



**HAL**  
open science

# L'annonce de fausses-couches par les médecins : Étude qualitative dans deux hôpitaux d'Île-de-France

Valentine Cornu

► **To cite this version:**

Valentine Cornu. L'annonce de fausses-couches par les médecins : Étude qualitative dans deux hôpitaux d'Île-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03621199

**HAL Id: dumas-03621199**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03621199>**

Submitted on 28 Mar 2022

**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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

## Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**VALENTINE CORNU**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

### **L'ANNONCE DE FAUSSES-COUCHES PAR LES MEDECINS**

**Etude qualitative dans deux hôpitaux d'Ile-de-France**

Soutenu le : 13/04/2021

Directeur de mémoire : Mme A. Burdet, psychologue au Centre Hospitalier  
Intercommunal de Poissy

#### JURY

Mme E. Hericher, présidente du jury, sage-femme enseignante à l'UVSQ – UFR Simone  
Veil - Santé

Mme J. François, sage-femme clinicienne du Centre Hospitalier Intercommunal de  
Poissy-St Germain

Mme A. Lecouturier, sage-femme clinicienne du Centre Hospitalier de Versailles André  
Mignot

Numéro national d'étudiant : 21402713

# Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

# Remerciements

Je tiens à remercier les membres du Jury ayant assisté à la soutenance de mon mémoire.

Je veux remercier plus particulièrement :

Madame Alexandra Burdet, psychologue de maternité au Centre Hospitalier de Poissy-St Germain, et surtout, directrice de ce mémoire, pour m'avoir soutenue et aiguillée dès le début dans cette étude et pour sa contribution professionnelle en matière de psychologie.

Madame Sophie Baumann, sage-femme enseignante, pour son aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

L'ensemble des médecins et internes ayant bien voulu répondre à mes questions, malgré leur emploi du temps déjà bien chargé !

Enfin, je tiens à remercier plus personnellement :

Ma famille, dont le soutien a été inestimable lors de toutes ces années d'études et ce, jusqu'à la réalisation de ce mémoire.

Mes amies Manon, Cissy et Robyn qui ont toujours été là pour moi, Marianne, Lara, Bénédicte, Ariane et Jeanne qui ont rendu ces années d'études inoubliables.

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>VIII</b>
<b>ETUDE QUALITATIVE SUR L'ANNONCE DES FAUSSES-COUCHES PAR LES MEDECINS : RESUME</b>	<b>IX</b>
<b>A QUALITATIVE STUDY ON THE MISCARRIAGE ANNOUNCEMENT BY DOCTORS: ABSTRACT</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Généralités sur les fausses-couches</b>	<b>2</b>
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Epidémiologie	2
<b>1.2 Représentation de la grossesse</b>	<b>3</b>
1.2.1 Le concept d'investissement de la grossesse	3
1.2.2 Un deuil	4
1.2.3 Le vécu des patientes	4

<b>1.3 Les professionnels de santé</b>	<b>5</b>
1.3.1 La formation	5
1.3.2 Le vécu des médecins	5
1.3.3 Le concept de fatigue compassionnelle	6
<b>2 METHODOLOGIE DE RECHERCHE</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Objectifs et hypothèses de l'étude</b>	<b>8</b>
2.1.1 Objectifs	8
2.1.2 Hypothèses	8
<b>2.2 Type d'étude et outil méthodologique</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Entretiens</b>	<b>9</b>
2.3.1 La population étudiée	9
2.3.2 Variables retenues et modalités de recueil	10
<b>2.4 Stratégie d'analyse</b>	<b>10</b>
<b>2.5 Considération éthique et réglementaire</b>	<b>11</b>
<b>3 RESULTATS ET DISCUSSION</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Résultats et discussion des hypothèses</b>	<b>12</b>
3.1.1 Temps et ressources matérielles	12
3.1.2 Représentations et pratiques selon le sexe	13
3.1.3 Représentations et pratiques selon le moment de la carrière	15
3.1.4 Représentations et pratiques selon la formation	29
3.1.5 Fatigue de compassion et besoin d'autoprotection	32
<b>3.2 Points forts de l'étude</b>	<b>36</b>
<b>3.3 Limites et biais</b>	<b>37</b>
<b>3.4 Implications et perspectives</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>40</b>

