomissements incoercibles

Les vomissements : un corps ébranlé

Ce témoignage représentatif permet d'appréhender ce symptôme : « *1er jour de mes congés d'été, je me mettais à vomir, enceinte d'un peu plus de 3 semaines seulement. Je ne garde rien, ni eau, ni nourriture, je ne fais que vomir, je suis très faible. Alitée, je vomis le jour et la nuit, je n'arrive pas à boire, je ne tiens pas debout, j'ai la tête qui tourne dès que je me lève. Impossible de lire, de regarder la TV, d'envoyer des messages de mon téléphone, impossible d'être concentrée sur quelque chose, j'arrive à peine à parler, un rien me brasse et me fait vomir. C'est horrible de vomir autant, ça brûle la gorge et la trachée, ça fatigue énormément et ce n'était que le début.* » Extrait du blog « 9 mois avec ma bassine » (52).

Vécu de l'entourage

La symptomatologie des vomissements incoercibles est décrite comme bruyante, épouvante pour la femme et son entourage proche (45). Conjoint, enfants sont les premiers à constater le mal être de la femme et leur impuissance à la soulager. Ils vont aussi en subir les conséquences quotidiennes dues au handicap induit.

Impact des nausées et vomissements

Lorsque l'on pose la question de façon subjective aux femmes sur l'intensité des nausées, 24 % les considèrent comme sévères et 2,3% comme insupportables. 12% sont amenées à recourir à un arrêt de travail et 1,9% à être hospitalisées (4). Parmi ces patientes, 25 % redoutent la récurrence de ces troubles pour les prochaines grossesses (4).

L'impact des nausées et vomissements a commencé par être évalué sur les seuls paramètres physiques : nombre d'heures de nausées, fréquence des vomissements, durée des symptômes en nombre de jours depuis leur apparition (53). Puis, le lien entre l'intensité des symptômes mesurée par le score de sévérité PUQE et la qualité de vie mesurée par le score de NVPQOL a été objectivé (37). Cette étude confirmait que l'altération de la qualité de vie touchait l'ensemble des patientes et de façon conséquente. Une autre étude menée au Canada confirmait la sévérité des symptômes sur le plan physique ainsi que l'atteinte de la qualité de vie : tous les items du score utilisé étaient diminués (54). Les scores étaient même plus bas que ceux de personnes souffrant de syndrome dépressif.

Vomissements incoercibles : du mal être à la détresse

Plusieurs auteurs décrivent les difficultés de ces patientes pouvant aller jusqu'à une détresse, des angoisses sans qu'aucune étude n'ait été retrouvée. Les femmes atteintes de vomissements incoercibles ne se reconnaissent pas, sont déçues et blessées ne pas être capables d'être enceintes normalement et de ne pas pouvoir vivre normalement. L'entourage familial plus lointain qui ne perçoit pas l'intensité des symptômes et le handicap associé peut penser que cette femme « se laisse aller » et ainsi majorer le vécu difficile. Ces femmes par l'expérience qu'elles vivent et qu'elles ne peuvent cacher, mettent à mal l'image de la femme enceinte épanouie, rayonnante qui s'affiche sur nos magazines actuels. Tout ceci peut participer à un isolement social.

Les besoins primaires (alimentation, sommeil, sécurité) ne sont plus satisfaits. Ces vomissements présents jour et nuit, éreintants amènent angoisse et idées dépressives. Les patientes ont quelquefois peur d'en mourir. Elles ne sentent plus qu'un corps malade, source de douleur, coupé de ses capacités d'agir et de penser. Elles vivent un tel mal être physique qu'elles peuvent exprimer le souhait d'en finir avec cette grossesse ou leur vie. Des demandes d'IVG se rencontrent avec comme motif de mettre fin à ces symptômes. Selon une étude, 7% des patientes vont au bout de la démarche (24).

L'étude de Uguz et al. (23) s'appuyant sur les tests issus du DSM IV, confirmait cette description : le taux de patientes présentant des symptômes d'anxiété et de dépression était de 36 % (versus 12% dans la population générale) et présentant des troubles de la personnalité de 36% (versus 13%).

Ces chiffres témoignent d'une grande détresse et montrent la nécessité dans la prise en charge de ces femmes d'un accompagnement global.

3.4. Vécu de la prise en charge (PEC)

Les études évaluant le point de vue et la prise en compte des attentes des « usagers » à propos de leur hospitalisation révèlent que les taux de satisfaction les plus élevés concernent les relations avec l'équipe et les plus bas l'information sur la pathologie, les traitements dispensés et l'organisation des services (55).

Aucune étude n'a été retrouvée sur les attentes ou le vécu des femmes enceintes lors de leur prise en charge hospitalière que ce soit pour menace d'accouchement prématuré, ou une pré-éclampsie... Seules des études sur le vécu de gestes comme l'épisiotomie ou de situations d'urgence comme l'hémorragie de la délivrance et la réanimation du nouveau-né ont été trouvées.

Concernant les nausées et vomissements, la prise en charge ambulatoire et la prescription de médicaments sont évaluées par la plupart des patientes comme « peu efficaces » (4). Concernant l'hospitalisation pour vomissements incoercibles, l'information majeure concerne le taux de ré-hospitalisation autour de 20 % qui questionne sur la prise en charge, la pertinence des critères de sortie et l'accompagnement post hospitalisation mis en place (32).

Des études s'intéressant à l'hospitalisation avec mise en isolement ont été réalisées, elles s'appuient sur des expériences en service psychiatrique. Il s'agit dans ces situations d'un isolement avec porte de chambre fermée à clé ce qui est éloigné du mode et des motifs d'isolement abordés ici. Ces études concluaient que pour 70 % des patients l'isolement remet en cause leur autonomisation surtout en matière d'information, et pour 66 % d'entre eux il était perçu comme traumatisant avec souvent une dimension dévalorisante et punitive (49). Ces études posent aussi la question de la dimension éthique de ces pratiques.

La nécessité de re-questionner la prise en charge quant à cet état de détresse est soulevée par Hastoy et al. (32), qui constatait que parallèlement à un taux de ré-hospitalisation élevé, 4% des femmes hospitalisées partaient contre avis médical et que ces deux phénomènes témoignaient soit d'une sous-estimation de la

détresse morale des patientes, soit d'une inadaptation des conditions d'hospitalisation ou d'organisation de l'accompagnement post hospitalisation.

Les femmes affectées de vomissements incoercibles sont hospitalisées épuisées, quelquefois déshydratées, en état de détresse. Elles ont besoin d'être prises en charge médicalement pour pouvoir faire stopper ces vomissements, se réhydrater puis se réalimenter. Mais pas seulement, aucun doute qu'elles ont besoin d'être prises en charge dans une approche très globale sur d'autres aspects : psychologique, familial, social. Aucune étude n'a été réalisée sur le vécu de leur condition d'hospitalisation. Aucune étude partant d'elles, de leurs besoins et de leurs attentes n'a été retrouvée.

D'où la question posée : « Quel vécu les femmes, dont la grossesse a été compliquée de vomissements gravidiques sévères et ayant été hospitalisées, ont-elles eu de leur prise en charge ? »

L'objectif de notre étude est double : étudier la perception et le vécu des patientes à distance de l'hospitalisation (et avant leur accouchement), identifier leurs besoins et leurs attentes, puis proposer d'éventuelles pistes d'amélioration des conditions d'hospitalisation. La méthode la plus adaptée est une étude qualitative s'appuyant sur des entretiens semi-directifs individuels (56,57). Cela permet d'appréhender la singularité de chaque expérience, d'obtenir des réponses spontanées, authentiques.

Aucune hypothèse n'est donc formulée. Toutefois deux thèmes sont recherchés: le vécu des conditions d'hospitalisation, notamment de « l'isolement » et celui des traitements médicaux. La construction du guide d'entretien et les entretiens « tests » amèneront d'autres sujets : vécu du jeûne, de la reprise alimentaire, de l'échographie, de la relation aux soignants.

Partie II. Méthodologie de recherche

1. Etude et population

1.1. Type d'étude, lieu et dates

Une étude qualitative rétrospective a été retenue. Elle s'est appuyée sur des entretiens semi-dirigés réalisés auprès d'une population constituée de patientes affectées par des vomissements gravidiques sévères et ayant été prises en charge au Centre Hospitalier Régional d'Orléans (maternité de type III réalisant en moyenne 4500 à 4700 accouchements par an). Cette étude s'est déroulée en collaboration avec l'équipe de psychologues du CHRO. Magalie Auclair, interlocutrice privilégiée, a été consultée à chaque étape de l'étude impliquant un lien avec les patientes (préparation du questionnaire, déroulement des entretiens etc.).

Ces entretiens ont été menés par téléphone dans les deux à cinq mois qui suivaient l'hospitalisation, avant l'accouchement. Les entretiens ont été réalisés de juillet 2015 à janvier 2016. La date de fin a été définie par l'atteinte de la saturation.

1.2. Population

Ont été incluses dans l'étude les patientes hospitalisées pour vomissements gravidiques au sein d'un service du Département de Gynécologie-Obstétrique du CHRO entre le 15 mars 2015 et le 15 octobre 2015, soit une durée de sept mois.

Sont exclues de l'étude les patientes :

- hospitalisées dans un autre département (maladie infectieuse etc.),
- ne parlant pas français
- présentant un contexte psychologique fragile ou pouvant être fragilisées par l'entretien (évaluation posée par les psychologues).

Les patientes ayant eu recours à une IVG en cours d'hospitalisation ou dans les semaines qui ont suivi, entrent dans cette dernière catégorie et ne sont donc pas incluses.

1.3. Accords préalables et confidentialité

Accords préalables

Les objectifs de cette étude ainsi que la méthodologie de recherche ont été présentés au Dr Claire Ceccaldi, médecin du CHRO et à Mme Sylvie Jariod sage-femme cadre supérieure ainsi qu'à Mr Guillaume Lefrançois, cadre infirmier du service Chirurgie Gynécologie, service où ces patientes sont hospitalisées. Leur accord a été recueilli, ainsi que celui du chef de service du Département de Gynécologie-obstétrique le Dr Sandrine Avigdor. Chacun a régulièrement été tenu informé par mail de l'avancée de l'étude (présentation du guide d'entretien, introduction à l'étude, 1^{ier} retours des patientes, difficultés rencontrées en entretien etc.). Le Dr SekouColy responsable du service de Chirurgie Gynécologie est tenu informé depuis début 2016.

Cadre de confidentialité

Un cadre de confidentialité a été défini avec :

- signature d'un consentement écrit (cf. Annexe 1) après accord oral de la patiente,
- rappel des objectifs de l'étude et ce cadre, en début d'entretien téléphonique, avec nouveau recueil de l'accord oral avant de commencer l'enregistrement.

De plus, il avait été décidé avec les psychologues du CHRO qu'il serait possible à toute patiente incluse dans l'étude de les recontacter après l'échange téléphonique, si elle en ressentait le besoin. Ce point a été écrit dans le volet informatif du consentement et rappelé en fin d'entretien téléphonique.

Les enregistrements ont été sauvegardés selon les règles usuels de confidentialité (numéro d'anonymat).

Dossiers patient

Des informations présentes dans le dossier de la patiente sont nécessaires à la description de notre population et à l'analyse des témoignages. Un masque de collecte a été construit et renseigné à partir des dossiers papiers et informatiques. Les informations sont protégées par le même principe de code que celui présenté ci-dessus.

1.4. Inclusion

Le protocole actuel de prise en charge des patientes hospitalisées pour vomissements gravidiques sévères prévoit, lorsque c'est possible, un entretien

avec une psychologue. Il a été identifié avec les interlocuteurs du CHRO que cet entretien était le moment le plus propice pour présenter l'étude et recueillir l'accord des patientes. A partir de mi-mars 2015, en fin de chacun des entretiens réalisés avec une patiente répondant aux critères d'inclusion, la psychologue présentait les objectifs de cette étude, les modalités pratiques et son cadre de confidentialité. Si la patiente acceptait de participer, la lettre de consentement était signée puis archivée. Le volet informatif était découpé et laissé à la patiente.

2. Entretiens

2.1. Déroulement des entretiens

Il a été décidé de réaliser les entretiens à distance de l'hospitalisation et avant l'accouchement, le téléphone était alors le meilleur outil. Le 1^{er} appel téléphonique permettait un premier contact. Les objectifs de l'étude, le cadre de confidentialité étaient rappelés, puis une date de rendez-vous téléphonique convenant à la patiente était définie. Lors du 2^{ème} appel téléphonique, l'objectif était de répondre à la question de l'étude. Trois sujets étaient abordés au travers de questions ouvertes : les circonstances ayant amené à l'hospitalisation, le thème central : le vécu de l'hospitalisation, et enfin l'après hospitalisation. Les premier et dernier thèmes permettaient respectivement d'introduire et de conclure et encadraient le thème central qui était le plus important et le plus long.

Le guide d'entretien complet est présenté en Annexe II.

Des questions plus fermées ont été utilisées (ou pas) en fonction du déroulement de l'échange et du contenu du témoignage. Elles étaient préparées à l'avance pour aider à la fluidité de l'échange et pour ne rien oublier. Elles sont de deux ordres, ce sont soit :

- des questions de reformulation, de relance ayant pour objectif d'aider la patiente à répondre, à donner plus de détails à compléter son témoignage,
- des questions fermées permettant de préciser certains points (ces informations étant jugées nécessaires à l'analyse ultérieure du témoignage, à la comparaison des différents vécus recueillis et/ou à la caractérisation de la population étudiée en complément d'informations disponibles dans le dossier).

L'objectif était de connaître le vécu propre à chaque patient, ce qui suppose de proposer une qualité d'écoute (du contenu et aussi du ton, de la rapidité

d'élocution, des silences), et de créer une sécurité permettant un témoignage authentique autorisant les éventuelles émotions et aussi les critiques. Lorsqu'une émotion perçait, l'acceptation du silence et la reformulation étaient utilisées.

Enfin, toujours dans ce but de recueillir un témoignage spontané, il était convenu de rester flexible par rapport au guide d'entretien, de respecter le fil de pensée de la patiente, d'accepter de ne pas aborder l'ensemble des sujets, et aussi d'être prêt à se laisser surprendre par d'éventuelles réponses.

Ces entretiens ont été ensuite intégralement retranscrits par écrits (56). Les événements « extérieurs » (bruit, etc.), les silences, changement de rythme, de ton y ont été précisés.

2.2. Adaptation et saturation

Une étape de test du guide d'entretien a été réalisée. Pour se rapprocher des conditions réelles, ce test s'est fait par téléphone auprès de patientes non rencontrées auparavant. Avec l'aide du Dr Ducarme, chef de service du CHD de Vendée et directeur de ce mémoire, trois patientes hospitalisées au CHD de Vendée et répondant aux critères d'inclusion ont été identifiées et informées. Ainsi, les entretiens « tests » ont été menés. Ils ont permis d'acquérir de la fluidité dans l'enchaînement des questions, d'adapter et d'ajouter certaines questions.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas fixé. Tous les trois entretiens, ceux-ci ont été retranscrits et envoyés à l'équipe de psychologues. La psychologue en charge d'encadrer l'étude au sein du CHRO les relisait et la nécessité ou non de continuer le recueil était apprécié. Après neuf entretiens, il a été constaté que les témoignages, bien que tous différents, apportaient des réponses convergentes à notre questionnement. Un dixième entretien, déjà planifié auprès de la patiente, a été réalisé et l'étude a été arrêtée, considérant que la saturation était atteinte. La diversification interne a été assurée par la variété des profils psychosociologiques et les différents services d'hospitalisation.

3. Méthode d'analyse

3.1. Méthode d'analyse des entretiens

Une première lecture de chaque entretien a été réalisée. L'objectif était de faire émerger les particularités propres à chaque patiente qui pourraient induire un

biais dans l'analyse. Ce travail s'est fait en collaboration avec l'équipe de psychologues.

Dans un second temps, une analyse thématique a été menée (56, 57): une grille d'analyse a été élaborée en relation avec la question de recherche (cf. Annexe III). Elle comprend différents thèmes: l'accueil aux urgences, le vécu du traitement médical, le vécu du jeûne et de la reprise alimentaire, le vécu de « l'isolement », la relation aux soignants, le vécu de l'échographie. Ils sont encadrés par le vécu de l'avant hospitalisation et du retour à domicile, importants à connaître pour mener une analyse contextuelle. Pour chaque thème, le témoignage de la patiente a été résumé et des verbatims ont été extraits. Cette grille a été remplie pour chaque entretien.

La fusion de l'ensemble des grilles permet ensuite d'avoir une lecture globale de des entretiens thème par thème, non plus entretien par entretien.

3.2. Collecte de données quantitatives

Les données quantitatives, nécessaires à la caractérisation de la population ont été collectées à l'aide des dossiers patients en s'appuyant sur un masque de collecte construit sous Excel. Ont été utilisés le compte rendu de la consultation faite aux urgences, le suivi médical quotidien, le dossier infirmier, les résultats d'examens complémentaires, l'ordonnance de sortie.

Dans un second temps, il a semblé pertinent de tenter de quantifier les tendances constatées au cours de l'analyse des entretiens, et de définir pour certains thèmes des « vécus types » pour en évaluer le ratio. Exemple : concernant l'accueil aux urgences, le nombre de patientes ayant jugé l'attente satisfaisante *versus* longue a été compté. Cette approche quantitative permet de confirmer ou d'infirmer certaines tendances en minimisant le risque d'erreur lié à une lecture nécessairement subjective et quelquefois influencée par l'intensité du témoignage ou plus simplement par le dernier lu. Dans ce but, le masque de collecte a donc été complété et rempli à partir de la grille. Il est présenté en Annexe IV.

En fin d'entretien il était proposé aux patientes de lister les trois aspects, actions, les ayant le plus aidées, et les trois à faire évoluer, à améliorer. Les réponses à ces questions ont été analysées et sont présentées en Annexe V.

Partie III. Résultats et analyse

1. Population et déroulé des entretiens

1.1. Population

Entre le 15 mars 2015 et le 15 octobre 2015, l'équipe de psychologues du CHR d'Orléans s'est efforcée de rencontrer chaque patiente hospitalisée pour vomissements gravidiques. Sur 16 patientes incluses dans l'étude, deux ont exprimé leur refus lors du 1^{er} contact téléphonique et quatre n'ont jamais réussi à être jointes (cf. Figure2). La population de l'étude comporte 10 patientes, soit un taux de participation proche de 70%.

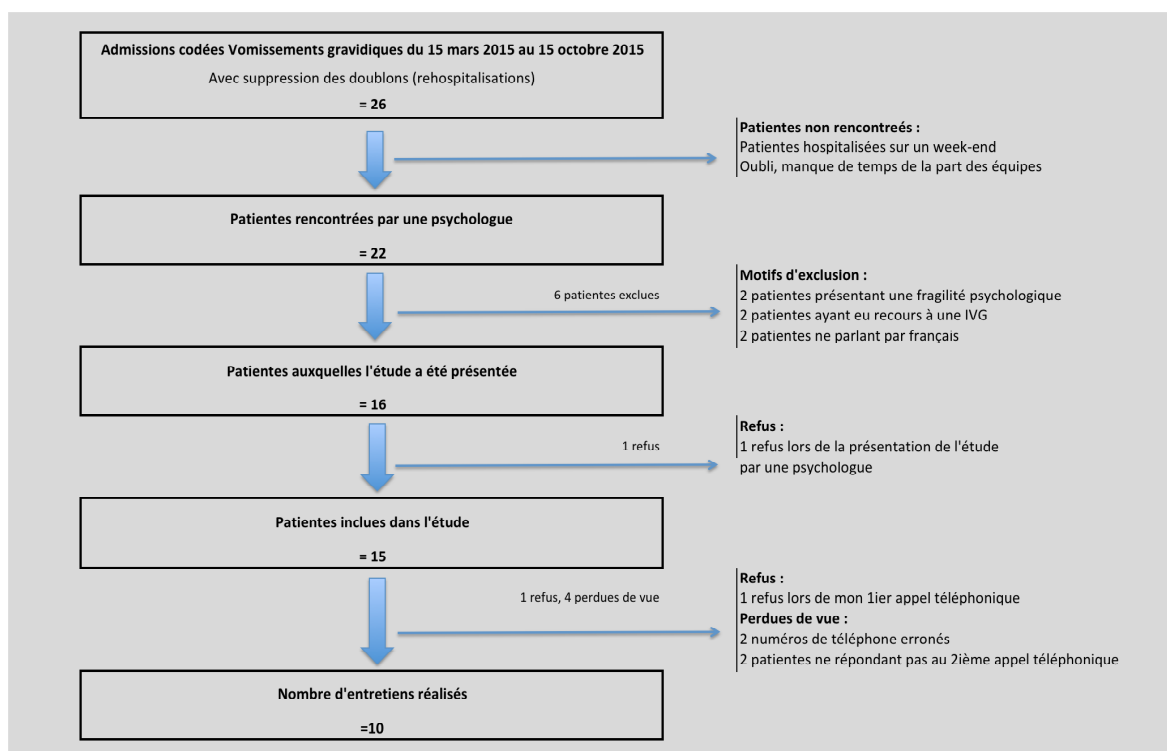


Figure 2 : Diagramme décrivant la population

Sur une période de sept mois, 2700 accouchements ont lieu en moyenne au sein du CHRO, soit un taux de patientes affectées et hospitalisées pour hyperémèse gravidique sévère de 9,6 pour 1000 accouchements, soit presque 1 %.