**BIBLIOGRAPHIE**

**41**

**ANNEXES**

**45**

# Liste des figures

Figure 1 : Facteurs de risque de la fatigue de la compassion (Fortin, 2014) .....	6
Figure 2: Modes d'exercice par genre en gynécologie obstétrique.....	14
Figure 3: Modes d'exercice par genre en gynécologie médicale .....	14
Figure 4 : Nuage des représentations des médecins chefs .....	16
Figure 5 : Nuage des représentations des internes .....	16



# Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien .....	46
Annexe II : Exemple d'entretien avec un interne .....	47
Annexe III : Exemple d'entretien avec un chef.....	51

# Etude qualitative sur l'annonce des fausses-couches par les médecins : résumé

## Objectifs

L'objectif de notre étude était d'explorer la pratique de l'annonce des fausses-couches par des médecins d'Ile-de-France et de présenter les difficultés alors rencontrées. Nous cherchions à montrer que les médecins ont une pratique différente selon leur sexe, le moment de leur carrière et leur formation. Nous souhaitons aussi exposer le manque de temps et de ressources matérielles nécessaires à cette pratique. Par ailleurs, il s'agissait de démontrer que les professionnels faisant ces annonces développent une fatigue compassionnelle et un besoin d'autoprotection. Des études ont d'ailleurs montré que les patientes et les professionnels ne sont pas satisfaits par l'annonce des fausses-couches. Notre objectif global était donc de montrer que l'ensemble des difficultés exposées pouvaient l'expliquer.

## Matériel et méthodes

La méthode choisie était une étude qualitative. Des entretiens individuels semi-directifs ont été menés auprès des médecins et internes du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-St Germain (CHIPS) et du Centre Hospitalier de Versailles (CHV), exerçant aux urgences gynécologiques, hommes ou femmes, de tout âge, à différents moments de leur carrière. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits à l'écrit puis ont fait l'objet d'une analyse de leur contenu selon différents thèmes.

## Résultats

Les internes sont les professionnels qui se retrouvent seuls face aux patientes lors des annonces de fausse-couche, et cela dès le début de leur internat. Ils n'ont pourtant pas l'expérience des médecins chefs, ce qui rend leur pratique bien différente. Ils ne peuvent par ailleurs même pas s'appuyer sur leur formation théorique ou clinique puisque seulement une partie d'entre eux en ont bénéficié.

Ainsi, ils rencontrent des difficultés, notamment pour la gestion de leurs émotions, l'élaboration de phrases types adaptées et la prise de recul sur leur pratique. Etant confrontés plusieurs fois par jour à cette situation aux urgences, ils développent souvent une fatigue compassionnelle et éprouvent un besoin d'autoprotection. A l'extrême, cela entraîne une érosion graduelle de l'empathie donc des annonces non satisfaisantes pour les patientes. Une uniformisation des formations théoriques et cliniques à ce sujet semble être une solution. La formation clinique serait faite tôt et serait répétée dans leur cursus d'interne, sous forme de jeux de rôles et accompagnée d'une sensibilisation par les psychologues sur la signification de la fausse-couche pour les patientes.

**Mots-clés :**

Annonce, Fausse-couche, Pratique, Fatigue compassionnelle

# **A qualitative study on the miscarriage announcement by doctors: abstract**

## **Objective**

The aim of our study was to explore the practice of miscarriage announcement by Ile-de-France doctors and the difficulties then encountered. We were looking to show that the doctors have a different practice depending on their sex, the moment in their career and their training. We also wished to expose the lack of time and material resources needed for this practice. Furthermore, we meant to demonstrate that the professionals delivering these news develop a compassion fatigue and a need for self-protection. Studies have showed that the patients and the professionals are not satisfied by the miscarriage announcements. Our global aim thus was to show that all the exposed difficulties could explain it.

## **Methods**

The chosen method was a qualitative study. Semi-directive individual interviews were conducted with doctors and interns from the Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-St Germain (CHIPS) et du Centre Hospitalier de Versailles (CHV), with an activity in the gynecological emergency room, men or women, of all ages, at different times in their career. The interviews were recorded, transcribed and their content analysed by themes.

## **Results and conclusion**

The interns are the ones that are alone with the patients when the miscarriage is announced, and that is as soon as their internship starts. They however do not have the seniors' expertise, which makes their practice vastly different. Moreover, they cannot rely on their theoretical or clinical training since only a part of them have benefitted from it. Thus, they are met with difficulties, such as managing their feelings, elaborating suitable standard sentences and taking a step back on their practice. Being confronted to this situation many times a day in the emergency room,

they often develop a compassion fatigue and a need for self-protection. To the extreme, this leads to a gradual erosion of empathy, thus non satisfying announcements for the patients. A standardization of the theoretical and clinical trainings on this subject seems to be a solution. The clinical training would be early and would be repeated in their internship, in the form of roleplaying and accompanied by the psychologists raising awareness about the significance of the miscarriage for the patients.

**Keywords :**

Announcement, Miscarriage, Practice, Compassion Fatigue

# Introduction

L'annonce de la fausse couche représente un moment crucial pour certaines femmes. Les réponses aux questions et aux attentes de ces patientes sont importantes pour un pronostic psychologique plus favorable.

Cependant, toutes les patientes ne gèrent pas l'annonce de la même façon. Certaines surmontent très bien ce moment en trouvant des ressources. Il s'agit donc d'évaluer au cas par cas la nécessité d'un suivi psychologique ou non. Pour cela, il faudrait identifier les patientes à risque psychologique, mais il n'existe pas de liste définie de facteurs de risques. De façon générale, il faut évaluer si la femme a déjà investi cette grossesse ainsi que sa réaction à l'annonce.

Les médecins et internes, ayant la responsabilité d'annoncer les fausses-couches, sont en première ligne face aux patientes. Ils ont donc un rôle clé dans le vécu de cette annonce et dans le pronostic psychologique de ces femmes.

Néanmoins, les professionnels de santé restent des humains dont la pratique peut être influencée par leur sensibilité et par des facteurs externes. L'annonce de fausse-couche n'est alors pas toujours satisfaisante, ni pour eux, ni pour leurs patientes.

Ainsi, dans ce mémoire, nous allons développer dans une première partie le contexte médical et psychologique entourant la fausse-couche. Puis, après avoir exposé notre problématique et nos hypothèses, nous verrons par quelle méthode ce mémoire a été réalisé. Enfin, nous discuterons les résultats dans une dernière partie.

# 1 Contexte

## 1.1 Généralités sur les fausses-couches

### 1.1.1 Définition

La fausse couche est définie comme l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine avant 22 semaines d'aménorrhées (SA), selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Elle est précoce avant 14 SA et tardive entre 14 et 22 SA (1).

### 1.1.2 Epidémiologie

Selon le CNGOF, la fausse couche précoce (FCP) survient dans plus de 10% des grossesses (1) et concerne donc un nombre non négligeable de femmes.

Les facteurs de risque de FCP retrouvés sont, du niveau de preuve le plus fort au moins fort :

- une altération de la réserve ovarienne
- le tabagisme
- un antécédent de FCP
- Un âge maternel > 35 ans
- Un IMC > 25kg/m<sup>2</sup>
- Une consommation excessive de café ou d'alcool
- l'exposition à des champs magnétiques à des doses supérieures à 50 Hz
- l'exposition à des radiations ionisantes
- un antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- certains troubles de la fertilité
- un âge paternel de plus de 45 ans

La fausse-couche tardive (FCT), quant à elle, complique 1% des grossesses.

Les facteurs de risque qui ont été associés à la survenue d'une FCT sont, du niveau de preuve le plus fort au moins fort :

- l'existence d'une vaginose bactérienne
- un col court (mesure échographique inférieure à 25 mm) au second trimestre de la grossesse
- les âges maternels « extrêmes » (< 16 ans et > 35 ans)
- le fait de vivre seule ou de ne pas être mariée
- un faible niveau d'éducation
- les antécédents de FCP, de FCT, d'accouchement prématuré et d'IVG
- l'existence d'une malformation utérine
- la réalisation d'une amniocentèse, d'autant plus si elle est réalisée après 18 SA
- la privation de sommeil
- un antécédent de trachélectomie (ablation du col)

## 1.2 Représentation de la grossesse

### 1.2.1 Le concept d'investissement de la grossesse

Bien que la grossesse ne soit pas forcément visible, pour certaines femmes, une fausse couche est vécue comme la perte d'un futur bébé et de tous les projets associés(2) (3).