Sur dix patientes, trois ont été ré-hospitalisées (soit un taux de 30 %). L'une d'entre elles sort contre avis médical, soit une sortie contre avis médical sur 10 patientes et 13 hospitalisations. Le taux de patientes ayant eu recours à un IVG pendant ou après la période d'hospitalisation s'élève à 8,7 %.

Caractéristiques

Le Tableau 1 présente les caractéristiques de la population. Sur 10 patientes, sept sont originaires d'Afrique Centrale ou Afrique du Nord.

Une patiente est mère isolée et dans une situation de précarité sociale et deux patientes, en couple, évoquent une situation d'isolement familial et social douloureux au moment des vomissements.

			n = 10
Origine géographique	Afrique centrale		5
	Caucasienne		3
	Afrique du nord		2
Age maternel	< 20 ans		1
	20- 29 ans		8
	30 - 39		1
Statut matrimonial	Mariées		8
	Vit seule		2
Profession	Déclarée		6
	En activité		4
Parité	Nullipare		4
	Multipare		6
Contexte de grossesse	Planifiée		7
	Inopinée bien accueillie		1
	Inopinée		2
ATCD NVG	Nullipare	Personnel	-
		Familial	2
	Multipare	Personnel	6
		Familial	1
Age gestationnel à l'apparition des NVG	Moyenne (+/- Ecart type)	6,6 SA (+/- 1,0)	

Tableau 1 : Informations socio-professionnelles sur la population

Les six patientes multipares présentent toutes un antécédent d'hyperémèse gravidique sévère dont deux avec hospitalisation. Sur l'ensemble des patientes, trois témoignent d'antécédents d'hyperémèse gravidique dans leur famille.

1.2. Contexte de l'avant hospitalisation

Contexte de la grossesse

Pour sept patientes, cette grossesse était planifiée, pour trois c'est une grossesse inopinée. Deux de ces grossesses inopinées concernent les femmes vivant seules. Les premiers vomissements apparaissent entre six semaines et huit semaines d'aménorrhées. L'apparition est majoritairement décrite comme soudaine et de brutale intensité.

Symptômes associés et conséquences

Les symptômes associés sont, pour toutes les patientes, un rejet de tout aliment solide et liquide, des vomissements nocturnes, une perte de poids rapide, une soif intense et une asthénie. Cette asthénie entraîne des vertiges pour huit

d'entre elles et des pertes d'équilibre (voir perte de connaissance) pour quatre. « *Je ne pouvais pas manger, pas boire. Même une goutte d'eau je la vomissais. De mon lit aux toilettes je pouvais faire des malaises. Je ne tenais plus du tout debout. J'étais complètement déshydratée. Du jour au lendemain, j'ai fini aux urgences pour être hospitalisée.* »

Entre quatre à cinq patientes évoquent des insomnies liées à l'état nauséux, ainsi qu'un arrêt du transit et une diminution de la diurèse. Quatre patientes présentent une hématurie, trois signalent une hyper salivorrhée.

Toutes les mères de famille décrivent ne plus avoir été en capacité de s'occuper de leurs enfants, de devoir faire appel au conjoint ou à l'entourage. « *Mon petit garçon, il a deux ans. Je n'étais pas bien du tout, je ne m'occupais pas de lui. J'avais l'impression de le délaisser.* » Sur les quatre patientes en activité, les quatre ont eu recours à un arrêt de travail avant ou après l'hospitalisation. Toutes les patientes expriment ne plus avoir de vie sociale. « *Je ne pouvais recevoir personne, je n'avais envie de voir personne. Rien que de parler, me fatiguait.* »

Les patientes décrivent un environnement familial inquiet devant l'intensité des symptômes, en 1^{er} lieu le conjoint mais pas seulement. Les enfants sont aussi décrits comme impactés, soit par les symptômes dont ils sont témoins, soit par l'hospitalisation de leur mère. « *C'est la grande qui s'est inquiétée de me voir tant malade. Elle s'est beaucoup inquiétée. Là encore elle se pose beaucoup de questions et demande si je vais bien. Ça l'a marquée.* »

PEC médicale avant l'hospitalisation et venue aux urgences (Tableau 2)

Les premières prises en charge médicales se font au plus tard dans les deux semaines qui suivent l'apparition des vomissements, cinq patientes consultent « en ville » avant de se présenter aux urgences. Le traitement de 1^{ière} intention proposé est le métoprolol per os ou en suppositoire. La doxylamine, l'acupuncture, le gingembre sont proposés une fois.

		n= 10
Age gestationnel lors de la 1^{ière} hospitalisation	Moyenne (+/- Ecart type)	8,8 SA (+/- 1,7)
Consultations avant l'Hospitalisation	Médecin traitant	3
	Gynécologue	1
	Sage femme libérale	1
	"Aux urgences" sans hospitalisation	2
	"Aux urgences" avec hospitalisation	3
Traitement avant l'hospitalisation	Métoclopramide	4
	Métopimazine	2
	Doxylamine	1
	Maternov® (extrait de gingembre)	1
	Acupuncture	1
	Sans traitement	1
Élément déclenchant la décision de venir aux urgences	Perte d'équilibre	6
	Hématémèse	3
	Crise d'angoisse	1
Venues aux urgences	(10 patientes + 3 ré-hospitalisations)	n=13
	Orientées par un professionnel	4
	Amenées par les pompiers	3
	Venues sur insistance du mari	3
	Venues spontanément	3

Tableau 2 : Informations sur le parcours médical avant l'hospitalisation

Les patientes sont hospitalisées entre 7 et 13 SA. Ce sont principalement les pertes d'équilibre et les hématémèses qui déclenchent la venue aux urgences.

Sur 13 situations d'arrivée aux urgences (dix patientes + trois ré-hospitalisations), seules trois patientes sont venues d'elles-mêmes. Les 10 autres sont venues orientées par un professionnel, amenées par les pompiers ou poussées par l'insistance de leur mari.

Les ré-hospitalisations se font dans les deux semaines qui suivent la 1^{ière} hospitalisation, ces patientes sont toutes amenées par les pompiers, deux d'entre elles après un malaise à domicile et une après une angoisse nocturne.

Une angoisse importante

Enfin, trois patientes ont évoqué au cours de leur témoignage avoir eu peur de mourir. « *Ah moi je pensais que j'allais mourir. Plus rien. C'était ma première fois je pensais que j'allais mourir. Je le disais que c'est la mort* » Cette information nouvelle nous a semblé essentielle pour l'analyse des témoignages et des vécus de l'hospitalisation. La question s'est posée de savoir quand cette peur apparaissait. L'analyse du champ lexical utilisé pour décrire leur arrivée à l'hôpital montre qu'une angoisse de la mort semble déjà présente. « *Je ne tenais plus debout.... Je ne mangeais plus depuis plusieurs semaines.* » Cette information est importante pour l'analyse à venir et notamment la compréhension du vécu de l'hospitalisation.

Les différents services d'hospitalisation

Au sein du CHRO, les patientes affectées par des vomissements gravidiques sont hospitalisées dans le service Chirurgie Gynécologie (CG) ; en cas de manque de place, elles rejoignent le service des Grossesses à Haut Risque (GHR).

Différents cas de figures sont apparus concernant notre échantillon : hospitalisation dans l'un ou l'autre de ces deux services (cf. Figure 3).

Ce point est important pour la phase d'analyse, l'application du protocole ne se faisant pas de la même façon dans les deux services, une différence dans le vécu des patientes a effectivement été notée.

Parmi les 10 patientes, trois ont été ré-hospitalisées (dont une qui est sortie contre avis médical dans les heures qui ont suivi son arrivée dans le service). Au sein d'un même témoignage, certaines patientes ont donc évoqué deux hospitalisations souvent présentées en parallèle et de façon comparative.

	Lieu de 1 ^{ère} hospitalisation n= 10	Lieu de 2 ^{ème} hospitalisation n= 3
Service Chirurgie Gynécologie	9	2
Service GHR	1	1




Figure 3 : Les différents services d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est de $3,3 \pm 2,0$ jours avec une durée minimum de un jour (sortie sur insistance), et maximum de huit jours.

La maternité du CHRO a déménagé en juin 2015, donc en cours d'étude. Les conditions matérielles d'hospitalisation ont évolué : dans la nouvelle maternité, les chambres sont neuves, la salle de bain attenante à la chambre.

1.3. Déroulement des entretiens

La durée moyenne des entretiens est de 50 ± 17 minutes. La Figure 4 décrit la répartition moyenne de chaque temps de l'entretien. Le résumé proposé en fin d'entretien (trois axes d'amélioration, trois points les plus aidants) est à ajouter au temps passé à évoquer l'hospitalisation, l'ensemble représente environ 70 % du temps de l'entretien.

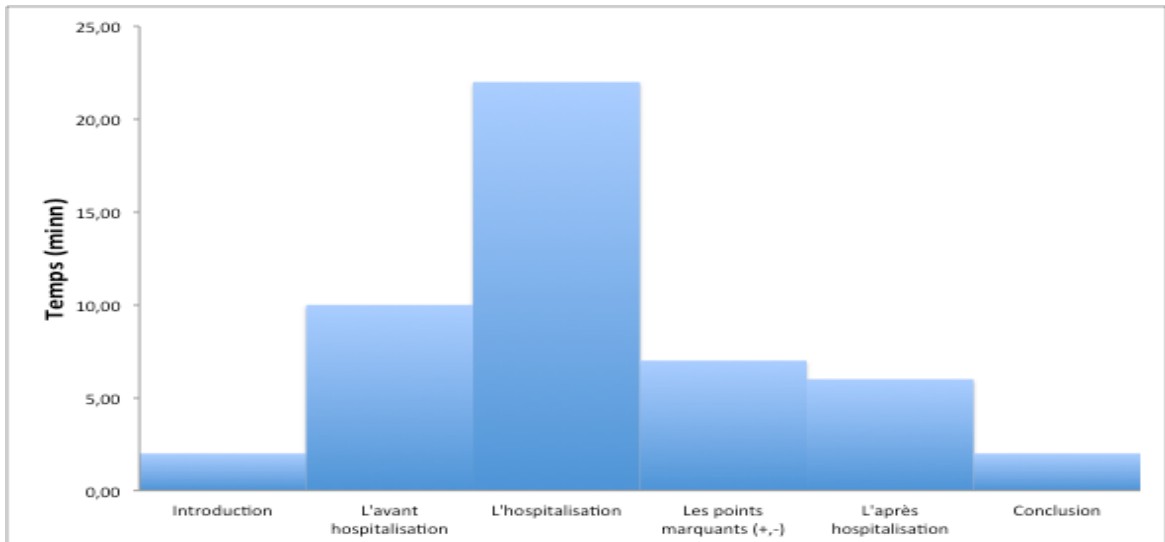


Figure 4 : Répartition des différents temps d'entretien

Le terme moyen de la grossesse au moment des entretiens est de 26 ± 6 SA. Deux entretiens ont été réalisés à un terme supérieur à 30 SA à la demande de la patiente, fatiguée par des vomissements persistants.

Différents aléas ont été rencontrés en cours d'entretien. Pour deux entretiens, il y a eu une coupure de réseau ; l'entretien a pu reprendre aussitôt. Pour trois entretiens, il y a eu beaucoup de bruits autour de la patiente (présence d'enfants pour deux d'entre elles, entretien réalisé dans un bus pour l'une d'entre elle). Ces bruits ont nuit à la qualité de l'enregistrement et amené quelques portions de phrases inaudibles à la retranscription. Ces éléments ont ajouté une difficulté, sans nuire à la qualité de l'échange et des informations collectées : les patientes se réinvestissant tout de suite dans l'entretien.

Enfin, il a été observé que le fait de prendre un rendez-vous téléphonique convenait aux patientes d'origine caucasienne. Concernant une partie des patientes d'origine africaine, les entretiens se sont plusieurs fois déroulés lors du 1^{er} contact téléphonique ou lors d'une tentative de re-contact après le rendez-vous téléphonique, donc de façon spontanée et non pas planifiée.

Un exemple d'entretien est présenté en Annexe VIII.

2. Vécu de l'hospitalisation

2.1. Accueil aux urgences(lors de la 1^{ière} hospitalisation)

Plusieurs thèmes apparaissent autour de l'accueil aux urgences : l'attente, l'écoute et le diagnostic, le soulagement de l'annonce d'hospitalisation.

L'attente

Une attente longue (plus de 5h) ou une attente dans des conditions non adaptées (allongée sur plusieurs sièges de la salle d'attente, vomissant au milieu des autres patientes, etc.) est évoquée par quatre patientes. *« L'attente était très longue. J'étais allongée sur un brancard dans le couloir. Ce n'était pas facile de gérer les vomissements par moment et la tête qui tourne, tout ça. »* Il est noté que la durée d'attente est liée à l'heure où elles se sont présentées.

L'écoute

Rappelons le contexte de venue aux urgences : ces patientes sont soit orientées par un professionnel, après échec de traitements, soit amenées sur l'insistance de leur mari, ou par les pompiers. Elles présentent toutes des symptômes de sévérité. La moitié des patientes témoignent ne pas avoir été crues. *« On nous dit : c'est normal c'est les hormones ; c'est normal c'est la grossesse. » « Quand les gens viennent aux urgences comme cela il faut les croire. Je ne pouvais pas tenir debout, ni tenir assise tellement j'étais épuisée. » « Il faut écouter, il faut prendre le temps d'écouter. »*

Et effectivement, pour seulement deux d'entre elles, l'hospitalisation sera proposée spontanément en fin d'interrogatoire et d'examen clinique. Pour les autres patientes, trois indiquent que c'est l'insistance de leur mari qui conduit à la décision d'hospitalisation et cinq seront hospitalisées après réception des résultats des examens complémentaires. Ces témoignages sont confortés par la lecture des comptes-rendus de l'interrogatoire où apparaissent des « ? » ou « d'après la patiente » autour des éléments comme la perte de poids, les vertiges. Au cours de la consultation aux urgences, il apparaît une méconnaissance de cette pathologie, de ses critères de diagnostic clinique, notamment de sévérité. Ceci conduit, pour les patientes, à un sentiment de non reconnaissance de l'état de malade.

Notons que pour deux d'entre elles, aucune échographie ne sera réalisée.

Ces témoignages révèlent que ces femmes enceintes ne se sentent reconnues ni « malades », ni « malades et enceintes », ni « malades du fait de la grossesse ». Cette pathologie gravidique n'est pas reconnue comme telle, pas reconnue comme d'autres rencontrées notamment au cours du 3^{ème} trimestre comme la cholestase gravidique ou la pré-éclampsie. Ceci apparaît aussi au sein du CHRO dans le choix du service d'hospitalisation : Service CG plutôt que GHR.

Le soulagement

Pour neuf patientes, l'annonce de l'hospitalisation est un soulagement, un soulagement pour elles et un soulagement pour leur famille. La seule patiente inquiète de cette hospitalisation est celle seule en charge de ses enfants, qui se préoccupe pour leur garde.

Bilans biologiques d'admission

Les dossiers nous informent sur les résultats des analyses complémentaires : sur les 13 hospitalisations, 11 ionogrammes montrent une hypokaliémie, quatre bilans thyroïdiens sont perturbés ainsi que deux bilans hépatiques.

2.2. Les traitements médicaux

Le Tableau 3 reprend les traitements antiémétiques mis en place au cours de l'hospitalisation.

Traitement médical	Avant H	En début d'H	Pendnt l'H	Ordonnance de sortie
Métoclopramide	6	12		11
Doxylamine	1			1
Chlorpromazine			1	
Ondansétron		1		
Aucun traitement	3			

H = hospitalisation

Tableau 3 : Les traitements antiémétiques en cours d'hospitalisation

A la lecture des prescriptions médicales, il est apparu un certain consensus dans le traitement antiémétique de 1^{ière} ligne (métoclopramide) qui n'est pas le traitement le plus efficace, l'absence relative de prescription de 2^{ième} intention, l'absence de prescription de vitamine B1, seul du Glucidion® est prescrit et du KCl selon le ionogramme. Ceci est probablement expliqué par l'ancienneté importante du protocole qui date de 1999 et qui ne fait donc pas apparaître les dernières recommandations professionnelles (CRAT) (7).

Les patientes témoignent d'un soulagement apporté par les perfusions de Glucidion®, plusieurs expriment en avoir ressenti les bienfaits dans les 24 premières heures. Concernant l'arrêt des vomissements, l'amélioration est notée après un à trois jours. Six patientes ont arrêté complètement de vomir en cours d'hospitalisation, deux observent une amélioration et décrivent mieux supporter les vomissements, « *Ca ressortait tout doucement ce n'était plus violent comme avant* » et deux n'ont pas été soulagées par le traitement médical. Trois patientes

signalent ne pas avoir bien supporté le traitement antiémétique les mettant, notamment, dans un état second « *J'étais complètement shootée. Je n'arrêtais pas de dormir. (...) je ne tiens plus debout non pas parce que je suis déshydratée mais parce que je suis complètement groguie.* ». Toutes conservent un état nauséux à la sortie de l'hospitalisation.

Sur certains dossiers, un écart est observé entre le compte-rendu du dernier jour d'hospitalisation « Pas de vomissement ce jour- Sortie autorisée» et les propos des patientes. Il n'existe pas d'outil de collecte permettant de mesurer la fréquence des nausées et vomissements.

Deux omissions ont été commises sur les ordonnances de sortie et vont contraindre les patientes à revenir à l'hôpital.

Il ressort des éléments intéressants dans la synthèse des points aidants et à améliorer (cf. Annexe V) :

- dans les points aidants : c'est l'ensemble des thérapeutiques (la perfusion de réhydratation, les antiémétiques, les anti-reflux gastro-œsophagien) qui se positionne en premier ;
- dans les axes d'amélioration : la mise en place de traitements plus efficaces ou plus rapidement apparaît en 2^{ème} position.

Le traitement thérapeutique est une attente forte des patientes, elles ressentent globalement un mieux-être apporté par les traitements qui leur permettent de mieux supporter voir d'arrêter, pour certaines, les vomissements mais elles ne sont pas complètement soulagées, ni satisfaites.

2.3. Le jeûne et la reprise alimentaire

Le jeûne est bien compris par huit patientes. Ne réussissant plus à s'alimenter depuis plusieurs jours, elles le tolèrent bien dans un contexte où elles ont une perfusion qui vient les nourrir, les rassurer. « *Ils m'ont mis à jeun, ils m'ont dit de ne rien manger. Mais en fait ça ne changeait rien, je ne mangeais plus ou je ne gardais rien.* » « *On m'a dit avec les perfusions vous allez être hydratée.* »

Seules deux patientes ne supportent pas bien le jeûne, l'une réveillée régulièrement par une soif intense, l'autre décrivant des douleurs intenses à l'estomac. La prise conjointe d'anti-reflux gastro-œsophagien semble nécessaire. Concernant la reprise alimentaire, neuf patientes expriment se forcer à manger, une seule déclare avoir retrouvé un peu d'appétit (avec toujours des nausées).