En effet, au cours de la grossesse, la femme enceinte effectue une grande transformation psychique. Une des étapes de cette transformation est l'investissement de la grossesse accompagné de l'idéalisation du fœtus.

Le psychologue en périnatalité Sylvain Missonnier décrit ce processus comme une relation d'objet virtuelle (ROV), c'est-à-dire une « *constitution du lien réciproque biopsychique qui s'établit en prénatal entre les (re)devenants parents opérant une « nidification » biopsychique et le fœtus* » (4).



Pour lui, « *cette relation d'objet virtuelle correspond à la version prénatale de la "fonction contenante". [...] La ROV est une interface entre le "devenir parent" et le "naître humain" qui précède -et rend possible- celle de la relation parents/bébé* ». (5)

### **1.2.2 Un deuil**

Des études montrent que, bien que précoce, la perte de grossesse lors d'une fausse couche peut entraîner un deuil similaire aux autres pertes périnatales plus tardives (6). L'impact émotionnel n'augmente donc pas avec l'âge gestationnel, mais se manifeste à partir du moment où la grossesse est investie (7). Or, l'attachement maternel peut se faire très tôt dans la grossesse.

Le deuil est d'autant plus difficile dans cette situation car la grossesse est souvent non sue ou peu intégrée par l'entourage, ce qui rend le soutien moral rare (3). Certaines femmes peuvent ainsi présenter une détresse psychologique intense, avec des symptômes anxieux (8), dépressifs (9) (10) de culpabilité ou de stress post-traumatique (2) (11) (12).

Ces symptômes peuvent se retrouver lors de la grossesse suivante, non seulement chez la mère mais également le père (8) (9) (13).

### **1.2.3 Le vécu des patientes**

Le pronostic psychologique des patientes est fortement influencé par la façon dont les professionnels annoncent la fausse couche, l'expliquent et la prennent en charge. En effet, celles-ci décrivent un sentiment de banalisation, un manque de transparence, d'honnêteté, ou parfois d'empathie, qui leur est délétère (2).

Les femmes évoquent également un besoin de reconnaissance de leur deuil, d'information compréhensible et d'un suivi adéquat (14) (15) (16).

D'après la littérature, il y a un écart entre les soins que les femmes souhaitent et ceux qu'elles reçoivent.

Les patientes rapportent que les professionnels de santé se concentrent généralement sur leurs besoins physiques après une fausse couche. Pourtant, elles considèrent la reconnaissance de leur deuil comme l'élément le plus important (14) (15).

## 1.3 Les professionnels de santé

### 1.3.1 La formation

La formation universitaire des médecins est décrite dans le bulletin officiel de l'enseignement supérieur de 2013. Il indique qu'au deuxième cycle de leur formation, les médecins bénéficient d'un enseignement médical sur la périnatalité, ainsi que sur la santé mentale, notamment les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. (17)

Des formations cliniques avec mise en situation sur les annonces difficiles ont également lieu au sein des établissements de santé. Cependant, cet enseignement n'est pas systématique puisqu'il reste à l'initiative des chefs de service.

### 1.3.2 Le vécu des médecins

Des études australiennes et américaines montrent que les médecins se sentent compétents dans leur capacité à apporter un soutien moral, et ce malgré une formation limitée (18) (19).

Dans ces études, les médecins considèrent la fausse couche comme un événement associé à un sentiment de deuil et d'échec. Ils pensent donc que leur rôle est d'alléger la culpabilité en soulignant la fréquence de cet événement. Généralement, ils préfèrent se concentrer sur l'aspect physique et attendent que les patientes expriment le besoin d'un soutien additionnel, comme un suivi psychologique.

Cependant, les médecins d'une des études rapportent que des soucis de temps et de ressources matérielles, une fatigue compassionnelle et un besoin d'autoprotection restreignent leur capacité à apporter de meilleurs soins (18).

L'autre étude montre que ce qui limite l'accès à des soins et suivis supplémentaires est un manque de connaissance et d'accessibilité des services disponibles (19).