Elles décrivent une peur de remanger, crainte que les vomissements reprennent et ce sera le cas pour la moitié d'entre elles mais moins brutalement « *En fait j'avais peur de manger, j'avais peur de manger et de vomir encore.* » deux patientes seront vues par la diététicienne, les repas sont alors adaptés en fonction de leurs envies, et des conseils sont donnés pour le retour à domicile. Cela participe à un sentiment de reconnaissance de leurs difficultés. « *Puis j'ai rencontré une diététicienne qui m'a bien expliqué ce qu'il me fallait.* ». Deux patientes auront un repas adapté par les aides soignantes à leur souhait et, à nouveau, c'est quelque chose de soutenant « *J'ai mangé uniquement ce que je voulais. Petit à petit j'ai retrouvé l'appétit.* » Les autres patientes devront tenter de manger ce qui leur est proposé. « *J'avais envie d'un truc salé, un truc consistant. Ils m'ont apporté une soupe à l'asperge.* » Elles semblent le comprendre et l'accepter « *Etant à l'hôpital, c'est la nourriture de l'hôpital.* » Les envies principalement exprimées sont : le pain, le beurre doux et salé, la confiture ou la compote et des coquillettes, elles insistent sur l'absence d'odeur notamment de cuisine et précisent d'ailleurs qu'elles apprécient celle d'hôpital. En boisson, elles évoquent l'envie de thé et de boissons acides (Coca-cola®, citron). Plusieurs témoignent apprécier que le repas soit prêt et leur soit servi « *Comme si je réapprenais à manger* », « *On me donnait à manger.* »

Il sera vu dans le paragraphe sur l'après hospitalisation que certaines patientes conserveront certaines habitudes alimentaires découvertes au cours de leur hospitalisation.

Concernant le transit, cette question semble très peu abordée par les soignants. Pour autant les femmes ont toutes une interruption du transit, jusqu'à deux mois pour l'une d'entre elles. Certaines l'expliquent très bien par l'arrêt de l'alimentation et ne s'en inquiètent pas. D'autres décrivent une constipation, mais il n'est pas certain que ce soit le cas. Le traitement proposé alors est un « cocktail glacé » usuellement proposé pour aider à la reprise du transit en post-opératoire. Toutes celles qui y ont eu recours décrivent des douleurs intestinales intenses. Cette prise en charge ne semble pas adaptée.

La diététicienne ne connaissait pas le schéma de reprise alimentaire, ni l'accompagnement de la reprise du transit suite à un jeûne.

2.4. « L'isolement »

L'annonce du protocole, le vécu de sa mise en place ainsi que la décision de sortie sont intimement liés et seront donc abordés successivement.

La mise en place de l'isolement

Le protocole d'isolement n'est pas mis en place de façon identique entre les services, ni d'un soignant à l'autre : en GHR la tendance est à la non application stricte du protocole d'isolement, quelques adaptations seront accordées par certains soignants ou en cours d'hospitalisation. Ces différences ont permis de se compléter et finalement de confirmer les résultats.

L'isolement inclut : le noir, la non utilisation du téléphone, de la télévision, l'absence de visite et d'échange avec d'autres patientes. Le Tableau 4 présente la mise en place plus ou moins stricte de l'isolement au cours de la 1^{ère} hospitalisation (à noter que la mise en chambre double s'est faite de façon exceptionnelle).

Service		CG	GHR
Chambre seule	Oui	9	
	Non		1
TV	Interdite	9	1
Téléphone	Autorisé	1	1
	Autorisé avec limites	1	
	Interdit	7	
Visites	Autorisées	0	1
	Autorisées avec limites	1	
	Interdite	7	
	Interdites puis autorisés	1	

Tableau 4 : Les différents items du protocole d'isolement et leurs applications

L'isolement strict a donc été appliqué pour neuf patientes. Pour deux d'entre elles, il ne sera pas appliqué lors de la 2^{ème} hospitalisation : une étant hospitalisée en GHR et une autre l'ayant refusé, le jugeant inutile. « *Je leur ai dit ça ne sert à rien du tout, la 1^{ère} fois ce protocole n'a pas servi du tout.* »

L'annonce du protocole et les raisons invoquées

Ce sujet est abordé par trois patientes. Il est relaté que les raisons invoquées sont un besoin d'être mise à distance d'un environnement familial « stressant » cause des vomissements. Toutes expriment que ces explications sont incompréhensibles « *Je ne comprends pas qu'on fasse des interdictions, qu'on interdise le téléphone* », culpabilisantes « *on m'a expliqué pourquoi. On m'a expliqué que c'était parce que cela pouvait venir de mon environnement* », pour le conjoint souvent présent « *mon mari aussi avait les larmes aux yeux.* » « *Je ne voyais pas le rapport. Si mon mari me stresse, il va falloir que je sois éloignée de lui pendant neuf mois.* »

Aucune place à la discussion ou à l'aménagement de ce protocole ne semble possible à ce moment là « *On m'a dit : ici c'est comme ça.* »

Ces femmes, initialement soulagées d'être hospitalisées dans un lieu sécurisant qui va les soigner, se retrouvent face à une mesure vécue comme une sanction, une punition.

Le vécu pendant l'hospitalisation

Parmi les patientes concernées par le protocole d'isolement, une seule témoigne d'une indifférence complète, son état physique l'explique : « *Je ne tenais pas debout, je n'avais qu'une envie c'était de m'allonger et être soulagée. Pour le reste on pouvait me proposer n'importe quoi.* »

Les autres patientes expriment un sentiment d'enfermement. « *Je me suis dit qu'ils me laisseraient marcher un peu dans le couloir. En fait non je n'avais pas le droit de sortir de ma chambre.* » « *J'étais enfermée.* »

Cette décision imposée est vécue comme une punition, un chantage « *On m'a dit que je pourrais sortir et voir mon mari une fois que je ne vomirai plus, une fois que je remangerai. Quelquefois j'avais vraiment envie de vomir je me retenais au maximum* » et sa mise en place infantilissante « *l'infirmière a voulu me le (son téléphone) prendre, me le confisquer.* »

Cela « coupe » les patientes déjà angoissées de la personne qui les sécurise, qui a pris soin d'elles jusqu'à présent, qui les a amenées ici. « *Le fait d'avoir une visite d'avoir sa famille à ses côtés, une personne qu'on aime à côté de soi, ça soulage aussi.* » Le noir qui fait perdre la notion du temps, l'absence d'information sur la durée potentielle de cette hospitalisation ajoutent une perte de contrôle, puis de repères. « *Etre dans le noir comme cela pour moi ce n'était pas possible de me reposer. Il faut imaginer que l'on ne connaît pas la date de sortie. En fait on ne sait pas combien de temps ça va durer. Attendre que l'heure passe. C'est horrible.* »

L'ensemble : le noir, l'absence de bruit, de contact, l'enfermement entre quatre murs, la posture allongée imposée par la faiblesse et le jeûne, ont une connotation mortifère et aggrave leurs angoisses. « *C'était dur, c'était dur oui, lorsque tu es toute seule dans le noir, ça s'aggrave. La maladie s'aggrave.* » « *Je ne sais pas mais déjà on est malade déjà on vomit mais si avec ça en plus on est isolée ça devient encore plus grave.* » « *Quelquefois je pleurais toute seule sous ma douche ou dans les toilettes. Je pleurais. J'étais toute seule toute seule dans le noir je pleurais je pleurais j'étais toute seule.* »

Enfin, être consignée dans une chambre sombre sans autorisation d'en sortir, avec comme seul lien avec l'extérieur l'infirmière qui devient geôlière, amène en plus d'un sentiment d'enfermement, de persécution, un sentiment de folie. « *Je pensais qu'ils me prenaient pour une folle.* » « *J'avais l'impression d'être en hôpital psychiatrique.* » « *Je devenais folle.* »

Les patientes vont mettre en place une stratégie de fuite ou d'évitement.

Trois qui réussissent à s'y adapter, s'autoriseront à l'enfreindre dès qu'elles iront mieux « *Je me cachais pour téléphoner.* »

D'autres le tolèrent difficilement et mettront en œuvre très rapidement une stratégie pour quitter au plus vite le service et ne plus y revenir. « *J'avais l'impression d'être enfermée, que c'était tout contre moi. Je me disais il va falloir que je me sauve d'ici.* » « *Me mettre dans la chambre dans le noir seule non j'ai dit non, non, non, je préfère rester chez moi plutôt que d'être enfermée.* »

Pour d'autres encore ce sera une plongée dans l'angoisse avant de retrouver la force de mettre en place après quelques jours une fuite.

La décision de sortie

Cette analyse a été confirmée par les éléments de décision de sortie. Les patientes ayant exprimé une totale incompréhension ou une angoisse à vivre cet isolement vont déployer toutes leurs ressources pour sortir au plus vite : certaines vont cacher leurs vomissements, d'autres les ré-avaler, enfin d'autres dire au médecin « *ce qu'il veut entendre* », ou encore exiger une sortie. « *Ils me disaient que je devais attendre mais moi je leur disais que ce n'était pas possible. J'ai forcé la main.* » « *Je l'ai regardé droit dans les yeux, je lui ai dit ce n'est pas possible, je dois rentrer chez moi.* »

Huit sorties se feront à la demande plus ou moins « exigeante » de la patiente ou sur la base d'informations fausses. « *Ils m'ont demandé si j'allais mieux j'ai dit oui (...)* *Lorsqu'ils ont enlevé les perfusions, je ne tenais pas debout. J'avais appelé mon mari pour qu'il vienne me chercher, je suis rentrée chez moi.* » « *J'ai fait semblant de ne pas vomir, quand je vomissais je le cachais aux personnes. Je ne leur disais pas pour qu'ils me laissent sortir, je leur disais que ça allait bien donc je suis sortie.* » Ceci nous amène à constater que la mise en place de l'isolement d'une façon inadaptée peut non seulement aggraver les angoisses mais amener les patientes à sortir prématurément (une sortie contre avis médical, une sortie

d'une patiente ne tenant pas debout, deux sorties de patientes ayant menti ou caché leurs vomissements), soit 40 % des sorties.

Les patientes non soumises à ce protocole mais recevant plus simplement des conseils de repos vont témoigner que la période d'hospitalisation a été bien vécue, reposante, soignante. « *Après deux, trois jours j'ai commencé à me sentir mieux ensuite je me suis dit il ne faut pas que je sois pressée il ne faut pas que je sorte trop tôt. Ça pourrait recommencer* ». Pour ces patientes, la sortie va se décider conjointement entre elles et le médecin.

Il apparaît donc que le vécu de l'isolement dépend de deux facteurs : la façon dont ce protocole est présenté et mis en place, et le niveau d'angoisse de ces patientes (angoisse de mort, angoisse de séparation avec le conjoint) à l'arrivée dans le service.

Une première écoute de ces témoignages aurait pu faire penser que c'était le principe de l'isolement en lui-même qui était à proscrire. Mais l'analyse détaillée des propos des patientes, de celles hospitalisées sans application du protocole, la mise en lien avec les solutions mises en place après hospitalisation (abordées dans le paragraphe 2.7 de cette partie) nous amènent à comprendre que c'est sa mise en place qui est délétère.

2.5. Relation avec les soignants

Infirmières et sages-femmes

Six patientes hospitalisées en gynécologie expriment s'être senties sécurisées par les infirmières « *qui répondent tout de suite aux sonnettes.* » Elles soulignent leur réactivité et leur disponibilité, « *les infirmières elles étaient tout le temps là elles vérifient tout le temps si ça va bien.* » quatre d'entre elles témoignent avoir reçu un réel soutien, avoir pu échanger même rire avec les infirmières.

Par ailleurs, deux signifient que cela dépendait des équipes. Deux expriment s'être senties seules, non comprises, non soignées. « *Elles n'étaient pas aimables j'avais un problème avec ma perfusion qui me faisait mal elles ne venaient pas.* »

Il est retrouvé dans ces témoignages, de façon dispersée, le sentiment de ne pas être crue et reconnue en tant que malade, sujet déjà soulevé précédemment.

Les infirmières ont une posture paradoxale : elles sont celles qui apportent les soins, celles qui annoncent et font appliquer le protocole d'isolement, qui peuvent

y accorder une exception et aussi celles qui font le seul lien avec l'extérieur, avec le conjoint.

Au sein du service de GHR, les trois témoignages parlent de soutien, réassurance, compréhension de la part des sages-femmes. « *Elles me comprenaient* »

La différence de vécu entre les deux services peut s'expliquer par la non application du protocole d'isolement strict dans le service de GHR et aussi par la reconnaissance du statut de femme enceinte induite par ce choix de service.

Remarque : la question sur la relation avec les aides soignantes faisait partie du guide d'entretien. Il a été observé que les patientes ne faisaient pas toujours bien la différence. Effectivement aucune présentation du fonctionnement du service et du personnel et du rôle de chacun n'est réalisée lors de l'accueil en chambre. Aussi, elles sont plus ou moins assimilées aux infirmières ou sages-femmes.

Médecin

Quatre patientes décrivent être rassurées par cette visite du médecin, et trois se sentent soutenues, comprises. « *Le médecin il passait tous les matins, il passait tous les jours. Il me donnait des conseils et me rassurait.* » Six patientes décrivent une entrevue rapide. Une seule patiente décrit ne pas avoir été entendue, ni soignée.

Le médecin est plusieurs fois décrit comme celui qui « *peut décider* », peut décider de donner des traitements plus efficaces, celui qui peut accorder un écart au protocole (notamment la visite du conjoint), surtout c'est lui qui décide ou non de la sortie. Sur ce point, il a été vu précédemment qu'un vrai rapport de force peut se mettre en place.

Psychologue

Du fait même de l'étude, toutes les patientes incluses ont rencontré une psychologue. Pour six patientes, l'entretien avec la psychologue est vécu comme soutenant. Il permet de rompre avec la solitude. Certaines soulignent avoir apprécié d'aborder les conséquences de vomissements sur leur quotidien, l'isolement et les éventuelles explications données. « *Moi psychologiquement ça n'allait pas du tout. J'aurais aimé qu'elle passe tous les jours.* » Une patiente considère cet entretien comme adapté mais lui ayant peu apporté. Deux patientes ne le considèrent pas comme adapté, pour l'une ne répondant pas à

son besoin, pour l'autre non habituée à parler d'elle créant une gêne, une crainte de déranger. Une patiente le refuse catégoriquement le considérant comme inutile « *Je n'ai pas souhaité. Je n'étais pas du tout mal dans mes baskets. Je sais exactement ce qui se passe. Ce n'est pas la première fois. Je sais qu'elles ne pourront pas m'aider. Elles ne peuvent pas grand-chose.* » Aucune différence entre les services n'est observée, ni le contexte de 1^{ère} ou 2nde hospitalisation.

La posture du psychologue peut être, elle aussi, ambiguë. Dans un contexte d'isolement imposé, cet entretien faisant lui aussi partie du protocole peut être vécu comme obligatoire ou comme une nouvelle étape à franchir avec succès pour accéder à l'autorisation de sortie. Cet entretien peut aussi sous entendre que ces symptômes sont induits par une maladie psychique qui serait alors la seule reconnue. A nouveau, la manière dont l'utilité de cet entretien est comprise et présentée par l'équipe médicale conditionne en partie l'accueil réservé à cet entretien et donc le soutien qu'il peut apporter.

Diététicienne

Ce point a été abordé dans le paragraphe sur le vécu de la reprise alimentaire

Assistante sociale

Deux patientes ont vu l'assistante sociale et ont apprécié son aide administrative et son soutien. « *Il y a eu aussi l'assistante sociale de l'hôpital qui est venue me voir. Elle m'a présenté à d'autres dames africaines pour que je connaisse du monde. Ca m'a fait beaucoup de bien.* »

Le paragraphe sur l'isolement a montré que son application stricte pouvait positionner les patients dans une posture délicate. A minima les soignants sont mal à l'aise dans sa justification, au pire ils adoptent une posture de contrôle, d'autorité voire de persécuteur. Ceci met à mal la confiance que les femmes pourraient leur accorder, et prive les professionnels de santé de leur rôle de « prendre soin », de « porter » cette femme enceinte malade. Effectivement, dans la synthèse des éléments soutenant, la présence du personnel apparaît en 2^{ème} position (après le traitement médical) et dans les mêmes proportions que la structure hospitalière dans ce qu'elle peut représenter de rassurant. La relation au personnel fait donc bien partie des éléments qui peuvent soutenir et accompagner la diminution des symptômes et la guérison. Il est observé que

l'application inadaptée d'un protocole et/ou la méconnaissance de cette pathologie peut retirer un soutien précieux à des femmes malades qui en ont besoin.

2.6. L'échographie

Beaucoup de patientes abordent spontanément l'échographie lorsqu'elles décrivent leur accueil aux urgences comme venant confirmer la grossesse (qui pourrait pourtant déjà l'être par l'intensité des vomissements). 5 expriment une inquiétude pour le bébé. Les nullipares évoquent toutes être très rassurées, elles ont du mal à concevoir que cette grossesse puisse se prolonger dans un tel contexte de vomissements répétés et d'épuisement physique. *« Je m'inquiétais pour mon bébé, je vomissais, je ne me nourrissais plus. Je me demandais comment il pouvait grandir. Le voir c'est rassurant. »* Les multipares ayant déjà fait l'expérience d'une « grossesse et vomissements » sont moins inquiètes.

Lorsque les femmes témoignent de leur vécu en cours d'hospitalisation, elles n'évoquent pas leur enfant ni l'échographie. C'est la question incluse dans le guide d'entretien qui amène le sujet. Souvent, elles reprendront le terme utilisé ex : fœtus, bébé ou ... grossesse, la période d'hospitalisation se déroule à un terme où l'enfant n'est pas encore représenté dans l'esprit des femmes. Concernant l'échographie en cours d'hospitalisation, deux patientes ont témoigné sur le sens que cela donne aux vomissements, à la souffrance physique et morale endurée. *« L'échographie, c'était primordial. Vu que dans l'état où j'étais. Ce qui fait tenir lorsqu'on a l'impression d'être très très malade d'être au fond du gouffre au fond ce qui nous aide à tenir c'est seulement la bonne cause, c'est pour la cause d'un bébé c'est primordial de mettre une image. » « L'échographie ça m'a permis aussi d'avoir plus de courage par rapport à la maladie je me suis dit que c'était une bonne cause quand je le voyais bouger. Ça me soulageait. »*

Place de la grossesse

Plusieurs patientes n'ont pas évoqué la grossesse avant d'aborder le temps de l'échographie. Les mots utilisés seront pour plusieurs ceux proposés dans la question.

Un sujet inattendu est apparu à ce moment-là : deux femmes ont osé dire qu'elles s'inquiètent pour elles avant de s'inquiéter pour leur enfant, que leur peur de mourir est tellement prégnante qu'elle est au 1^{er} plan. *« Non je ne m'inquiétais pas pour lui, quand je vomissais non, non je m'inquiétais pour*

moi »une patiente envisage une IVG et en témoigne, deux patientes l'évoquent à mots couverts« *Oui j'étais inquiète pour mon bébé j'étais tellement fatiguée que je pensais à tout j'étais trop fatiguée j'avais tout dans ma tête, je pensais à tout.* » IVG ou suicide ?, la patiente ne le précisera pas. Il est supposé qu'elles sont plus nombreuses à y avoir pensé : il est difficile d'admettre de tels vœux et donc probablement difficile de l'aborder dans un entretien isolé, par téléphone et à un terme avancé de la grossesse. Pour ces femmes affectées de vomissements incoercibles cohabitent deux sentiments : l'inquiétude pour le développement de ce bébé et le souhait que cette grossesse s'arrête pour que cessent les vomissements, ambivalence normale de la femme enceinte probablement majorée ici. Aucune ne témoignera que l'hospitalisation ait pu l'aider ni dans l'expression de ce sentiment, ni dans sa diminution.

Enfin, trois patientes exprimeront avec émotion, et souvent comme une confiance de fin d'entretien, que cette expérience des vomissements gravidiques sévères sera un frein à une autre grossesse, l'une d'entre elles répète doucement et fermement « *plus jamais, plus jamais* », témoignant par là même d'un vécu traumatique.

2.7. L'après hospitalisation

Les patientes n'évoquent pas de conseils de sortie (exception faite de ceux donnés par la diététicienne à deux d'entre elles). Il est observé qu'elles conservent des habitudes découvertes en cours d'hospitalisation dans deux domaines : le repos et l'alimentation. « *J'ai continué à manger des épinards et des brocolis tout ce qu'on me donnait à manger à l'hôpital.* »

Quatre décrivent une reprise et/ou une intensification des nausées et vomissements à leur retour, notamment la 1^{ière} journée. « *Je suis rentrée chez moi. Ça n'allait pas du tout, la journée même j'ai recommencé à vomir.* » Elles sont sept à toujours vomir le jour de l'entretien téléphonique (réalisé entre 20 et 35 SA). Quatre patientes témoignent souffrir de la persistance des vomissements. Les trois autres les tolèrent mieux, les considérant comme normaux dans un contexte de grossesse et surtout les vivant mieux physiquement. « *Je vomis toujours mais ce n'est plus comme avant, ce sont les vomissements du matin ceux de la grossesse.* »

Concernant le traitement, deux patientes le poursuivent (doxylamine et métoclopramide) jugé nécessaire et efficace, les autres patientes l'ont interrompu

jugé inefficace ou à risque pour leur enfant. Ces éléments réaffirment la banalisation de ces symptômes et la difficulté thérapeutique à les soulager.

Le Tableau 5 résume les solutions mises en œuvre par ces patientes pour minimiser leurs symptômes.

		n=9
Repos		8
Manger	En respectant ses envies	6
	Des plats préparés	6
	<i>Par son mari ou achetés tout prêts</i>	
	En fractionnant les repas	5
	Avant le lever le matin	3
Aliments	Neutres / sans odeur	8
	<i>Féculents, riz, pommes de terre</i>	5
	<i>Légumes</i>	3
	Saveur acide	3
	Saveur menthe	3

Tableau 5 : Les solutions mises en œuvre par les patientes à leur retour à domicile

Favoriser le repos, manger en fonction de ses envies, des repas sans odeur, idéalement tout prêts (cela limite les odeurs lors de la préparation), consommer régulièrement des boissons acides ou à base de menthe, fractionner les prises sont des solutions qui sont régulièrement revenues.

Partie IV. Discussion

1. Principaux résultats

Cette étude qualitative s'est appuyée sur 10 entretiens semi-dirigés. La saturation a été atteinte.

Représentativité de l'échantillon

Quelques caractéristiques de notre population ont été comparées avec celles de l'étude Hastoy et al. (31) menée en maternité de type III entre 2006 et 2009 à la Réunion incluant 256 patientes. Elles sont présentées dans le Tableau 6.

	Etude Hastoy et al. n=256	Notre étude n=10
% de femmes enceintes affectées par des vomissements incoercibles	1,4%	1%
Âge moyen	26,6 ans	26,8 ans
Terme moyen lors de l'hospitalisation	9,6 SA	9,4 SA
Durée moyenne de l'hospitalisation	4,15 j	3,3 j
% de ré-hospitalisation	21%	30%
% de sorties contre avis médical	4%	10%

Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques de la population avec l'étude Hastoy et al (31)

Ces éléments de comparaison nous permettent de considérer notre échantillon comme représentatif.

L'angoisse

Une angoisse importante, une angoisse de mort a été identifiée chez ces patientes. Ce résultat est en cohérence avec les conclusions de l'étude d'Uguz et al. (23) qui montrait un état quasi-dépressif chez ces patientes. Il ne répondait pas au questionnement de cette étude, mais comme cela a déjà été dit, il était important de le connaître pour comprendre le vécu d'une partie de la prise en charge et l'améliorer.

Le vécu du traitement médical

Les perfusions de réhydratation permettent aux femmes de sortir d'un état de mal être. Les antiémétiques diminuent l'intensité des symptômes mais restent globalement insatisfaisants : les patientes conservent des vomissements, et des nausées en cours d'hospitalisation et dans les semaines qui suivent. Les recommandations professionnelles ne sont pas appliquées (7). Il est effectivement reconnu aujourd'hui qu'il n'existe pas de traitement parfaitement efficace des

nausées et vomissements sévères de la grossesse (4). De plus, le seul traitement ayant prouvé son efficacité est encore peu proposé, peu connu des professionnels de santé, ce que confirment cette étude et celle de David-Gruselle faite auprès de médecins traitants (4).

Le vécu du jeûne, de la reprise alimentaire et de la reprise du transit

Aucune étude n'a été retrouvée sur le vécu du jeûne, de la reprise alimentaire et de la reprise du transit dans un contexte d'hyperémèse gravidique. Les résultats qui suivent sont difficilement comparables.

Le jeûne est bien compris, majoritairement bien vécu, et ceci peut se généraliser. La reprise alimentaire, quoique perfectible, est admise par les patientes comme conforme à ce qu'il peut être proposé en structure hospitalière. Un écart est observé avec les préconisations de reprise alimentaire suite à un jeûne (58). La nécessité de réintroduire progressivement les aliments par famille y apparaît notamment. Cela semble conditionner une reprise progressive du transit.

Concernant la conduite de l'alimentation des jours suivants, un écart existe entre les propositions faites au sein de la structure et les recommandations usuelles (fractionnement des repas, apport de féculents etc.) (12,25).

L'hospitalisation, un temps d'éducation thérapeutique

Les solutions mises en place dans la période d'après hospitalisation rejoignent celles déjà connues (25). Ce qui ressort, c'est la singularité et la non exhaustivité des solutions : toutes ne conviennent pas à toutes les femmes. Il serait intéressant de les lister et de faire de la période d'hospitalisation un temps d'éducation thérapeutique : après avoir expérimenté différentes formes de repos, d'alimentation et compris individuellement ce que cela peut lui apporter, chaque femme pourrait lors de son retour au domicile tenter de recréer des conditions favorables à la diminution des symptômes persistants. Ce résultat original n'a été retrouvé dans aucune publication.

Le vécu de l'échographie

Les échographies sont des moments importants : elles confirment la grossesse et son évolution, elles rassurent et donnent du sens. L'échographie prend donc ici une dimension thérapeutique qui dépasse son objectif médical. Elle répond à un besoin de sens qui est un besoin essentiel du malade (59). Ce résultat est généralisable et peut expliquer l'intérêt d'une écoute quotidienne des bruits du cœur retrouvée dans certains établissements.

De « l'isolement » au ... repos

Concernant « l'isolement », il ressort de l'étude que son application stricte est inadaptée, cause d'aggravation des angoisses, et même dommageable puisque cela peut conduire les femmes à cacher leurs symptômes, à sortir prématurément ou contre avis médical. Les vécus décrits par les patientes sont très comparables à ceux de l'étude de Cano et al. (49) où il apparaissait que 66% des patients vivaient l'isolement comme traumatisant avec une dimension punitive et dévalorisante (45). Ce qui a été compris ici c'est que ce ne sont pas les principes sous jacents qui sont à remettre en cause mais leur mise en place. Il est intéressant de constater que les principes de repos retrouvés depuis plusieurs décennies dans la littérature et ayant, d'après certains auteurs, prouvé leur efficacité dans la diminution des symptômes ne sont pas rejetés.

Autant il va être important de proposer, d'offrir à ces patientes un temps de repos en leur proposant une hospitalisation, autant il est indispensable de le mettre en place en accord avec elles, en leurs expliquant l'intérêt et en respectant leurs besoins. Dans la même perspective, l'étude de Cano et al. (49) concluait à l'importance de laisser le patient « agent de son autonomisation par une information appropriée » afin qu'il puisse trouver « du sens à l'isolement. »

Des patientes... enceintes et malades

Cette étude, notamment du vécu de l'accueil aux urgences, nous a révélé que la pathologie gravidique n'est pas reconnue ; ces patientes sont peu reconnues comme malades ni par leur entourage lointain, ni par les professionnels de santé.

Des hypothèses apparaissent à la lecture des articles sur ce sujet et au travers des témoignages de cette étude (5, 43, 45) :

Le refrain « la grossesse n'est pas une maladie » plane dans les discours, le fait que les nausées et vomissements soient caractérisés « petits maux » de la grossesse et la cause psychologique longtemps prédominante dans l'histoire de la compréhension de cette maladie (aujourd'hui révoquée par les dernières études) sont très présents dans les croyances collectives et peut amener ce regard inadapté.

Ceci peut aussi expliquer en partie le positionnement des soignants. La croyance que cette pathologie est une somatisation d'un conflit psychologique les amène à ne pas la considérer comme les autres pathologies de la grossesse, et à ne pas regarder et accompagner ces patientes comme des patientes malades. Peu

s'intéressent à cette pathologie de la grossesse et peu la connaissent Cette méconnaissance est retrouvée en filigrane tout au long de notre étude (lors du diagnostic, de l'annonce du protocole d'isolement, de la prise en charge de la reprise alimentaire ou du transit, de l'entretien psychologique, etc.).

Au CHR d'Orléans, ces femmes ne sont pas hospitalisées dans le service des femmes enceintes, des « grossesses pathologiques », mais dans celui où sont hospitalisées les femmes vivant des fausses-couches précoces ou tardives, des IVG, ainsi que les femmes subissant une opération chirurgicale gynécologique ou sénologique. Ce résultat n'était pas attendu, mais très prégnant tout au long des témoignages. Aucune publication s'intéressant aux représentations des soignants n'a été trouvée.

Le besoin de présence des soignants

Il a été constaté que la prise en charge de cette maladie se réduit souvent à une prise en charge du symptôme, et non de la pathologie dans son ensemble. L'étude a montré que les soignants jouent un rôle clé dans l'accompagnement vers une guérison. Leur présence est rassurante, réconfortante. La prise en compte de la souffrance psychologique induite semble réduite à la proposition d'une consultation psychologique (quand celle-ci n'est pas associée à l'accompagnement d'un conflit psychologique cause de ces vomissements). Pour autant, ces femmes ont besoin d'être entendues, elles sont angoissées pour leur vie, et cela a des répercussions sur le vécu de leur grossesse. Cette angoisse peut être accompagnée par tout soignant présent auprès d'elle. L'importance de ce rôle a été identifié dans la littérature pour tout patient, et est largement généralisable dans le cas des patientes affectées par des vomissements gravidiques (55). Cette conclusion s'applique tout particulièrement à l'accompagnement psychologique. Ce point, déjà connu est confirmé par une étude récente qui montre la diminution des symptômes lorsque la prise en charge médicale est couplée à une psychothérapie (44).

2. Forces et faiblesses

2.1. Forces

Choix de la méthode

Le but était de recueillir des témoignages authentiques. Pour cela, plusieurs choix ont été posés lors de l'élaboration du guide d'entretien: faire présenter l'étude par un professionnel, préciser ses objectifs notamment d'amélioration, poser des questions ouvertes, réaliser cet entretien lors d'un 2^{ème} contact pour laisser un temps de préparation aux femmes et prendre le temps de partir du contexte de début de grossesse et d'apparition des vomissements (56). Le taux de participation est élevé : 70 %. Plusieurs témoignages ont contenu un quasi-monologue de 20 minutes dense en informations et en émotions. De manière générale les témoignages ont été longs (50 minutes), spontanément longs. Ces femmes avaient à dire, soulagées ou contentes de témoigner. Cela a permis des témoignages riches en informations, couvrant toute la période de l'avant à l'après hospitalisation et permettant d'avoir une vision très globale de leur vécu.

Complémentarité des entretiens

Les patientes incluses n'avaient pas toutes été hospitalisées dans le même service, ni dans les mêmes conditions (application du protocole d'isolement de façon plus ou moins stricte). Ceci aurait pu compliquer l'analyse, amener des résultats contradictoires. Ces différences ont été riches, elles ont permis au sein de la même étude de comparer différents modes d'application du protocole et de confirmer finalement les résultats.

Méthode d'analyse

L'analyse a été réalisée avec une grille de lecture détaillée permettant une lecture thématique qui évitait de rester imprégnée du témoignage quelquefois poignant de chaque patiente. Il a été réalisé individuellement puis en partie en binôme avec la psychologue pour amener des regards différents, éviter les interprétations personnelles et permettre une confrontation de la compréhension des témoignages. De plus, cette analyse qualitative a été complétée par une analyse quantitative basée à la fois sur des questions de synthèse posées en fin d'entretien et sur une quantification des réponses à certains thèmes. Ces deux points ont permis de s'affranchir au mieux de la dimension subjective de ce type de méthode.

2.2. Biais et limites

Taille de la population

La population se limite à 10 patientes. Toutefois la comparaison des caractéristiques de cette population avec celle d'une étude de grande échelle (256 patientes) montre qu'elle est tout à fait représentative. De plus, une redondance a été observée, la saturation a été atteinte.

Du recrutement

Un biais d'inclusion existe du fait du mode de recrutement : trois patientes hospitalisées sur un week-end ou pendant une très courte durée n'ont pas été vues par les psychologues. Elles peuvent être :

- des patientes hospitalisées pour symptômes modérés, ce qui modifierait le pourcentage de femmes s'étant senties « non crues » à l'accueil aux urgences,
- des patientes sorties prématurément parce-que fuyant le protocole d'isolement.

L'étude de leur dossier pourrait donner des éléments de réponse. Ceux-ci modifieraient les proportions mais pas les conclusions tirées des témoignages.

L'exclusion des patientes ayant présenté une fragilité psychologique ou ayant eu recours à une IVG induit un biais de recrutement. Cela ne modifie pas les résultats, il est certain que ces patientes tout autant que les autres requièrent une prise en charge globale.

Concernant les perdues de vue, plusieurs hypothèses apparaissent. Elles peuvent être :

- des patientes qui vomissaient encore (une patiente a évoqué lors du 1^{ier} contact téléphonique ne toujours pas avoir la force de parler du fait des vomissements),
- des patientes guéries et ne souhaitant pas revenir sur cette période,
- des patientes non satisfaites de l'entretien avec la psychologue,
- des patientes non intéressées par cette étude et ayant donné un 1^{ier} consentement pour satisfaire la psychologue ou donner « les bonnes réponses pour pouvoir sortir »,
- enfin des patientes qui ont très bien vécu leur hospitalisation et qui n'ont rien à dire à une étude.

Il existe ici un biais de motivation.

La date de réalisation des entretiens a été définie pour limiter le biais de confusion : les patientes ont toutes été contactées avant leur accouchement pour limiter une confusion avec le vécu de la période d'hospitalisation en suites de

couche. De plus, une question concernait les antécédents d'hospitalisation, elle avait pour objectif d'évaluer si ce vécu était bien propre à cette expérience. Ceci a été confirmé à plusieurs reprises, les patientes distinguant bien leurs différentes hospitalisations.

Il a été décidé de les contacter à distance de leur hospitalisation, pour leur laisser un temps de prise de recul et permettre de les contacter à un moment où les vomissements sont arrêtés. Ceci induit un biais de mémorisation. Au cours des témoignages il a été observé quelques oublis par exemple des noms de médicaments prescrits (données retrouvées par ailleurs dans le dossier). Les détails donnés par ailleurs, montraient généralement des souvenirs précis « *J'ai été hospitalisée un mardi et je me souviens je suis sortie le dimanche.* »

De la méthode de collecte, des entretiens

Réaliser ces entretiens par téléphone privait des informations liées à la communication non verbale, aux expressions corporelles. Et, il était plus difficile « face » à un silence de savoir si c'est un silence de récupération, d'émotion, de malaise ... L'analyse des émotions, silences ou équivoques est donc plus empreint de subjectivité que dans un entretien de visu. Toutefois le fait que les entretiens aient été enregistrés a permis de les réécouter plusieurs fois et de prendre le temps comme cela a déjà été dit d'écouter le ton, le rythme.

La capacité à ne pas induire, à laisser des silences, temps de réflexion après les questions, s'est acquise au fil des entretiens. Les derniers entretiens sont ceux où les peurs de mourir, les questionnements autour de l'IVG ont émergé, probablement plus « entendables », et donc dicibles.

Le fait que les entretiens soient conduits par une future sage-femme a pu induire certaines réponses très positives à l'égard du soutien des sages-femmes en GHR.

Du contexte

La maternité a déménagé en cours d'étude : cela a pu induire un stress chez les équipes, une disponibilité moindre. S'est enchaînée une période de vacances d'été qui amenait des remplacements et une moindre disponibilité des médecins. Ceci a pu influencer l'appréciation de la disponibilité des équipes soignantes.

Enfin, la réalisation de l'étude en elle-même induit un biais, les infirmières ayant été rencontrées et informées de cette étude.

De la méthode d'analyse

Il a été vu que des outils et un travail à deux ont été déployés pour limiter les

interprétations. Pour autant une part de subjectif et de sensibilité personnelle persiste nécessairement dans ce type d'étude.

3. Perspectives

Concernant l'angoisse

L'angoisse largement évoquée mériterait d'être mieux comprise par une étude qualitative s'appuyant sur le vécu de ces femmes. Il s'agirait d'étudier la présence de pensées suicidaires et de souhaits d'IVG et si cela se confirme d'en analyser les motifs et éléments déclenchants.

Concernant le traitement médical

Les résultats concernant l'insatisfaction des traitements ne sont pas complètement généralisables, dépendant du protocole médicamenteux. Il serait intéressant de réaliser cette étude dans un établissement où les recommandations professionnelles sont mises en place et d'évaluer si l'arrêt des nausées et vomissements y est plus probant.

Des patientes... enceintes et malades

La non reconnaissance de ces femmes comme affectées d'une pathologie gravidique est à comprendre. Des hypothèses ont été formulées en paragraphe « Des patientes ... enceintes et malades ».

La cause psychologique est très présente dans les croyances collectives et peut amener ce regard inadapté. Une étude plus complète serait nécessaire pour le confirmer.

La méconnaissance de cette pathologie par le corps médical est très probablement généralisable en France. Là encore, une étude s'intéressant cette fois à la vision des soignants, aux éventuelles difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces femmes (dont les symptômes résistent, avec lesquelles l'échange est décrit comme compliqué ...) permettrait de mieux comprendre leur vécu, leur posture et leur besoin d'informations.

Vers une prise en charge globale ?

Dans la perspective d'une prise en charge globale, il serait intéressant d'interroger la dimension sociale et familiale. En effet, en plus de l'arrêt de travail, et au regard de la faiblesse de leur état et la persistance des vomissements pour beaucoup d'entre elles, une évaluation de leurs besoins en

terme de soutien à domicile serait pertinente. L'intervention d'une aide à domicile, notamment pour les multipares, pourrait être un soulagement leur permettant un repos plus efficace. Ces points n'ont pas explicitement été abordés dans cette étude et mériteraient d'être complétés.

Autres perspectives concernant le vécu de ces femmes

Enfin, une recherche sur le vécu des femmes enceintes et hospitalisées par exemple pour cholestase gravidique ou pré-éclampsie permettrait de mieux connaître les besoins de ces patientes, et de les comparer avec ceux identifiés ici.

4. Propositions

Une compréhension des besoins de ces patientes et ... une réponse

Un des objectifs de cette étude était de mieux connaître les besoins de ces patientes. L'Annexe VI présente les besoins identifiés au cours de cette étude et des exemples de réponses (non exhaustives). Cette réflexion s'est appuyée sur les besoins de la pyramide de Maslow adaptée au malade (59).

Un protocole mis à jour

Un protocole incluant les recommandations de la littérature et complété des résultats de cette étude est proposé en Annexe VII.

Les principaux changements proposés (par rapport au protocole actuel du CHRO) concernent :

- les critères de sévérité et d'hospitalisation lors du diagnostic (avec notamment comme critère, l'échec des traitements, l'utilisation du PUQE, dont la pertinence dans l'accompagnement au diagnostic vient d'être à nouveau conclue par une étude récente en Norvège (60)),
- la possibilité de proposer une hospitalisation à domicile (HAD) avec visite quotidienne d'une sage-femme,
- l'accueil de ces femmes aux urgences obstétricales par une sage-femme et leur hospitalisation dans le service de GHR,
- le suivi des recommandations en terme de traitement médical,
- la proposition d'écoute quotidienne des bruits du cœur (BDC)
- l'organisation d'un repos avec des modalités définies avec la patiente,
- la proposition d'un entretien avec une psychologue,
- la visite de la diététicienne dès le début de la reprise alimentaire puis quotidiennement jusqu'à la sortie avec adaptation des repas en fonction des envies,

- la visite d'une assistance sociale avec étude de la mise en place d'aide à domicile lors du retour,
- un outil de suivi des nausées et vomissements ou l'utilisation du PUQE lors de la décision de sortie,
- des conseils de sortie (par exemple sous forme de livret-guide).

Il serait intéressant de positionner les parties de ce protocole concernant le repos et les habitudes alimentaires comme une phase d'éducation thérapeutique, permettant aux patientes d'expérimenter et de définir les solutions qui leur sont utiles pour qu'elles puissent les mettre en place à leur retour à domicile.

Mise en place de ce changement de protocole

Ces changements dans les pratiques ne pourront se faire sans un travail de concertation entre les différents acteurs intra (et extra) hospitaliers, en prenant le temps nécessaire de présentation, d'échange et d'adhésion. S'appuyer sur des exemples tirés des témoignages pourra permettre une meilleure compréhension du vécu de ces patientes. Cette compréhension couplée à une présentation des travaux des auteurs des études sur les répercussions psychologiques permettrait de travailler avec les soignants sur leurs représentations (21-24). Il pourrait aussi être intéressant de s'appuyer sur les besoins de ces patientes (cf. Annexe VI) de rechercher en équipe des solutions adaptées au lieu.