### 1.3.3 Le concept de fatigue compassionnelle

La fatigue compassionnelle est décrite dans le *Dictionnaire des risques psychosociaux* par Philippe Zawieja (20) comme étant un « *sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, [...] Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion.* »

Ce concept a largement été étudié puis officialisé par le professeur de psychologie Charles Figley en 1995 (21). Celui-ci conçoit la fatigue de compassion comme « *un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social, résultant d'une exposition prolongée au stress de compassion* ». Il définit par ailleurs ce stress de compassion comme « *le stress lié à l'exposition à une personne souffrante* ».

Plusieurs facteurs de risques ont été identifiés dans la littérature, pouvant influencer l'apparition de fatigue de compassion. Ces facteurs sont personnels et organisationnels, comme entre autres, le sexe féminin (22) (23), le manque de soutien des pairs et de supervision (24), la charge de travail (25).

L'ensemble des facteurs de risque sont repris dans ce tableau (26) :

Axe personnel	Axe organisationnel
- Sexe féminin	- Charge de travail élevée
- Faible expérience	- Manque de journées de formation
- Antécédents de traumatismes	- Manque de débriefing
- Antécédents psychiatriques personnels	- Absence de collaboration entre les différentes institutions
- Objectifs irréalistes	- Restrictions administratives
- Surestimation des capacités	- Sentiment d'insécurité au travail
- Faible soutien des pairs et des proches	- Milieu de travail inadéquat et inconfortable
- Sentiment d'inefficacité	- Faible soutien des pairs et de la hiérarchie
- Sentiment de pas avoir le contrôle sur les situations	- Situations cliniques stressantes répétitives (urgences)
- Mauvaise gestion des émotions	
- Évènements de vie stressants	
- Surinvestissement personnel	

Figure 1 : Facteurs de risque de la fatigue de la compassion (Fortin, 2014)

L'impact de la fatigue compassionnelle est majeur, puisqu'elle a des répercussions individuelles, économiques mais aussi sanitaires. En effet, une des conséquences est l'altération de l'efficacité du soignant et donc de la qualité de soins. Une diminution de l'empathie et un épuisement émotionnel du professionnel, peuvent indirectement conduire à des erreurs thérapeutiques ou une difficulté à maintenir une position thérapeutique (27).

## 2 Méthodologie de recherche

### 2.1 Objectifs et hypothèses de l'étude

#### 2.1.1 Objectifs

Nous avons vu, à travers des études australiennes et américaines, que leurs médecins pouvaient rencontrer des difficultés à faire cette annonce de fausse-couche. Celle-ci n'était pas toujours faite de façon satisfaisante pour leurs patientes et pour eux-mêmes. Il était donc intéressant de savoir ce qu'il en était pour les médecins français.

Ainsi, l'objectif de notre étude était d'explorer la pratique de l'annonce des fausses-couches par des médecins d'Ile-de-France et de présenter les difficultés rencontrées dans cette pratique. Notre objectif final était de montrer une variation dans les pratiques ainsi que des difficultés pouvant rendre l'annonce insatisfaisante.

La problématique qui en a découlé est la suivante :

« Comment les médecins d'Ile-de-France annoncent-ils une fausse-couche et quelles difficultés rencontrent-ils dans cette pratique ? »

#### 2.1.2 Hypothèses

Pour cela, nous nous sommes basés sur plusieurs hypothèses.

La première était qu'ils n'avaient pas le temps et/ou les ressources matérielles nécessaires pour effectuer l'annonce de façon satisfaisante.

La deuxième hypothèse partait du fait que les médecins avaient une représentation et une pratique différentes selon leur sexe, le moment de leur carrière et leur formation.

Avec la dernière nous cherchions à prouver que les médecins développaient une fatigue compassionnelle et un besoin d'autoprotection.

## 2.2 Type d'étude et outil méthodologique

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi-directifs.

Nous avons élaboré une grille d'entretien comprenant 14 questions (*cf Annexe 1*) permettant des réponses ouvertes mais cadrées. L'étude a été menée auprès des médecins et internes ayant une activité aux urgences gynécologiques.

## 2.3 Entretiens

### 2.3.1 La population étudiée

La population étudiée était celle de deux hôpitaux : le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-St Germain et le Centre Hospitalier de Versailles. En effet, ces deux hôpitaux d'Ile-de-France possèdent des urgences gynécologiques avec une forte affluence de patientes, lieu où la majorité des annonces de fausse-couche se fait.

Les critères d'inclusion étaient :

- d'être médecin ou d'avoir minimum la formation d'interne
- d'avoir une activité en gynécologie, et plus particulièrement aux urgences gynécologiques
- des hommes ou des femmes
- de tout âge

Au final, nous avons menés 10 entretiens entre Octobre 2019 et Mars 2020. Cinq de ces entretiens ont été menés avec des internes : 3 en gynécologie médicale, 1 en gynécologie-obstétrique et 1 en médecine générale.

Les 5 autres entretiens ont été menés avec des médecins : 1 en gynécologie médicale et 4 en gynécologie-obstétrique.

L'étude comptait en tout 9 femmes et 1 homme.

Nous nous sommes arrêtés à 10 entretiens puisque nous arrivions à saturation des données.

Il nous paraissait intéressant de pouvoir interroger un nombre équivalent d'internes et de médecins chefs afin de pouvoir effectuer une comparaison.

### **2.3.2 Variables retenues et modalités de recueil**

Les entretiens duraient en moyenne 40 minutes : 45 minutes pour le plus long et 25 minutes pour le plus court. Les participants ont d'abord été contactés par mail puis des dates d'entretiens ont été fixées.

L'ensemble des entretiens ont été effectués sur place dans les deux hôpitaux et enregistrés sur un dictaphone pour nous permettre de les retranscrire fidèlement et plus facilement par la suite.

Nous avons élaboré la grille d'entretien à l'aide de Mme Sophie Baumann, sage-femme enseignante, ayant une expérience dans les études qualitatives.

Les variables obtenues étaient qualitatives et nous les avons classées en quatre grandes catégories :

- l'organisation, le temps consacré et les mots employés lors de l'annonce de fausse-couche.
- la formation théorique et pratique des professionnels sur le sujet
- les représentations de la fausse-couche
- leur pratique vis-à-vis du soutien psychologique des patientes.

## **2.4 Stratégie d'analyse**

Chaque entretien a été retranscrit sur le logiciel Word. Lors de la retranscription, il a été précisé dans le titre du document s'il s'agissait d'un interne ou d'un chef, d'un homme ou d'une femme.

Nous avons d'abord lu chaque entretien un par un afin de se familiariser avec le contenu et de voir émerger des thèmes que nous souhaitions analyser. Puis, nous avons analysé le contenu en classant chaque question dans un document à thème. Cela nous a permis de faire des comparaisons entre les réponses de chaque professionnel mais aussi de chaque catégorie de professionnels : interne/médecin, homme/femme.

## **2.5 Considération éthique et réglementaire**

Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé par écrit des personnes interrogées, notamment pour les enregistrer.

Une adresse mail, permettant de nous contacter et se retirer de l'étude à tout moment, leur a été fournie.

Les éléments obtenus sont restés confidentiels, avec une retranscription anonymisée ne permettant pas d'identifier directement ou indirectement les personnes. Les fichiers Word ont été protégés par un code.

La préservation de l'anonymat des participants étant importante, une déclaration à la CNIL a été réalisée par l'intermédiaire de l'université.



## 3 Résultats et discussion

### 3.1 Résultats et discussion des hypothèses

#### 3.1.1 Temps et ressources matérielles

##### Des lieux et cadres différents

Sur la question du lieu de l'annonce, le box des urgences gynécologiques était l'endroit principalement donné par l'ensemble des personnes interrogées. Les annonces de fausses-couches sont donc majoritairement faites aux urgences gynécologiques. Parmi les autres réponses, nous retrouvions le box de consultation pour les personnes effectuant des consultations gynécologiques, le box d'échographie pour les professionnels effectuant des échographies ou exerçant dans le service de diagnostic anténatal.

Aucune difficulté n'a été rapportée sur le lieu ou le matériel à disposition dans les box.

##### Un temps parfois limité

A la question du temps consacré à l'annonce, les réponses s'étalaient de 5 minutes à une demi-heure, avec une médiane à 15 minutes. Parmi les 10 professionnels interrogés, 6 estimaient avoir suffisamment de temps pour délivrer les informations nécessaires sans être limités.