Une (in)formation pour les soignants

Cette étude a plusieurs fois montré que la place et le regard du soignant sont essentiels dans la prise en charge de cette pathologie. La méconnaissance de cette pathologie et des besoins de ces patientes peut permettre aux professionnels de santé de pleinement occuper leur place de soignant soutenant. Plusieurs axes de réflexion à apporter à l'enseignement de cette pathologie ressortent de cette étude :

- le positionnement de cette pathologie. Il est intéressant de noter l'évolution au cours des dernières décennies. Dans le livre Manuel de la Psychologie Clinique de la Périnatalité, cette pathologie initialement présentée dans le chapitre « Psychosomatique des situations médicales à risque psychologique » est maintenant dans le chapitre « Les troubles du comportement alimentaire » (45). Dans une présentation du Dr Bacq, hépatologue, les vomissements gravidiques sont abordés dans le chapitre « Maladies hépatiques » au même titre que la cholestase gravidique (61),

- le choix des termes employés. Toujours dans ce cours le titre utilisé est « Hyperémèse Gravidique »,
- la connaissance de la physiopathologie repositionnant au même niveau les causes biologiques, et psycho-sociales et une réflexion sur le statut de « vrai » malade
- la connaissance des critères cliniques de sévérité et des grilles d'évaluation comme le PUQE,
- l'information des conséquences psychologiques, de l'angoisse associées à cette pathologie et de la nécessité d'une prise en charge globale s'intéressant notamment au retour à domicile,
- l'importance du repos, des phases de jeûne et de reprise alimentaire, de l'échographie ou de l'écoute des BDC comme action thérapeutique, de l'hospitalisation comme un temps d'éducation thérapeutique,
- la place de soutien du soignant.

Une réflexion sur les deux premiers points semble essentielle pour redonner une dimension médicale à cette pathologie et lui permettre de trouver une place au sein des pathologies de la grossesse.

Les outils de communication auprès des soignants en activité sont ceux habituels : publications, et présentations en congrès.

Ce changement au sein de la communauté soignante devra bien sûr inclure la formation des professionnels du soin psychique périnatal. Il serait intéressant qu'une synthèse des publications sur le retentissement psychologique paraisse dans des revues comme Spirale et le Journal des psychologues et soient présentées dans des congrès sur la périnatalité (21-24).

Une évolution des représentations collectives

Maintenant que plusieurs études montrent que ces patientes présentent des comportements dépressifs avant tout comme conséquences, il s'agit de faire évoluer les croyances collectives sur ce sujet, en passant par les moyens de communications comme les émissions de télévisions, les articles dans des journaux féminins, et Internet, etc. (22-24)

Conclusion

Les témoignages recueillis au cours de cette étude étaient intenses : longs, denses. Les patientes y ont dévoilé beaucoup de leurs souffrances et de leur intimité. Leur (ré)écoute s'accompagne de sentiments divers : beaucoup d'empathie envers ces femmes qui témoignent d'une grande détresse, de l'impuissance face à ces symptômes d'apparence banale qui résistent aux traitements et aussi des interrogations face à la méconnaissance de cette pathologie notamment au regard des conséquences induites.

Leur analyse a montré une détresse importante déjà présente avant même l'hospitalisation. Cette pathologie gravidique est empreinte de représentations collectives et mal connue des soignants. Ceci amène ces femmes à ne pas être reconnues comme « enceintes et malades » et majore leur angoisse.

L'isolement suivant son mode d'application peut devenir maltraitant. Toutefois, les principes sous jacents de repos restent essentiels et efficaces. La période d'hospitalisation est un vrai temps d'éducation thérapeutique. Soutenu notamment par le (la) diététicien(ne), il prépare à un retour au domicile qui s'accompagne souvent de vomissements persistants. L'ensemble des professionnels de santé (infirmières, sages-femmes, médecins, diététiciennes, assistantes sociales, psychologues) joue un rôle essentiel auprès de ses femmes, par leur simple présence et compréhension de cette pathologie.

Les conclusions de cette étude ont permis de définir un nouveau protocole de prise en charge de « l'hyperémèse gravidique » au sein du CHRO intégrant une prise en charge globale et aussi de proposer des actions pour (in)former l'ensemble des soignants sur cette pathologie de la grossesse.

Références bibliographiques

1. Fairweather DV. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1968;102:135-75.
2. Goodwin TM. Nausea and vomiting of pregnancy: An obstetric syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S184-9.
3. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: a metaanalysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013; 20:e171-83.
4. David-Gruselle A. Nausées et vomissements du premier trimestre de la grossesse - Les « petits maux de la grossesse » vus par les patientes et leurs médecins [Mémoire : médecine].[Nantes]: Université de Nantes ; 2013.
5. Karpel L, de Gmeline C. L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004;33:623-31.
6. Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM, Crouse C. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:592-7.
7. Ducarme G, Dochez V. Vomissements incoercibles de la grossesse. *EMC – Obstétrique/Gynécologie*. 2015;0(0):1-7 [Article 5-033-A-10].
8. Goodwin TM, Hershman JM, Cole L. Increased concentration of the free beta-subunit of human chorionic gonadotropin in hyperemesis gravidarum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:770-2.
9. Deruelle P, Dufour P, Subtil D, Houfflin-Debarge V, Dherbomez A, Wemeau JL, et al. Vomissements incoercibles du premier trimestre de la grossesse : rôle de l'hyperthyroïdie biologique et du sexe fœtal. *Gynecol Obstet Fertil* 2002;30:204-10.
10. Murata T, Suzuki S, Takeuchi T, Takeshita T. Relation between plasma adenosine and serum TSH levels in women with hyperemesis gravidarum.

Arch Gynecol Obstet 2006;273:331–6.

11. Lagiou P, Tamimi R, Mucci LA, Trichopoulos D, Adami H-O, Hsieh C-C. Nausea and vomiting in pregnancy in relation to prolactin, estrogens, and progesterone: a prospective study. *Obstet Gynecol* 2003;101:639–44.
12. Wibowo N, Purwosunu Y, Sekizawa A, Farina A, Tambunan V, Bardosono S. Vitamin B6 supplementation in pregnant women with nausea and vomiting. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;116:206–10.
13. Maltepe C, Koren G. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum- A 2013 update. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2013;20:e184–92.
14. Boltin D, Perets TT, Elheiga SA, Sharony A, Niv Y, Shamaly H, et al. Helicobacter pylori infection amongst Arab Israeli women with hyperemesis gravidarum—a prospective, controlled study. *Int J Infect Dis* 2014;29:292-5.
15. Black FO. Maternal susceptibility to nausea and vomiting of pregnancy: Is the vestibular system involved? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S204–9.
16. Baudrand P. A propos des vomissements graves de la grossesse. Fondements historiques et modernité, de la pratique de l'isolement en service de maternité. [Mémoire: médecine]. [Nancy]: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2003.
17. Charcot JM. Dix-septième leçon :« De l'isolement dans le traitement de l'hystérie ». in *Oeuvres Complètes*, Tome III. Paris, Ed. Lecrosnier et Babé, 1890, pp. 238-252.
18. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. *J Perinatol* 2011;31:10–20.
19. Ferenczi S. Phénomènes de matérialisation hystérique (un essai d'explication de la conversion et du symbolisme hystériques). In *Psychanalyse III (1919-1926)*. Paris, Ed. Payot, coll. « Sciences de l'Homme », 1974, pp. 53-65.
20. Cohen J, Ducarme G, Neuman D, Uzan M. Approche psychosomatique des vomissements incoercibles du premier trimestre. *Gynecol Obstet Fertil*

2007;35:565-9.

21. Simpson SW, Goodwin TM, Robins SB, Rizzo AA, Howes RA, Buckwalter DK, et al. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *J Womens Health Gen Based Med* 2001;10:471-7.
22. Uguz F, Gezginc K, Kayhan F, Cicek E, Kantarci AH. Is hyperemesis gravidarum associated with mood, anxiety and personality disorders: a case-control study. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:398-402.
23. Tan PC, Vani S, Lim BK, Omar SZ. Anxiety and depression in hyperemesis gravidarum: prevalence, risk factors and correlation with clinical severity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;149:153-8.
24. Aksoy H, Aksoy Ü, Karadağ Ö, Hacimusalar Y, Açmaz G, Aykut G, et al. Depression levels in patients with hyperemesis gravidarum: a prospective case-control study. *Springer Plus* 2015;4:34.
25. Bouteleux M. Vomissements incoercibles au premier trimestre de grossesse. Étude rétrospective multicentrique sur 10 ans, à propos de 130 cas [Mémoire : maïeutique]. [Rouen]: Université de Rouen; 2009.
26. McCarthy FP, Khashan AS, North RA, Moss-Morris R, Baker PN, Dekker G, et al. A prospective cohort study investigating associations between hyperemesis gravidarum and cognitive, behavioural and emotional well-being in pregnancy. *PloS One* 2011;6:e27678.
27. Fejzo MS, Ching C, Schoenberg FP, Macgibbon K, Romero R, Goodwin TM, et al. Change in paternity and recurrence of hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:1241-5.
28. Lacasse A. La qualité de vie durant la période gestationnelle: impact et prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse 365p. [Mémoire : Pharmacie]. [Montréal]: Université de Montréal 2008.
29. Mullin PM, Ching C, Schoenberg F, MacGibbon K, Romero R, Goodwin TM, et al. Risk factors, treatments, and outcomes associated with prolonged hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25:632-6.

30. Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité. Paris: Masson; 1999.
31. Chraïbi Z, Ouldamer L, Body G, Bacq Y. Hyperemesis gravidarum: étude de cohorte rétrospective française (109 patientes). *Presse Med* 2015;44:e13–22.
32. Hastoy A, Lien Tran P, Lakestani O, Barau G, Gérardin P, Boukerrou M. L'hyperémèse gravidique : quelles conséquences sur la grossesse ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015;44:154-63.
33. Dodds L, Fell DB, Joseph KS, Allen VM, Butler B. Outcomes of Pregnancies Complicated by Hyperemesis Gravidarum. *Obstet Gynecol* 2006;107:285–92.
34. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol* 2002;100:94-100.
35. Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: epidemiologic findings from a large cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:811–4.
36. Piwko C, Ungar WJ, Einarson TR, Wolpin J, Koren G. The weekly cost of nausea and vomiting of pregnancy for women calling the Toronto Motherisk Program. *Curr Med Res Opin* 2007;23:833-40.
37. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Validity of a modified Pregnancy- Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:71.e1–7.
38. Koren G, Clark S, Hankins DV, Caritis SN, Miodovnik M, Umans JG, et al. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:571.e1–7.
39. Koren G, Clark S, Hankins GDV, Caritis SN, Umans JG, Miodovnik M, et al. Maternal safety of the delayed-release doxylamine and pyridoxine combination for nausea and vomiting of pregnancy; a randomized placebo controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:59
40. Giacosa A, Morazzoni P, Bombardelli E, Riva A, Bianchi Porro G, Rondanelli

- M. Can nausea and vomiting be treated with ginger extract? *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015;19:1291-6.
41. Patientes enceintes gênées par des nausées-vomissements modérés. *Prescrire*. 2013;33:594-5.
 42. Rose B, Scott-Moncrieff C. *L'homéopathie au féminin: un guide facile et complet à l'usage des femmes de tout âge*. Cologne: Könenmann; 2001.
 43. Munch S. Chicken or the egg? The biological-psychological controversy surrounding hyperemesis gravidarum. *Soc Sci Med* 2002;55:1267-78.
 44. Faramarzi M, Yazdani S, Barat S. A RCT of psychotherapy in women with nausea and vomiting of pregnancy. *Hum Reprod* 2015;30:2764-73.
 45. Missonnier S, Roussillon R. *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
 46. Tmim Y. *Hyperemesis Gravidarum à propos de 3 cas et revue de la littérature, 77p*. Thèse: Médecine générale: Créteil ; 2001. Disponible sur : <http://aura.u-pec.fr/scd/theses/th0148854.pdf>
 47. *Nausées et vomissements de la grossesse*. Société Obstétriciens Gynécologues Canada. Disponible sur <http://sogc.org/fr/publications/nausees-et-vomissements-de-la-grossesse/>
 48. Cano N. *Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle*. *L'Encéphale* 2006;32:205-212.
 49. Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes J-M, et al. *L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques*. *Therapeutique* 2011;37:S4-10.
 50. Centre National de Ressources Textuelles et lexicales [Internet]. [Consulté le 4 Juillet 2015]. Disponible sur <http://www.cnrtl.fr/definition/perception>
 51. Magee LA, Chandra K, Mazzotta P, Stewart D, Koren G, Guyatt GH. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J ObstetGynecol* 2002;186:S232-8.

52. Blog intitulé « 9 mois avec ma bassine » [Consulté le 12/06/2015]. Disponible à partir de : URL : <http://9moisavecmaabassine.blogspot.fr>
53. Gadsby R, Barnie-Adshead AM, Jagger C. A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *Br J Gen Pract* 1993;43:245–8.
54. Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, et al. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S220–7.
55. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Paris: ANDEM; 1996.
56. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers* 2010;102:23–34.
57. Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 2e édition. Paris : Dunod ; 2007.
58. Lützner H. Le jeûne: maigrir, éliminer, se désintoxiquer. Mens: Terre vivante; 2013.
59. Janssen T. La maladie a-t-elle un sens ? Enquête au-delà des croyances. Paris: Fayard; 2010.
60. Birkeland E, Stokke G, Tangvik RJ, Torkildsen EA, Boateng J, Wollen AL, et al. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) Identifies Patients with Hyperemesis Gravidarum and Poor Nutritional Intake: A Prospective Cohort Validation Study. *PLoS One* 2015;10:e0119962.
61. Bacq Y. Hépatopathies gravidiques : le point de vue de l'hépatologue - 17^{ème} Rencontres Tourangelles du Collège de Gynécologie du centre Val de Loire; 3 Octobre 2014; Espace Malraux de Joué-les-Tours.

Annexes

Annexe I : Consentement remis à la patiente (page 1)

Bonjour,

Etudiante sage-femme, j'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'étude sur les vomissements qualifiés d'incoercibles qui touchent certaines femmes enceintes.

Pour cela, je cherche à recueillir le témoignage de ces femmes et notamment de celles qui, comme vous, ont été hospitalisées. Je m'intéresse en particulier à ce temps d'hospitalisation, et j'ai besoin de savoir comment vous l'avez vécu.

Si vous acceptez de participer à cette étude, je serai amenée à vous contacter par téléphone pour un échange plusieurs semaines après la fin de votre hospitalisation. Nous fixerons ensemble une date et un horaire qui vous conviennent. Notre échange sera guidé par quelques questions que j'aurai préparées. Des notes écrites seront prises pour garantir la rigueur avec laquelle nos échanges seront ensuite analysés. Elles resteront strictement anonymes.

Pour cela, j'ai besoin que vous signiez une lettre de consentement m'autorisant à vous recontacter et que vous me laissiez vos coordonnées complètes.

Et surtout, je vous remercie par avance pour votre participation précieuse à la réalisation de cette étude.

AnneSylvie Charles

Ecole de sages-femmes - Hôpital Saint-Antoine

Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine Paris VI

CONSENTEMENT à PARTICIPER à L'ETUDE

J'accepte de participer à un entretien téléphonique dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sages-femmes sur les vomissements incoercibles de la grossesse.

Je soussignée,
donne mon consentement pour que mes réponses soient exploitées de façon anonyme dans la phase d'étude et de résultats de ce mémoire.

J'ai bien noté que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, de transmettre mes coordonnées et libre d'interrompre ma participation à tout moment sans donner de raison et sans conséquence.

Je suis informée que j'aurai la possibilité après cet entretien de contacter l'équipe de psychologues du département de gynécologie-obstétrique d'Orléans, si j'en ai besoin.

Fait à Orléans, le -----

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de portable : _____

Numéro domicile : _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____

Annexe II : Extrait du guide d'entretien

1^{er} appel : rappel du contexte -> recueillir son accord / fixer un rdv

Objectifs	
Rapide phrase d'introduction	« Vous avez été hospitalisée en ... pour des vomissements importants au cours de votre séjour à la maternité vous aviez rencontré une psychologue qui vous avez parlé d'une étude réalisée sur les conditions d'hospitalisation », « vous aviez alors donné votre accord pour y participer » « je vous appelle donc dans ce cadre là »
Me présenter	« En qq mots je m'appelle je suis étudiante sage-femme actuellement en dernière année d'étude
Rappeler le sujet de l'étude	« l'objectif de l'étude est de mieux connaître le vécu des femmes hospitalisées comme vous pour vomissements, de mieux connaître vos besoins et vos attentes » « pour pouvoir dans une 2 ^{ème} temps améliorer les conditions d'hospitalisation et le bien être des patientes » « Et donc pour cela j'ai besoin de recueillir des témoignages »
Décrire le déroulement du 2 ^{ème} entretien	« Je vous appelle aujourd'hui pour définir ensemble un jour et un horaire qui vous conviennent » « au cours de cet échange je vous poserai qq questions sur le contexte dans lequel vous avez été hospitalisée, le déroulement de l'hospitalisation ce qui vous a aidé ou moins aidé, et qq mots sur la sortie et l'après sortie », c'est un entretien qui peut durer entre 30 min et 45 min.
Préciser le cadre de confidentialité	« J'ai besoin de retranscrire par écrit notre échange. Cela me permet de ne rien oublier et de le relire plusieurs fois. Pour cela j'ai besoin d'enregistrer notre échange. Dès la retranscription faite, l'enregistrement est effacé. Tout cela se fait dans un cadre de confidentialité. Votre témoignage sera rendu complètement anonyme, il sera identifié par un numéro, votre nom n'apparaîtra pas » « Au cours de cet échange vous pourrez à la fois « tout dire » au sens où les éventuelles critiques sont tout à fait entendables notre but étant justement de nous améliorer » « de la même façon vous êtes libre de ne pas tout dire » « enfin l'entretien peut s'arrêter tout moment si vous le souhaitez »
Recueillir son accord et définir une date et horaire de rdv	« Etes vous toujours prête à participer à cette étude ? » « pouvons nous définir un jour et une heure qui vous conviennent ? »

2^{ème} appel : l'entretien -> recueillir son témoignage

Objectif	Question ouverte	Questions de relance	Questions plus fermées de précision
<u>Introduction</u>	Nous nous sommes parlées au téléphone il y a qq jours » « Je vous propose donc aujourd'hui d'échanger par rapport au vécu de votre hospitalisation pour vomissement » « avez vous des questions suite à notre précédent échange ou pouvons nous commencer ? »		
<u>Connaître l'avant hospitalisation et le contexte de cette décision (10')</u> Eventuellement le contexte de début de grossesse Apparition des vomissements et vécu Connaître les conditions / raisons d'hospitalisation Et/ou ce qu'elle en a retenu	« Pour commencer pourriez vous me dire ce qui vous a amené à être hospitalisée ? dans quel contexte c'est arrivé ? »	Comment avez vous découvert cette grossesse ? Pouvez vous me décrire l'apparition de ces vomissements ? Comment les viviez vous ? qu'est ce que les vomissements impactaient le plus dans votre quotidien ? Vomir qu'est ce que cela évoque pour vous ? Avez vous déjà vécu des situations trajets en voiture ou autre déclenchant des vomissements auparavant ? Et vomir enceinte est ce différent ?	Vous sentiez vous comprise et soutenue ou non ? par qui ? Est ce que qqch vous soulageait ? Y avait il des symptômes associés ?, si oui lesquels ? Vous sentiez vous sales ? vous dégoutiez vous ? quelles modifications corporelles ces vomissements ont amené ? Avez vous consulté votre médecin ? pris des médicaments ou compléments alimentaires ? Avez vous été arrêtée ?