Quatre autres personnes considéraient cependant être limitées par le temps :

*« c'est compliqué parce qu'en consultation on a des tranches horaires de consultation très limitées »*,

*« Sachant que derrière on est un peu pressé par euh, par le temps et par euh, par les patientes, d'autres patientes qui attendent donc euh le cadre pour moi ne s'y prête pas »*

*« c'est difficile parce que ça dépend s'il y a beaucoup d'attente ou pas »*

*« tout dépend de l'activité »*

Néanmoins, tous les professionnels s'accordaient sur le fait qu'ils prenaient le temps nécessaire aux besoins des différentes patientes, selon leurs attentes et leurs questions, et cela même s'il fallait dépasser le temps imparti :

*« j'essaye toujours de faire en sorte que, de le faire, enfin de prendre le temps que je juge nécessaire à l'annonce (...) il faut prendre le temps de pouvoir réassurer ces patientes »*

*« y en a qui ont beaucoup de questions donc euh là je prends le temps de, de prendre mon temps pour répondre à toutes leur questions »*

*« quand ta patiente a vraiment besoin de parler (...) on prend plus de temps pour lui expliquer »*

*« en général j'essaye de prendre mon temps ».*

Nous pouvons donc en conclure que les médecins, même s'ils se sentent limités par le temps, sont capables de dépasser cette limite. Ils ne sentent pas obligés de respecter cette limite de temps et ont les ressources matérielles nécessaires à leur disposition pour faire une annonce de fausse-couche satisfaisante. Dans l'étude auprès des médecins australiens (18), ils se sentent limités par le temps et leurs ressources matérielles. Cependant les professionnels australiens soulignaient une altération de la qualité de la prise en charge à cause de cette limite de temps, ce qui n'est pas le cas ici.

Ainsi, nous invalidons partiellement notre première hypothèse : ils manquent en effet de temps mais pas de ressources matérielles et cela n'impacte pas leur satisfaction vis-à-vis de l'annonce de fausse-couche.

### **3.1.2 Représentations et pratiques selon le sexe**

Un seul homme a été interrogé lors de cette étude, ce qui rend la comparaison homme-femme peu pertinente et peu interprétable. Cependant, cette répartition de participants est conforme aux statistiques françaises du nombre d'hommes médecins en gynécologie-obstétrique. Nous pouvons en effet observer une féminisation de la profession, avec un nombre d'hommes gynécologues/obstétriciens qui diminue

chaque année pour faire place à une part de femmes plus importante. En 2017, des statistiques ont été faites par le Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la démographie médicale (28). Ces deux tableaux montrent la part de femmes et d'hommes en gynécologie obstétrique et en gynécologie médicale :

	Libéral	Mixte	Salarié	Total
Hommes	256	112	68	436
Femmes	419	157	136	712
Total	675	269	204	1148

\* Divers : 0 - Sans : 0

Figure 2: Modes d'exercice par genre en gynécologie obstétrique

	Libéral	Mixte	Salarié	Total
Hommes	32	23	9	64
Femmes	658	200	214	1072
Total	690	223	223	1136

\* Divers : 0 - Sans : 0

Figure 3: Modes d'exercice par genre en gynécologie médicale

Nous observons 712 femmes pour 436 hommes en gynécologie obstétrique ; et l'écart se creuse encore plus pour la spécialité gynécologie médicale, avec 1072 femmes pour 64 hommes. Nous pouvons donc conclure que la profession est majoritairement féminine et que les patientes françaises verront donc plus souvent des médecins femmes. Il est important de souligner cela pour l'analyse des entretiens.

Nous avons constaté une différence entre les réponses féminines et celles masculines. Certains médecins femmes semblaient parfois s'identifier à la patiente, ce qui n'était pas le cas de leur collègue masculin :

*« Alors c'est difficile parce qu'on s'identifie de temps en temps aux patientes. Et euh ben il y a forcément cette histoire de peur que ça nous arrive »*

*« Enfin je pense que si ça m'arrivait, je pense que je le vivrais aussi comme un échec. »*

Elles s'appuyaient même parfois sur les expériences qu'elles ont avec leur entourage, ce qui évoque quelque chose de personnel :

*« Je pense que y en a pour qui c'est... pas beaucoup. Enfin que c'est pas un truc traumatisant et qui s'en remettent très vite, la semaine d'après. D'ailleurs moi j'ai des amies à qui c'est arrivé, je vois bien que voilà. »*