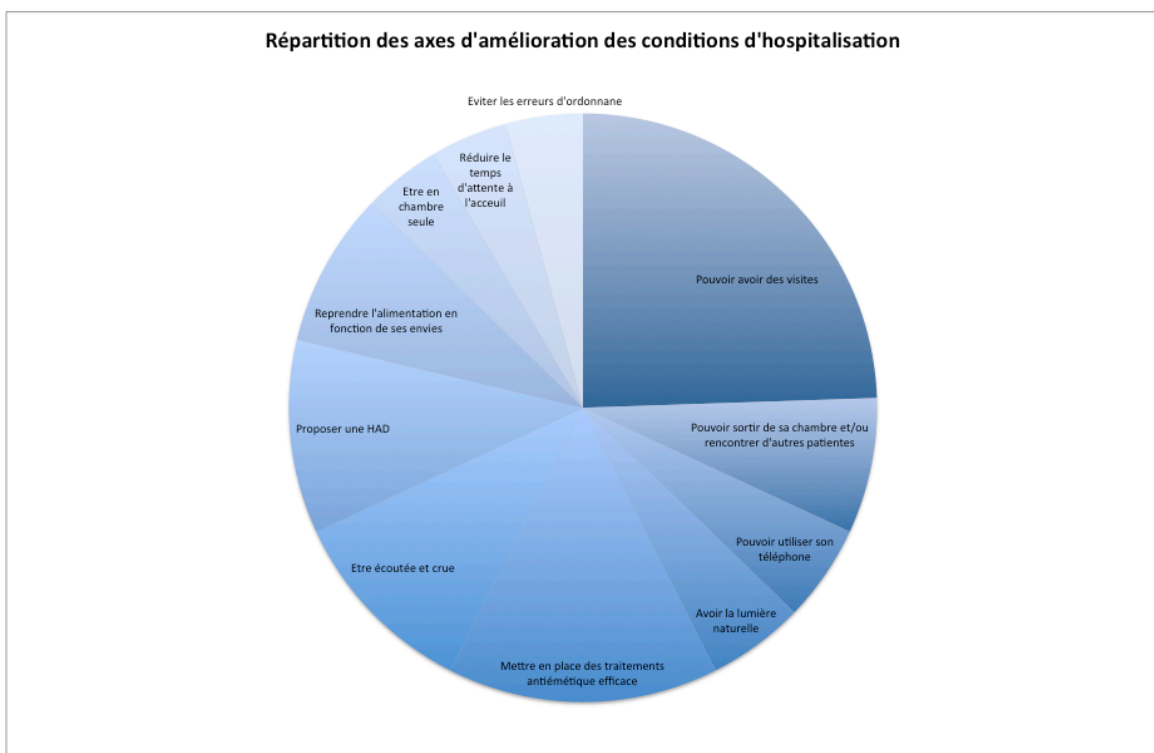
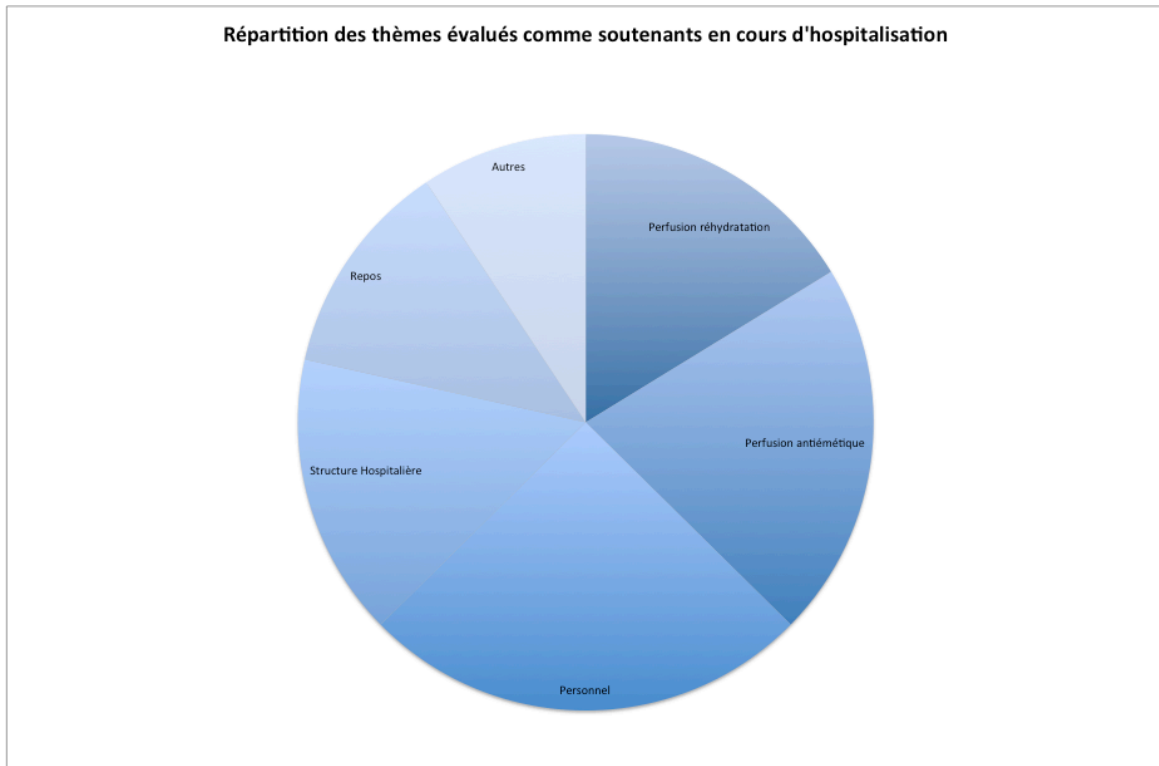
Annexe III : Extrait de la grille de lecture

<p>Connaitre l'avant hospitalisation et le contexte de cette décision</p>	<p>Durée : 1675 mots - 23 min Nbre de questions/reformulation/ relance : 37</p>	
<p>Le contexte de début de grossesse</p>	<p>Age : En couple, grossesse désirée- Après une 1.ière grossesse (petite fille de 2 ans) marquée aussi par des vomissements gravidiques importants ++ (limite hospitalisation) Podologue travaille en libéral-> arrêt de travail difficile</p>	
<p>Le contexte d'apparition des vomissements</p>	<p>Début à 4 semaines de grossesse A tenu un mois (malgré souhait de la gynécologue de l'arrêter plus tôt) Vomit 10 à 15 fois / jour y inclut la nuit – dés position debout - solides et des liquides Différence avec précédente grossesse : difficulté à se reposer / ainée Vomit entre ses consultations, au déplacement Ne tient plus debout – Déshydratation ++ Vertige – Fatigue extrême Perte de poids</p>	<p>« De mon lit aux toilettes je pouvais faire des malaises. Je ne tenais plus de tout debout. J'étais complètement déshydratée. Dès la première semaine. Et du jour au lendemain je ne pouvais plus me lever. J'étais déshydratée. En 48 heures j'ai fini aux urgences pour être hospitalisée. » « Je ne pouvais pas manger, pas boire. Même une goutte d'eau je la revoissais.</p>
<p>Symptômes associés</p>	<p>Continue à travailler dans des conditions difficiles ++ Vomit entre ses consultations Absence de vie sociale</p>	
<p>Conséquences majeures sur le quotidien – le vécu</p>	<p>A consulté 2 fois son médecin Ttt : Homéopathie et Maternov ®</p>	<p>« Tout ce que je mangais je le vomissais. Donc cela m'empêche de faire un peu tout. Je vomissais entre les consultations. Oui j'arrivais à attendre la fin de la consultation pour vomir. Oui mais je ne pouvais pas rester debout. Je ne pouvais pas raccompagner les gens. Si je me m'étais debout je vomissais. » « Je suis podologue en libéral donc forcément je ne voulais pas m'arrêter. J'ai trouvé mon remplaçant en 48h chrono lorsque j'ai été hospitalisée.</p>
<p>PEC médicale avant hospitalisation</p>	<p>A eu des vomissements +++ lors de sa 1.ière grossesse Nausées pendant transport Nausées le matin (en dehors de la grossesse)</p>	<p>« J'ai consulté ma gynécologue. En libérale. Au rendez-vous mensuel, et puis après c'est elle qui a vu que j'avais perdu du poids et qui m'a redonné un rendez-vous. »</p>
<p>Rapport au corps / aux vomissements / ATCD de vomissement</p>	<p>Pas d'ATCD de vomissements gravidiques chez la maman</p>	<p>« Je peux être nauséuse. Vomir c'est très très rare. Nauséuse je le suis dans les transports par exemple. Nauséuse je le suis aussi le matin régulièrement en dehors des grossesses bien évidemment. » « En voiture en train en avion dans tous les transports oui je suis nauséuse</p>

Annexe IV : Extrait du masque de collecte

Numéro d'entretien	2
Terme au jour de l'appel	25
Nationalité / pays d'origine	Française
Entrouage familial	Conflit parents/ belle famille- soutien gd parents+
Date de naissance	07-sept.-96
Age	18 ans
Statut matrimonial	Mariée
Mode de vie	Vie maritale chez belle famille
Personne de confiance désignée	mari
Profession	SP
IMC prégestationnel	
Tabac	
GP	G2P0 - 1 FC
ATCD médicaux	BPCO
ATCD chirurgicaux	Appendicectomie
ATCD gynéco	
ATCD obstétricaux	1 FC
ATCD psychologiques	
ATCD d'hospitalisation pour HG	
Allergie	Fruits
DDG	7-févr.-15
Grossesse désirée / spontanée	Désirée - spontanée après curetage suite FC
Age gestationnel au jour H	7 SA
Date consultation aux urgences	13 mars 15 - 20h00
Cause consultation aux urgence	Adressée par MT pour vomissements et malaise/chutes et inefficacité Ttt
BU	non faite
Perte de poids avant H	8kg
Traitements préhospitaliers	Donormyl - Primperan per os puis en suppo
Remarque	
Poids début H	64
Alimentation avant H	
Date de début d'hospitalisation	13 mars à 22h00
Date de fin d'hospitalisation	16-mars-15
Durée d'hospitalisation(en jours)	3
Critères d'hospitalisation	Vomissements depuis 1 semaine - malaise - perte de poids - Ttt inefficace
Echo	BDC+
Examen clinique d'entrée	
Prescription d'H	Glucidion 2l/24h - Primperan ® 10 mg IV / 8h - Inexium 40 mg IV / 24h + surveillance poids / 24h - constantes - nausées /vomissement/transit - BCD toutes les 24h

Annexe V : Synthèse des actions aidantes et des points d'amélioration



Annexe VI : Exemple d'actions répondant aux besoins des patientes

Les besoins	Exemples de réponses possibles en présence de hyperémèse gravidique (non exhaustif)
Besoin de : <ul style="list-style-type: none"> • connaissance de la pathologie et de • reconnaissance de l'état de malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Nommer la forme sévère « Hyperemesis Gravidarum» • Ecouter la description des symptômes • Utiliser une échelle les actualisant (exemple PUQE) • Mettre en place un suivi médical (proposer des Rdv de suivi à domicile (HAD), en établissement de soins) • Proposer un arrêt de travail
Besoin de : <ul style="list-style-type: none"> • Sécurité 	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer sur la santé de la mère et du fœtus • Réaliser une échographie obstétricale • Expliquer la PEC • Présenter les traitements possibles et leurs limites • Proposer une hospitalisation (en HAD ou en établissement de soins) • Répondre aux sonnettes ++ le 1^{er} jour • Faire une visite quotidienne • Proposer des consultations (psychologues etc.) • Réaliser des BDC quotidiennement
Besoin de : <ul style="list-style-type: none"> • Soins corporels • Soulagement des symptômes • Soulagement de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la douleur • Evaluer les retentissements des nausées et vomissements • Accompagner le jeûne et la reprise alimentaire et la reprise du transit , visite quotidienne de la diététicienne • Mettre en place des traitements de 2nd ligne si échec
Besoin de : <ul style="list-style-type: none"> • Appartenance à un groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Nommer la pathologie • Faire une échographie obstétricale • Hospitaliser dans un service de « grossesse pathologique »
Besoin de : <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie • De reprise de pouvoir 	<ul style="list-style-type: none"> • Co-décider du lieu d'hospitalisation • Co-décider de la sortie • Expliquer les conseils hygiéno-diététique • Fournir un livret • Faire du temps d'hospitalisation un temps d'éducation thérapeutique • Réfléchir à la mise en place d'aides à domicile
Besoin de : <ul style="list-style-type: none"> • Déculpabilisation • Sens 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecouter • Proposer une échographie obstétricale • Expliquer la méconnaissance de la physiopathologie • Proposer rdv avec psychologue

Protocole de PEC des Vomissements Gravidiques

Définition :

Vomissements apparaissant en début de grossesse et concernant 70 % des femmes enceintes. La forme sévère (0,3 à 2% des grossesses) se traduit par des vomissements incoercibles hyperémèse gravidique) altère l'état général, impacte le quotidien et l'entourage, et s'accompagne d'angoisses. Elle nécessite une PEC globale : règles hygiéno-diététiques, accompagnent psycho-social.

Diagnostic :

Faire une échographie obstétricale (évolutivité de la grossesse, élimination d'un môle hydatifor)
Eliminer diagnostics différentiels : fièvre, goitre thyroïdien, douleurs abdominales

Examen clinique : poids du jour, signes de déshydratation

Authentifier et quantifier le nb d'épisodes de nausées et de vomissements par jour (cf. PUQE)

Réaliser les bilans biologiques :

- BU
- Ionogramme sanguin – créatininémie – NFS – ECBU
- Bilan hépatique = transaminases, bilirubine totale, amylase, lipase

Evaluer la gravité :

- Signes cliniques ou biologiques de déshydratation (oligurie, hypoNa-, hypoK+, hypoCl-)
- Résistance aux traitements
- Terrain : DID, maladie de Basedow etc., isolement familial

=> Décision d'hospitalisation :

- Perte de poids > 10%
- Perte de poids > 5 % avec intolérance totale (liquides et solides)
- Déshydratation clinique ou biologique
- Cétonurie
- PUQE > 13

Outil PUQE :

Modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea Index				
1-En moyenne sur 24h, combien de temps avez-vous eu des nausées ou mal à l'estomac ?				
Aucune fois	≤1 h	2-3 h	4-6 h	>6h
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2-En moyenne sur 24h, combien de fois avez-vous vomit ?				
7 fois	5-6 fois	3-4 fois	1-2 fois	Aucune fois
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3. Sur 24h combien de fois avez-vous "des hauts le cœur " ou des rejets secs sans vomissement				
None	1-2 times	3-4 times	5-6 times	≥ 7 times
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Total score (somme 1, 2 et 3): mild NVP ≤ 6; moderate NVP 7-12; severe NVP ≥ 13				
<i>Lacasse A et al. Validity of the modified-PUQE scorin index to assess severity of NV of pregnancy Am J Obstet Gynecol 2008.</i>				

Prise en charge

Prise en charge ambulatoire	Hospitalisation <i>Etudier : Hospitalisation à Domicile</i>
Rassurer la patiente sur sa santé et celle du fœtus, déculpabiliser	Rassurer la patiente et expliquer La décision d'hospitalisation Réaliser des bilans complémentaires : NFS, TSH, T3, T4, écho hépatique, ECG
<u>Prise en charge médicale non médicamenteuse</u> Expliquer : L'importance du repos : visite, télévision, téléphone compatibles avec le repos L'alimentation fractionnée, en fonction des envies, préparée à l'avance (+ livret guide) Proposer des consultations avec : psychologue, diététicienne et acupuncture	
<u>Prise en charge médicamenteuse:</u> Donormyl ® (Doxylamine) : 1cp x3/j pendant 10-15 jours (Hors AMM- Non Remb SS, prix 5 euros pour 15 jours) Magné B6 ® : 2cp x3/j Si refus Donormyl® : Primperan® (métopropramide): 1cp de 10 mg x3/j ou 1 suppo de 10mg x3/j (max 5 jours) + Extrait de Gingembre (grade A, HAS, Maternov®) <u>Si échec:</u> Hospitalisation	<u>Prise en charge médicamenteuse:</u> Réhydratation parentérale : G5% 2L/j + 4g NaCl + 2g KCl + vitamine B1 100mg/j pendant 2-3 jours puis relais par polyvitamines Antiémétique : en IV Métoclopramide : 10 mg 4 fois / j en Prométhazine : 12,5 – 25 mg 6 fois / j <u>Si échec :</u> Chlorpormazine : 25- à 50 mg/j Enfin : Methylprednisolone : 16mg x3/j pendant 3 jours puis diminution des doses
	<u>Conditions d'hospitalisation :</u> Chambre seule Proposition d'arrêt des apports oraux, reprise à demande, visite quotidienne diététicienne
<u>Surveillance :</u> Rdv dans 1 semaine Revenir aux urgences si : dégradation, urines foncées ou peu abondantes, angoisse	<u>Surveillance :</u> Des nausées et vomissements (PUQE) Clinique (diurèse, hémodynamique, poids) Biologique (ionogramme)
<u>Autres actions :</u> Proposer un arrêt de travail Etudier aides à domicile	<u>Critères de sortie :</u> <ul style="list-style-type: none">- Arrêt des vomissements- Prise de poids- Normalisation du bilan biologique <u>Organiser le RAD :</u> Lettre au médecin traitant Ordonnance Donormyl® (Doxylamine) : 1cp x3/j pendant 10-15 jours (Hors AMM- Non Remb SS, prix 5 euros pour 15 jours) Rdv de suivi à 15 jours +/- suivi psychologue, diététicienne, acupuncture Proposer un arrêt de travail Etudier possibilité d'aides à domicile

Annexe VIII: Un entretien

ENTRETIEN numéro xx

AS = AnneSylvie – Mme = la patiente

Introduction

AS : Comme je vous l'ai expliqué il y a une semaine, l'objectif de cette étude est de rencontrer des femmes qui comme vous ont été affectées par des vomissements pour mieux connaître vos besoins et vos attentes. Pour cela nous allons dérouler ensemble toute la période juste avant l'hospitalisation, la période d'hospitalisation, ce qui vous a aidé, ce qui vous a moins aidé et nous terminerons par évoquer les conditions de sortie et si vous voulez bien me donner quelques informations sur l'après sortie j'aimerais savoir comment ça s'est passé ensuite. Notre échange devrait durer entre 30 et 45 minutes. Si à tout moment vous avez un empêchement dites le moi. L'entretien peut se faire en deux fois. Vous êtes libre d'arrêter. Ensuite avec votre accord comme cela vous avait été expliqué, j'ai besoin d'enregistrer cet échange. Pour pouvoir ensuite bien prendre des notes et ne rien oublier. Sachant que l'enregistrement est ensuite effacé et que l'enregistrement écrit est ensuite rendu anonyme. Etes vous toujours d'accord avec cela ?

Mme : Oui

AS : Et pour terminer par rapport à cet échange vous pouvez tout dire au sens où je suis là pour entendre les éventuelles critiques sur la façon dont vous vous êtes sentie prise en charge. Notre but étant de nous améliorer mais vous pouvez aussi ne pas tout d'aborder et c'est ok. Voilà. Quand je vais mettre mon téléphone en haut-parleur. Il est possible que vous m'entendiez moins bien. Si c'est le cas dites le moi. Et je reprends le kit avec les oreillettes. - *Bruits de clavier*- Est-ce que c'est bon pour vous ?

Mme : C'est tout bon

L'avant hospitalisation : Contexte de début de grossesse et d'apparition des vomissements – PEC médicale – Evènement déclenchant la venue aux urgences

AS : Alors pour commencer comme je vous le disais, est-ce que vous pourriez me dire dans quel contexte la grossesse et les vomissements ont démarré ?

Mme : Alors ça a démarré à 1 mois de grossesse. C'est là où j'ai commencé à avoir des vomissements. Et c'est passé à 10 12 fois par jour. Enfin jour et nuit. Sachant que cela me réveillait, que la nuit je vomissais. J'ai tenu comme cela à peu près un mois. La gynécologue voulait m'arrêter. Mais je ne voulais pas. Je suis podologue en libéral donc forcément je ne voulais pas m'arrêter. Avec la première, j'avais tenu sans m'arrêter, pareil j'avais été malade. Et moi je pensais que ce serait pareil et que je pouvais ne pas arrêter. Et que ça passerait mais au bout d'un moment ça ne passait plus. Et du jour au lendemain je ne pouvais plus me lever. J'étais déshydratée. En 48 heures j'ai fini aux urgences pour être hospitalisée.

AS : Donc – *silence* - Cette grossesse est donc une deuxième grossesse

Mme : Exactement C'est une deuxième grossesse exactement.

AS : D'accord. L'ainé a ? il ou elle a ?

Mme : Trois ans. Elle a trois ans.

AS : D'accord. Vous aviez eu des vomissements aussi pour la première grossesse ?

Mme : Pareil. J'avais eu des vomissements. J'avais perdu 5 kg en trois semaines. Là j'ai perdu 6 kilos en trois semaines. Et je n'avais pas été hospitalisée.

AS : La différence c'est donc que vous n'aviez pas eu cet état de faiblesse ?

Mme : oui Pas à ce point-là on va dire. Je n'étais pas bien debout non plus. Mais pas à ce point-là.

As : Savez-vous expliquer ces différences ?

Mme : Entre la première et la deuxième grossesse ?

As : Oui

Mme : De mon lit aux toilettes je pouvais faire des malaises. Je ne tenais plus du tout debout. J'étais complètement déshydratée. Dès la première semaine. Aucune explication à cette différence. -Rire- Pour ma première grossesse j'avais vu une gynéco qui est partie à la retraite depuis. Elle m'avait dit que si ça continuait encore quelques jours elle m'hospitaliserait. J'avais failli être hospitalisée. C'était très proche. Sauf que pour la première j'avais tenu. Pour la première grossesse je n'avais pas d'autres enfants. C'est peut-être ça la différence. Je ne pouvais pas me reposer autant puisque j'avais mon premier enfant. Je n'ai pas d'autre explication.

AS : Est-ce que vous vomissez dans d'autres occasions ?

Mme : *Hésitation* - Je peux être nauséuse. Vomir c'est très très rare. Nauséuse je le suis dans les transports par exemple. En voiture en train en avion dans tous les transports oui je suis nauséuse. Rire. Voilà nauséuse je le suis aussi le matin régulièrement en dehors des grossesses bien évidemment.

AS : Votre maman avait-elle eu déjà ça ?

Mme : Non

As : des sœurs ?

Mme : Oui mes sœurs aussi mais pas à ce point-là. Elles n'ont pas eu besoin d'être hospitalisées. Mais elles ont eu deux enfants chacune. Et chacune pour chacun des deux enfants a eu des vomissements. Mais pour elles, ils se sont arrêtés vers quatre mois.

As : D'accord. -Silence- C'est une grossesse qui était désirée ?

Mme : Oui oui

As : Et toujours par rapport à vos vomissements, qu'est-ce que ça impacte le plus sur votre quotidien ?

Mme : Je ne pouvais pas manger, pas boire. Même une goutte d'eau je la revomissais. Tout ce que je mangeais je le vomissais. Donc cela m'empêche de faire un peu tout. Je vomissais entre les consultations.

As : Vous arriviez à attendre la fin de la consultation pour vomir ?

Mme : Oui j'arrivais à attendre la fin de la consultation pour vomir. Oui mais je ne pouvais pas rester debout. Je ne pouvais pas raccompagner les gens. Si je me mettais debout je vomissais.

As : Est-ce qu'il y avait d'autres symptômes associés ?

Mme : Oui, plein. Oui sensation de vertige. Et puis et puis c'est tout. Très très grosse fatigue. Très très grosse fatigue.

As : Est-ce qu'il y avait quelque chose qui vous soulageait ?

Mme : Rien du tout

AS : Etre allongée ? Rester tranquille ?

Mme : Non du coup je me couchais le soir dès que j'avais fini. Et même en me couchant comme je vous ai dit je vomissais. Lorsque j'arrivais à dormir je ne vomissais pas mais je ne passais pas une nuit sans me réveiller et vomir. J'ai été écoeurée tout le temps, tout le temps. J'étais nauséuse 24 heures sur 24. Je me réveillais la nuit, j'étais nauséuse. Je vomissais tout le temps, tout le temps. - Silence- Contrairement à la première grossesse où je m'inquiétais plus pour l'état du bébé. Là j'étais un petit peu inquiète pour l'état de mon bébé mais je savais si vous voulez comme pour la première que même si je vomissais le bébé avait bien grossi et avez bien pris du poids. J'appréhendais moins là-dessus. J'étais moins inquiète par rapport au développement du bébé. J'étais moins inquiète. C'était moins stressant. Lorsque je suis arrivée à l'hôpital pour être

hospitalisée j'étais contente d'avoir l'écho de contrôle. J'appréhendais d'ailleurs mais globalement j'étais moins inquiète. Je savais que je pouvais vomir beaucoup et quand même permettre un bon développement au niveau du bébé. C'était donc moins stressant que pour la 1^{er} grossesse.

As : *Silence* - Comment le vivait votre entourage ?

Mme : Mon mari ne montre pas lorsqu'il s'inquiète. Donc il ne le montre pas. Après je ressentais qu'il l'était parce qu'il me voyait de plus en plus faible et tout ça. Après mon entourage essayait plutôt de me soutenir et de me soulager par rapport à la puce. Tout ça. Ma fille me caressait le dos lorsque j'avais la tête dans les toilettes. « Allez maman tiens maman. Ca va aller. » -*Rires*- Après les autres ils essayaient de passer me voir. Mais je ne pouvais recevoir personne. Je n'avais envie de voir personne. J'étais tellement pas bien. Rien que de parler me fatiguait.

AS : Globalement vous vous sentiez soutenue par votre entourage ?

Mme : Oui proches comme amis Oui ouioui

AS : À partir de quand avez-vous consulté ? Et qui ?

Mme : J'ai consulté ma gynécologue. En libérale. Au rendez-vous mensuel. Et puis après c'est elle qui a vu que j'avais perdu du poids et qui m'a redonné un rendez-vous. Entre-temps je suis partie en vacances je suis partie au ski. Elle m'avait dit qu'on se reverrait au retour. Que les vacances, ça me ferait du bien. En fait les deux premiers jours ça allait mais après c'était pire ça s'est empiré. En fait, avec le repos ça n'a rien changé. Ça a quand même déclenché des vomissements. Au retour de vacances c'était de pire en pire.

As : Vous étiez à quel terme lorsque vous avez vu votre gynécologue la première fois ? Combien de semaines d'aménorrhée ou de semaines de grossesse ?

Mme : Du coup c'était en janvier. On est parti le 15 mars. Donc ça devait être début mars ce rendez-vous. Donc à 6 semaines j'avais déjà des nausées . J'ai été hospitalisée début avril.

As : Vous aviez eu des traitements donnés par votre gynécologue ?

Mme : Oui elle m'a donné plusieurs traitements. Au début. J'ai oublié le nom

As : Primperan ® Donormyl® ?

Mme : Ah il faudrait que je me souvienne des noms. C'était un truc pour les vomissements exprès pour les femmes enceintes. On a essayé de l'homéopathie. Ça c'est sûr. Elle avait essayé aussi. Encore je ne me souviens plus.

A.S. : Maternov ® ?

Mme : Oui c'est ça Maternov® . C'est ça

AS : Rien de tout cela ne vous a soulagé

Mme : C'est ça, rien du tout

As : D'accord. Donc vous, vous ne vouliez pas vous arrêter

Mme : Voilà, Voilà jusqu'à l'hospitalisation. J'ai trouvé mon remplaçant en 48h chrono lorsque j'ai été hospitalisée. Voilà je devais trouver mon remplaçant. Je l'ai trouvé pendant que j'étais hospitalisée. Du coup c'est mon mari qui a vu mon remplaçant. Je ne l'avais même pas vu. Puisque le protocole à l'hôpital c'est que nous n'avons même pas le droit d'appeler. Je n'ai pas pu le contacter. Je ne l'ai même pas eu au téléphone puisqu'on a le droit de voir personne.

As : Alors, revenons sur le contexte d'hospitalisation. Qu'est-ce qui a mené à l'hospitalisation? Qu'est-ce qui s'est passé juste avant l'hospitalisation ?

Mme : Ce qui a mené à l'hospitalisation c'est que je n'arrivais plus à tenir debout. Du coup il fallait faire quelque chose. Je ne pouvais plus me doucher. Je ne tenais plus debout.

As : D'accord donc vous êtes allée aux urgences

Mme : Donc je suis allée aux urgences sur consigne de la gynéco

As : D'accord

Mme : Effectivement je suis allée aux urgences. Et là-haut ils m'ont dit « on vous garde. »

As : Vous étiez accompagnée par votre mari ?

Mme : Oui ma puce était chez mes parents tout ça. C'était en début d'après-midi.

AS : D'accord. Alors *-silence-* comment vous êtes-vous sentie accueillie aux urgences, comment s'est passée la consultation ?

Mme : J'ai été reçue par l'interne. Elle m'a bien écouté. L'interne a fait l'écho pour vérifier qu'il n'y avait pas de jumeaux. Donc voilà. Et puis après elle m'a demandé ce que moi je voulais. Je lui ai dit que je n'étais vraiment pas bien. Que j'avais besoin de trouver une solution. Elle m'a demandé si j'étais prête à être hospitalisée. J'ai dit que oui. Après elle a appelé le service pour savoir s'il y avait de la place. Et puis voilà

As : Donc ça c'est fait en accord avec vous ?

Mme : Exactement

As : Vous connaissiez les conditions d'hospitalisation à ce moment-là ?

Mme : Non pas du tout, non pas du tout

As : Donc vous m'avez dit tout à l'heure que d'avoir fait l'échographie c'était rassurant ?

Mme : Exactement

AS : Etre hospitalisée c'était rassurant c'est ce que vous me dites ?

Mme : Exactement

AS : Et votre mari ?

Mme : Mon mari aussi. *-Hésitation.* Il était peiné pour moi. Il ne savait pas plus trop quoi faire. C'était la meilleure solution aussi.

L'hospitalisation : Vécu de l'isolement , des traitements médicaux, du jeûne, de la reprise alimentaire, de relation avec les soignants.

As : Donc maintenant nous arrivons à la période d'hospitalisation. Et ce que je souhaiterais savoir c'est à la fois comment vous l'avez vécue, ce qui vous a aidée, ce qui vous a moins aidée comment vous vous êtes sentie soutenue par le personnel, soulagée par les médicaments. Voilà. Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ?

Mme : J'ai commencé par voir une dame qui m'a accueillie. *-Inaudible-* Elle m'a expliqué le protocole. L'interne m'avait expliqué le protocole. Elle m'avait dit que c'était très controversé. D'être dans le noir. De ne voir personne et tout ça. Vous verrez cela avec le service mais ça a peut être changé. Ensuite j'ai vu la dame dans la chambre la personne qui s'occupe de l'arrivée dans le service elle m'a dit non nonnon ce n'est pas très controversé. C'est comme ça chez nous. Moi je n'avais qu'une envie c'était de m'allonger et être soulagée. On pouvait me proposer n'importe quoi.

As : D'accord

Mme : Donc voilà. Du coup après Elle m'a demandé de l'appeler à chaque vomissement pour lui montrer. Elle a commencé du coup par me perfuser parce que j'étais déshydratée. Et elle a parlé de ne me donner aucun solide. Ça me provoque sinon des vomissements. Donc là j'ai été dans la chambre. On a commencé le traitement. C'était la première journée. Donc là au début là je vomissais. Je vomissais. Je ne dormais pas. Ça ne se calmait pas. Je ne faisais rien de la journée. Je dormais je vomissais je dormais je vomissais. Le lendemain ils m'ont donné un autre médicament, puisqu'ils ont vu que cela ne servait à rien et que cela ne me soulageait toujours pas. Et ça été des hésitations pendant trois jours. Après comme j'avais des vomissements au bout du troisième jour qui commençaient à se calmer, ils ont essayé de ré-introduire de la nourriture cela a déclenché des vomissements.

As : Hum

Mme : En fait cela ne s'est jamais arrêté. Finalement, hésitation au quatrième jour un médicament m'a été donné qu'il n'est pas contre les nausées. Je ne me souviens décidément plus de son nom

AS : Du largactil ® ?

Mme : Oui c'est ça exactement. Du largactil ® Oui on a dit que c'était pour. *-Hésitation-* c'est pour les défenses immunitaires. C'est pour aider mon corps qui ne comprenait pas que j'allais avoir un bébé. Pour tromper mon corps. Et lui ce médicament m'a soulagé. Mais il m'a complètement shootée. Je n'arrêtais plus de dormir. Pendant ce temps-là j'étais tranquille. Mais au bout d'un moment j'ai dit ça commence à suffire maintenant je ne tiens plus debout non pas parce que je suis déshydratée mais parce que je suis complètement « droguie ». Donc après ils ont essayé de diminuer les doses. Je vomissais mais plus que deux à trois fois par jour. Et du coup ils ont commencé à réintroduire la nourriture petit à petit. Je suis rentrée le samedi. Et je suis sortie quand ? *-Silence-* je ne sais plus. *-hésitation-* Le samedi non le dimanche de Pâques, je crois. Et l'on m'avait dit que j'allais pouvoir sortir je ne sais plus ou le vendredi. Mais en fait j'avais encore perdu du poids.

AS : Hum

Mme : Donc le gynéco du vendredi matin m'a dit non, non. Vous avez perdu du poids. Je ne peux pas vous faire sortir maintenant. Moi je commençais à me sentir un peu mieux je commençais avoir envie de voir ma fille. Tout ça *-inaudible-* tout ça c'était le moment de Pâques, j'avais envie de faire des œufs avec les enfants. Là, j'ai commencé à me dire que j'allais mieux ; avant je m'en fichais complètement de ce qui se passait à l'extérieur. Là j'avais envie de revoir ma fille et de faire des choses. Je me suis dit pourvu que ça aille mieux. Le dimanche j'ai pu sortir avec le Largactil ® et le Zophren ® que l'on m'avait donnés.

As : D'accord

Mme : Lorsque je suis sortie j'étais juste épuisée mais je vomissais encore mais beaucoup moins. Après j'ai été trois semaines en arrêt.

As : D'accord

Mme : Voilà

As : Je vous entends moins bien qu'au début est-ce que ?

Mme : Je n'ai pourtant pas bougé. Est-ce que là c'est mieux ?

As : Oui

Mme : je n'ai pourtant pas bougé

As : C'est mieux. Vous êtes donc restée hospitalisée huit jours ?

Mme : c'est ça. Oui c'est ça

As : Les vomissements se sont-ils arrêté un moment pendant l'hospitalisation ?

Mme : Non jamais

As : Ils ont juste diminué ?

Mme : Exactement ils ont très largement diminué par contre

As : D'accord

Mme : Non ils n'ont jamais disparu

AS : Je propose de revenir sur la sortie et l'après en fin d'entretien. Je voudrais passer encore un peu de temps sur l'hospitalisation. Vous étiez toute seule en chambre ?

Mme : oui toute seule

As : Etiez-vous dans le noir ?

Mme : Alors dans le noir. Du coup j'avais dit que je ne voulais pas avoir de la lumière électrique mais naturelle donc ils me laissaient un filet de lumière extérieure. Ils m'ont laissé la lumière du jour. Pour savoir s'il faisait jour ou nuit.

As : Vous n'aviez pas du tout de visite ?

Mme : Non du coup j'ai vu mon mari. Je l'ai vu 3 fois pour m'apporter des vêtements, mais à chaque fois les filles disaient pas plus de 5 minutes et je vous avouerais que la 1^{ère} fois au bout de cinq minutes c'est même moi qui lui ai dit je suis désolée mais faut encore que je dorme donc j'étais tellement pas bien que je n'arrivais même pas à parler avec lui. Et la veille de la sortie. Et la veille de la sortie ma belle-sœur est passée me voir et en fait j'ai eu très très mal au ventre. Ils m'avaient donné quelque chose j'étais très constipée. Et ça m'avait déclenché des douleurs de ventre horribles. Et ils m'ont examinée pour voir si ce n'était pas le bébé et en fait c'était juste le transit qui se remettait en route.

As : Effectivement le jeûne met le transit au repos.

Mme : Exactement. En fait du coup je n'arrivais plus du tout à aller la selle. Lorsque je suis arrivée ils m'avaient fait les urines du jour. Lorsque je suis arrivée les urines c'était juste qq millimètre, ils ne me croyaient pas et pensaient que j'en avais jeté. Non non du jour c'était les urines du jour. J'étais complètement déshydratée.

AS : Hum

Mme : Avec la perfusion Y'a plus eu de soucis. Ensuite il y a eu des urines. Mais ça ne fait pas revenir le transit. Moi cela faisait plus de 10 jours que je n'étais pas allée à la selle. Donc je n'aurais jamais dû prendre cette préparation. Je crois que c'est ça qui a déclenché ces grosses douleurs de ventre. Ensuite cela s'est remis naturellement.

As : D'accord. On vous a donné une préparation pour le transit c'est cela ?

Mme : Oui c'est ça. Mais je pense que ce n'était pas la bonne solution. Parce que après l'hospitalisation je suis revenue avec une selle tous les deux à trois jours et je n'avais rien fait pour cela. Mais lorsqu'une fois, j'ai pris de l'Hépar ® pour essayer de déclencher. Ça m'a redonné les mêmes douleurs. Ah moi ça ne me convient pas. -Rire-

As : Est-ce que le fait d'avoir la perfusion et donc d'être ré-hydratée ça a amélioré quelque chose ?

Mme : Ah oui ça m'a beaucoup aidée je me sentais beaucoup moins faible.

As : Donc la perfusion ça a permis que vous vous sentiez moins faible. Pour voir la diminution des vomissements il a fallu attendre 4 - 5 jours ?

Mme : Oui c'est ça

AS : Ensuite c'est grâce au Largactil® que les vomissements ont diminué mais avec l'inconvénient de vous mettre dans un état second ?

Mme : Exactement. Exactement

AS : Donc concernant les visites vous m'avez dit que vous en aviez eu 3 de votre mari ensuite il y en a eu d'autres ?

Mme : Les autres jours il n'a eu droit aussi qu'à cinq minutes. Les personnes venaient me rappeler « Hé cela fait cinq minutes ». Et donc il ne passait que cinq minutes. Après en dehors de la fin où j'en avais plus envie, les autres fois cela ne m'a pas gêné. J'étais tellement mal. Que cela ne me manquait pas. Moi ce que je voulais c'est avoir des nouvelles. Savoir que tout allait bien.

As : Vous n'aviez pas non plus de téléphone ?

Mme : Elle m'a dit que je n'avais pas droit à mon téléphone. Elle m'a dit de ne pas n'en servir. Tout au départ comme je n'étais vraiment pas bien, je ne m'en servais pas. A partir du vendredi où je commençais à aller mieux et où je commençais à avoir envie de sortir, j'ai rallumé mon téléphone et j'ai recommencé à envoyer quelques messages c'était le signe que ça allait mieux. Rire

As : D'accord.

Mme : *Rire*.

As : Vous ne l'allumiez même pas pour avoir un petit mot par exemple soir ? Avoir des nouvelles de votre mari, de votre fille ?

Mme : Qu'est-ce que je faisais, *hésitation*. Le soir je sais plus c'est sûr que je n'attendais pas trois jours pour savoir si ma fille allait bien. Ah si j'avais un texto tous les soirs de bonne nuit et me disant que tout allait bien mais je ne devais pas en envoyer moi je répondais juste OK. Je ne communiquais pas. J'avais juste droit de recevoir des messages. À partir du vendredi j'ai commencé à communiquer vraiment.

As : Et ces conditions, cette séparation ? Votre mari qu'est-ce qu'il en a dit lui ?

Mme : Lui son ressenti. –*Hésitation*- C'était un peu pareil. Il me voyait tellement pas bien que finalement cela ne l'a pas plus dérangé. Il appelait régulièrement pour avoir des nouvelles.

As : Oui

Mme : C'était plus qu'il était inquiet quand il voyait qu'il n'y avait pas d'amélioration après trois jours. Et qu'on ne savait pas quoi faire. Mais c'était juste ça.

AS : Quand il appelait, il demandait donc des informations

Mme : Oui oui, oui . C'était simple Oui oui à chaque fois il n'y a jamais eu de soucis. Les filles lui ont dit qu'il pouvait appeler trois fois s'il avait envie d'appeler trois fois

As : D'accord. – *Silence*- Quel est le personnel que vous avez rencontré et quelles relations aviez-vous avec les différents professionnels que vous avez rencontrés ?

Mme : Le matin je voyais les infirmières et les aides-soignantes. –*Hésitation*- Ensuite j'avais la visite du gynéco. Tous les matins il passait. C'était très rapide, combien de vomissements, amélioration tout ça et il signait le traitement. Pas vraiment de discussion. Après il y a les infirmières Il y avait les aides-soignantes. Qui étaient sympa. Elles m'ont proposé de voir un psychologue. C'est moi qui n'ai pas voulu le faire. Je ne ressentais pas du tout le besoin. Et puis j'ai vu aussi une diététicienne –*hésitation*- pour quand j'ai recommencé à manger. Savoir ce que j'avais envie de manger. Pour savoir quoi mettre dans mon plateau. Pour essayer. Donc voilà. Elle était très gentille. Elle n'est venue qu'une fois. A la fin. –*Hésitation*- Au début moi je n'ai pas forcément communiqué moi je n'étais pas bien je ne pouvais pas parler. À la fin lorsque j'allais mieux. Il y a deux ou trois avec lesquelles je pouvais papoter. Je m'entendais bien avec elles. Je recommençais à rigoler et à sourire. Bon ça allait mieux. Donc voilà. –*Rire*-

As : Donc vous vous êtes sentie soutenue par elles ?

Mme : Oui pas de soucis oui pas de soucis

As : Et la diététicienne vous rappelez-vous ce qu'elle vous a dit de ce qui était décidé ?

Mme : Elle m'a demandé surtout de quoi j'avais envie et puis –*Hésitation*- et puis elle a essayé au maximum d'organiser les repas de voir ce qui me faisait envie et comme je n'avais pas grand-chose qui me faisait envie elle m'a proposé de tester. Finalement que je n'ai eu que deux ou trois repas faits par elle. Et ensuite je suis sortie.

As : Et qu'est-ce qui passait et qu'est-ce qui vous a finalement fait envie ?

Mme : Compote. Riz pâtes. Et puis c'est tout. Et puis aussi du pain. Un peu de pain avec une vache qui rit.

As : Vous aviez envie plutôt de salé ? De consistant ? De neutre ?

Mme : De neutre oui.

AS : Donc vous n'avez rencontré ni une assistante sociale ni une psychologue ?

Mme : Non.

As : Et vous n'avez pas souhaité rencontrer de psychologue est-ce que vous pouvez m'en dire plus ?

Mme : Je n'ai pas souhaité. Je n'étais pas du tout mal dans mes baskets. Je sais exactement ce qui se passe. Ce n'est pas la première fois. Je sais qu'elles ne pourront pas m'aider. Elles ne peuvent pas grand-chose. Moi ce qui m'inquiète c'est la reprise de mon travail. Comment j'allais gérer avec mon remplaçant. Et ça finalement j'avais géré. J'ai été là plutôt seule en me disant que maintenant il faut que je me soigne.

As : D'accord

Mme : Après je n'avais pas d'autres inquiétudes sur autre chose.

As : D'accord

Mme : En dehors de ma santé. Je pense que c'est surtout le gynécologue qui pouvait m'aider et les traitements qui pouvaient arrêter ces fameux vomissements et ces fameuses nausées

As : Donc vous avez commencé à vous sentir mieux le vendredi ?

Mme : Oui c'est ça

As : Vous avez commencé à vous sentir mieux grâce à la diminution des vomissements ou à la réhydratation ? Qu'est-ce qui fait que vous vous sentiez mieux ?

Mme : Je me sentais plus de force

As : Et selon vous c'était grâce à quoi ?

Mme : -*Hésitation*- grâce à quoi grâce à quoi grâce à la réhydratation déjà. Et puis grâce aux médicaments qui avaient fait diminuer les nausées.

As : Est-ce que vous retrouviez l'envie de manger ou on n'en est pas encore là ?

Mme : Non on n'en est pas là. -*Rire*- Je mangeais pour ne pas tomber par terre et éviter de ne plus manger du tout. Mais je me forçais. Je sais que si je ne mangeais plus rien du tout -*Silence*- Lorsque je suis rentrée que j'étais encore super faible. J'essayais de manger un truc et ensuite j'allais m'allonger. Je n'étais pas encore en forme.

AS : Ok - Et pour votre bébé. Comment vous sentiez-vous par rapport à votre bébé ?

Mme : Par rapport à mon bébé je vous ai dit là-bas j'ai eu une première écho, lorsque j'ai été hospitalisée. Pendant la semaine. J'ai eu deux échographies de contrôle.

As : D'accord

Mme : Donc j'ai été ... grâce aux échos j'étais moins inquiète.

As : C'était bien les échos ?

Mme : Ah oui oui à part contre ça oui c'était bien pour moi c'était même primordial. Vu dans quel état j'étais. Ce qui me faisait tenir lorsqu'on a l'impression d'être très malade d'être au fond du gouffre, ce qui nous aide à tenir c'est seulement pour la bonne cause c'est pour la cause d'un bébé mais comme il n'est pas là, rien -et bien on a la pression donc de n'être que malade donc pour moi c'était primordial de mettre une image sur ce qu'il allait être après.

As : Vous avez demandé ces échos ou elles vous ont été proposées ?

Mme : Je n'ai rien demandé non, elles ont été proposées.

As : Vous n'avez rien demandé. Et elles ont donc été proposées.

Mme : oui c'est ça

As : Et pour quelle raison, on vous a donné une raison ?

Mme : Que c'était pour vérifier que tout allait bien. On a dit que cela faisait partie du protocole. On avait tout expliqué. Ça fait partie du truc. On m'avait tout expliqué.

As : Est-ce que pendant vous étiez à l'hôpital vous avez observé quelque chose qui déclenchait les vomissements ou d'autres qui les calmaient ?

Mme : Non c'était imprévisible chez moi. C'est-à-dire que c'est cela pouvait très bien être en dehors d'un repas que juste après il n'y avait pas de moment

As : Il n'y avait pas d'horaire, il n'y avait pas d'événement, d'odeur ?

Mme : Non il n'y avait pas... mais si sisi il y a le fait de faire un effort. Le fait de faire un effort c'est très compliqué. Par exemple aller aux toilettes, me doucher. Cela déclenche des vomissements. Encore pire c'est de me laver les cheveux. Rien que de me doucher le matin ça représente un effort et ça déclenche des vomissements. J'y allais par étapes.

As : Les vomissements la nuit se sont-ils arrêtés ? Il ne restait que ceux de la journée ?

Mme : Les vomissements de la nuit se sont arrêtés –*Hésitation*- oui en milieu de semaine.

AS : Bon donc ensuite la façon dont s'est organisée la sortie ? Comment la décision s'est-elle prise ? Est-ce que vous vous souvenez ?

Mme : Du coup c'est la gynéco qui m'avait déjà dit la veille que j'allais peut-être sortir. Finalement j'allais encore rester juste une journée de plus. A cause du poids et de la constipation. Puis après elle m'a dit que si c'était bon je sors. Le jour même le gynécologue est passé. Mais je n'avais pas encore repris de poids. Je n'avais plus les douleurs de ventre. C'est l'infirmière qui est venue appuyer, elle a dit que j'avais bien repris la pêche, que c'était différent. Elle a appuyé ma sortie auprès du gynécologue. Voilà.

As : Pour vous c'était le bon moment ?

Mme : Oui j'avais envie de sortir, c'était le bon moment. Oui jusqu'à présent rester toute seule dans le noir je m'en fichais. Mais là maintenant il fallait que je sorte. C'était le moment.

As : Donc vous m'avez dit que vous êtes sortie avec une ordonnance ?

Mme : Oui du Largactil® et du Zophren®

AS : A prendre oralement ?

Mme : Oui

As : Alors lorsque vous êtes partie de l'hôpital vous vomissiez encore un petit peu ? Deux, trois fois par jour ?

Mme : Oui c'est ça trois à quatre fois par jour.

As : Et vous alimentiez un petit peu ? Des pâtes c'est cela ?

Mme : Oui exactement c'est ça

L'après-hospitalisation : le retour au domicile, l'évolution des vomissements, la poursuite des traitements, solutions trouvées

As : Et lorsque vous êtes arrivée à domicile ?

Mme : Lorsque je suis arrivée chez moi j'avais trois semaines d'arrêt. C'est que la journée je suis allée chez les parents. Et le soiravec le Largactil ® il est interdit de conduire. Cela met dans un état second. Cela me faisait dormir. Du coup j'avais diminué les doses. Là la première semaine et demie. On va dire les 10 premiers jours c'est ma mère qui venait me chercher chez moi le matin et qui me ramenait le soir. Donc voilà. Et la journée j'étais chez mes parents. Il y avait un jardin. J'étais dans le jardin. Ma mère faisait à manger. Et je mangeais chez mes parents. Et le soir je rentrais. Elle me ramenait lorsque mon mari ramenait ma fille. Et le soir je profitais de mon mari de ma fille.

As : D'accord.

Mme : Et donc j'ai fait ma convalescence chez les parents.

As : Et dans cette organisation les vomissements étaient comment ?

Mme : J'en avais toujours, oui, c'était stable puis ensuite ça a diminué petit à petit. C'est-à-dire que pendant la journée c'était moindre. Mais je restais à l'ombre sur ma chaise longue. Il faisait

beau. Mes parents ont essayé au fur et à mesure de me forcer, de me faire marcher au fur et à mesure. Et d'aller jusqu'au fond du jardin. Jusqu'à la boîte aux lettres. Pareil j'étais toujours trop faible. J'étais obligée de prendre une chaise et de m'arrêter. Ma tête tourne. Et je vomissais toujours dès que je faisais un petit effort. Mais petit à petit comme cela J'ai commencé à faire les petites choses j'ai pu faire un petit peu de jardinage. Mais je ne faisais rien de ma journée.

As : Donc sur les trois semaines petit à petit ça s'était amélioré

Mme : Oui c'est cela sur les trois semaines petit à petit j'arrivais à faire de plus en plus de choses. Et à reprendre aussi l'appétit. Surtout le midi je mangeais bien. J'ai mangé normalement. Le soir j'étais beaucoup plus écoeuvée.

As : Et le moral ?

Mme : Le moral ça allait. Ça allait de mieux en mieux au fur et à mesure que j'allais de mieux en mieux et donc le moral allait de mieux en mieux. Mais je commençais à m'inquiéter de mon retour parce-que je restais très faible parce que dès que j'ai essayé de faire une sortie à l'extérieur, par exemple d'aller chez Truffaut, le lendemain je le payais, je vomissais plus.

As : D'accord.

Mme : Donc, je commençais à appréhender. Je commençais à me demander comment j'allais pouvoir travailler. Surtout que j'avais revu ma gynécologue entre-temps. Elle m'avait conseillé de me prolonger. Mais avec mon remplaçant ce n'était pas possible. Avec mon travail ce n'est pas trop faisable. Donc elle a bien voulu parce-que j'allais recommencer à travailler progressivement. C'était autour du 1^{er} mai. La première journée de semaine, j'ai commencé à travailler deux jours. La deuxième semaine trois jours. Et ensuite c'était bien.

As : Ça s'est bien passé ?

Mme : Ça s'est bien passé oui sauf que je vomissais le matin en me levant la journée je tenais. Et le soir je vomissais en sortant de mon travail. Ça m'a fatigué beaucoup. Je vomissais aussi le midi. Cela m'arrivait. Par contre je me forçais à faire une sieste tous les midis.

As : Et la nuit ?

Mme : La nuit plus du tout

As : Et le week-end ?

Mme : Le week-end. Pas trop le dimanche. Mais en fait le samedi oui beaucoup comme si je décompressais donc je vomissais beaucoup. Le samedi matin j'avais beaucoup de choses à faire et j'ai recommencé à vomir.

As : Hum

Mme : Là encore maintenant cela m'arrive à peu près je vomis encore une à deux fois par semaine, dès que je suis trop fatiguée -Hésitation- et lorsque je suis très fatiguée et lorsque je finis un peu tard je suis tout de suite nauséuse. Mais ça n'a plus rien à voir je suis plus nauséuse la nuit ça n'a plus rien à voir.

As : Vous continuez avoir un traitement actuellement ?

Mme : Plus rien du tout.

AS : Vous avez diminué vous-même ?

Mme : Oui par moi-même je voyais que ça ne faisait plus rien. Donc j'ai commencé à diminuer par moi-même. Le largactil ® me donnait des gros coups de fatigue. Du coup j'ai voulu voir si ça m'aidait encore si ça servait encore à quelque chose. Et en fait en le diminuant progressivement le fait de le diminuer de passer de trois comprimés deux puis une fois par jour j'ai diminué petit à petit. Et je me suis rendue compte petit à petit que cela ne changeait rien concernant les vomissements. Et que lorsque j'arrêtais finalement je ne sentais beaucoup moins fatiguée.

As : Et le Zophren ? Vous avez tout diminué comme cela ?

Mme : Le Zophren® je l'ai arrêté très rapidement j'avais vu qu'il ne me faisait rien. Donc c'est Largactil® qui m'aidait.

As : Donc vous avez pu vous en passer après quelques jours ?

Mme : Oui c'est exactement ça.

As : Est-ce qu'il y a d'autres solutions, trucs ou astuces qui vous ont aidée ?

Mme : *Hésitation*- Après une fois que j'ai repris et que j'ai recommencé à manger comme maintenant à 10 heures 10h30 et je mange un truc. Il ne faut pas j'attende 13h. Il faut que je mange régulièrement.

As : Donc, de la régularité dans l'alimentation ? Ça c'est important.

Mme : Oui c'est ça

As : Et le contenu et la nature de ce que vous mangez ?

Mme : J'arrive à tout manger fruits, légumes, j'étais très fruits, crudités. Il n'y a aucun souci. Viande tout ça ce qui me fait le moins envie c'est tout ce qui sent fort par exemple le poisson. Je peux manger tout ce que je veux.

As : Vous auriez une amie dans la même situation que vous qu'est-ce que vous lui diriez quels conseils donneriez-vous ? Qu'est-ce qui a le plus marché entre guillemets pour vous soulager ?

Mme : Au moment où j'étais hospitalisée rien ne fonctionnait je vous avoue. *-Rire-* Je n'aurais pas de conseil. Après l'hospitalisation, beaucoup de repos, de manger ce qui fait envie, en petite quantité, et la régularité.

En synthèse : Les trois points les plus aidants – les trois à améliorer

As : Bon. Vous m'avez dit beaucoup de choses. Je voudrais essayer de résumer, je voudrais vous demandez quelles sont les trois choses pendant l'hospitalisation qui vous ont le plus aidée sachant que ces trois choses ça peut être aussi bien les médicaments, la présence du personnel, la chambre où vous étiez, les médicaments.

Mme : Du coup c'est les médicaments quand même, *-Hésitation-Silence-* le repos

As : Oui

Mme : Et puis *-Hésitation-Silence-* et la troisième chose le personnel. À la fin parce que au début je ne savais même pas quand il venait me voir. À la fin lorsque ça allait mieux. Le soutien du personnel une fois que vous allez mieux.

As : D'accord. Lorsque vous dites les médicaments ? Vous parlez de la perfusion début ou le Largactil® ?

Mme : je parle la perfusion qui m'a redonné de la force et le Largactyl® mais plus tard, le 3^{ième} jour.

As : Donc dans votre cas ce qui vous a aidé : il y a donc bien la perfusion, le Largactil®, le repos et ensuite le soutien du personnel ?

Mme : Oui c'est cela

As : Alors maintenant, à l'inverse, si nous avons une baguette magique et que nous pouvions transformer trois choses dans l'hôpital dans la façon dont vous avez été soignée et accueillie : qu'est-ce que vous aimeriez voir changer, si nous avons une baguette magique qu'est-ce que nous pourrions faire de mieux ?

Mme : Si il y avait une baguette magique j'aurais aimé trouver le traitement adéquat dès le départ – *Silence – Emotion* -

As : Je comprends

Mme : *Rire* Oui c'est important. Après *-Hésitation-* après *-Silence-* qu'est-ce qui m'a manqué après ? pas grand-chose c'était les visites mais uniquement à la fin, au départ je n'en avais pas besoin. Mais comme j'étais très mal au départ c'est surtout que j'ai trouvé que c'était long avant de trouver

un traitement avant de pouvoir me soulager ce serait vraiment bien de se sentir soulagée plus rapidement. Plus rapidement

As : Donc finalement il y a une chose qui est vraiment importante pour vous et que vous aimeriez voir changer.

Mme : Oui exactement

As : les échographies il en avait assez ?

Mme : Oui trois c'était parfait.

As : Au niveau du repas, du lit, du bâtiment, de votre chambre auriez-vous quelque chose à dire ?

Mme : Non je n'étais pas bien ça n'avait pas d'importance non si vous voulez. Après la douche était en face de ma chambre. Ce n'était pas gênant. J'avais juste du mal à me déplacer. Le bâtiment est un vieux bâtiment. C'est l'hôpital de la Madeleine. Mais la déco ça n'avait pas d'importance. On m'a donné des couvertures. Lorsque j'avais froid. Pour le reste était bien.

Conclusion : dernières questions (fermées) – remerciements

As : Je vous avoue que vous êtes la première patiente que je rencontre qui a autant vomi. Pour les autres patientes rencontrées même si je n'en ai pas encore rencontré beaucoup cinq avec vous mais c'est ça qui est important dans votre témoignage. Ce que je retiens aussi de votre témoignage c'est le temps qui a été mis pour diminuer les vomissements. Il est intéressant de voir que pour vous le Largactil® a été vraiment nécessaire. Et le temps, la durée d'hospitalisation et la durée mise pour vous soulager

Mme : Exactement.

As : J'arrive à la fin de notre échange. Cela fait déjà 50 minutes. Est-ce que vous avez envie d'ajouter quelque chose ? De préciser quelque chose ?

Mme : Non

As : De mon côté j'ai encore quelques rapides questions de précision. Aviez-vous déjà été hospitalisée ?

Mme : Seulement pour ma fille sinon non.

As : Autre point quel est le rapport que vous avez avec la médecine, les médicaments est-ce que vous avez confiance en l'hôpital ?

Mme : Moi je suis podologue. Oui j'avais confiance. Après j'essaie plutôt de me soigner sans médicaments. J'ai totalement confiance en traitement et dans le protocole. Après voilà moi je me soigne plus avec l'homéopathie. Je ne suis pas trop médicament en temps normal. Mais là dans ce cas-là j'ai fait confiance, je savais que c'était grave. Oui moi je suis plutôt acupuncture et ostéopathie. Mais là je vous ai dit avant d'être hospitalisée j'avais essayé d'autres choses. Mais je n'avais plus rien qui marchait. C'était plus grave.

As : Et puis la dernière question de quel pays ou de quelle région est originaire votre famille ?

Mme : D'Orléans.

As : D'accord. Est-ce que de votre côté vous auriez des questions à me poser ?

Mme : Non. *-Hésitation-* non.

As : Et bien . C'était très riche. Si vous avez envie de compléter quelque chose je suis joignable vous pouvez me rappeler. Et j'ai bien entendu que vous aviez exprimé ne pas en avoir besoin d'échanger avec un psychologue pendant l'hospitalisation mais je dois simplement vous dire que dans le cadre de l'étude il est prévu de pouvoir solliciter un entretien avec un psychologue de la maternité donc les psychologues sont disponibles pour vous rencontrer si vous en ressentiez le besoin après notre appel.

Mme : Oui pas de soucis par rapport à ça. Je ne ressens pas du tout le besoin. Ce n'était pas du tout mon souci. Même quand je suis sortie de la maternité ça m'a été proposé. Si j'avais besoin de parler tout ça exactement.

As : Voilà que la suite soit la plus paisible pour vous

Mme : Oui oui

As : Et je vous souhaite une belle rencontre dans quelques mois.

Mme : Oui ça c'est chouette.

As : Merci encore pour votre témoignage et au-revoir

Mme : Au-revoir

Glossaire

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ATCD : Antécédent

BDC : Bruits du cœur

CG : Chirurgie gynécologique

CHD : Centre hospitalier départemental

CHR : Centre hospitalier régional

FCS : Fausse couche spontanée

GHR : Grossesses pathologiques

HAD : Hospitalisation à domicile

IVG : Interruption volontaire de grossesse

NVG : Nausées et vomissements de la grossesse

PEC : Prise en charge

SA : Semaines d'aménorrhée

Hyperémèse Gravidique

Vécu de l'hospitalisation

Résumé

L'objectif de cette étude était de connaître le vécu de l'hospitalisation des femmes affectées par des vomissements gravidiques sévères.

Une étude qualitative rétrospective a été retenue. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de patientes hospitalisées pour hyperémèse gravidique entre mars et octobre 2015 au Centre Hospitalier Régional d'Orléans.

Parmi les 16 patientes incluses, 10 ont témoigné. Les entretiens ont duré en moyenne 50 minutes. Toutes les patientes ont été soulagées par les perfusions de réhydratation, quatre ont constaté un arrêt des vomissements. Huit patientes ont été satisfaites du jeûne et de la reprise alimentaire. L'isolement strict soit inutile, soit aggravant a pu conduire à des sorties prématurées.

Cette étude a montré que les traitements médicamenteux ont été moyennement satisfaisants, que l'isolement suivant son application était soutenant ou délétère, que les soignants avaient un rôle clé dans le soutien de ces femmes présentant une angoisse importante.

Mots clés : vomissements gravidiques incoercibles, hyperémèse gravidique, isolement, hospitalisation, vécu

Abstract

The aim of this study was to know the experience of hospitalization of women affected by hyperemesis gravidarum.

A retrospective qualitative study was chosen. Interviews were conducted with patients who were hospitalized with hyperemesis gravidarum between March and October 2015 at Orleans' Regional Hospital.

Among 16 patients included, 10 testified. Interviews lasted in average 50 minutes. All patients were relieved by rehydration drip, four patients stopped to vomit. Eight patients were satisfied with the fasting and refeeding. Strict isolation is useless and could induce premature exits.

This study showed that drug treatments were moderately satisfactory, isolation depending on its application was whether helpful or deleterious and also that health professionals had a key role in supporting these women with significant anxiety.

Key Words: Hyperemesis gravidarum, hospitalization experience, isolation, anxiety

Nombre de pages (sans annexe) : 51

Nombre d'annexes : 8

Nombre de références bibliographiques : 61