Nous observons que ces professionnelles se mettent à la place de la patiente ou la comparent à leurs expériences personnelles. Il existe donc une subjectivité inhérente à leur sexe qui peut représenter un avantage comme un inconvénient. En effet, utiliser leur propre expérience peut les aider à comprendre les émotions des patientes et adapter leur prise en charge dans ce sens mais cela ne peut fonctionner que si l'expérience du médecin s'aligne avec celle de la patiente. Par exemple, si la patiente le vit bien et que la professionnelle le vit comme un échec, elle risquerait de lui attribuer une émotion en décalage avec son vrai ressenti. La prise en charge se baserait sur une supposition erronée. A l'inverse, si dans l'entourage du médecin les femmes le vivent bien, elle pourrait ne pas détecter la détresse de la patiente. Néanmoins, l'expérience professionnelle est également un facteur important dans la prise en charge et permet de contrebalancer cette subjectivité.

Ainsi, notre hypothèse qu'il existe une différence des représentations selon le sexe peut être validée mais nous ne pouvons pas confirmer qu'il existe une différence de pratiques.

### **3.1.3 Représentations et pratiques selon le moment de la carrière**

#### **3.1.3.1 Représentation de l'annonce pour les patientes**

Nous avons demandé l'avis des professionnels sur ce que représente la fausse-couche et son annonce dans la vie d'une femme. Ainsi, à travers cette question, mais aussi grâce aux autres réponses, nous avons pu recueillir l'ensemble des mots qu'ils attribuaient à cet évènement. Il s'agit de la façon dont les patientes vivraient les choses selon les médecins, à nuancer avec leur vécu personnel de l'annonce de fausse-couche.

Nous pouvons ainsi observer deux nuages de mots distincts, un pour les médecins chefs, un pour les internes. La taille des mots varie en fonction de leur fréquence d'utilisation.

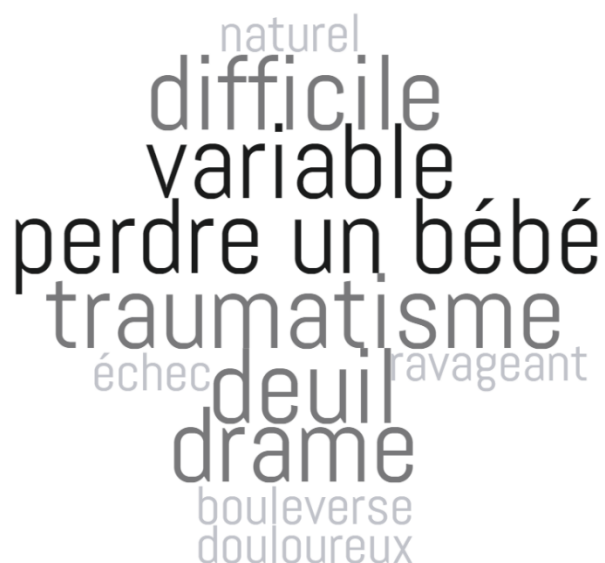


Figure 4 : Nuage des représentations des médecins chefs



Figure 5 : Nuage des représentations des internes

Dans un premier lieu, nous pouvons observer le mot « variable » sur les deux nuages : la représentation de la fausse-couche serait variable selon les patientes. En effet, selon les professionnels, le vécu de la patiente serait différent selon le désir ou non de grossesse :

*« y en a qui durent 5 minutes parce que la patiente est déjà, le sent déjà, en a déjà fait, ne voulait pas cette grossesse et dans ces cas-là ça va très vite. Et il y en a où c'est beaucoup plus compliqué, on a l'impression que c'est une, quasiment perdre un bébé à terme »*

*« c'est variable parce qu'il y a des fausses-couches de grossesses pas vraiment désirée. Et il y a un côté naturel aussi. [...] Voilà et à contrario ça peut être vécu comme un drame. Et ça, il y a eu des annonces où j'avais l'impression que la patiente perdait un bébé à terme donc euh »*

Le vécu serait aussi différent selon l'histoire de vie et le contexte de la grossesse. Ainsi, la fausse-couche ne représenterait qu'un simple moment à passer pour certaines patientes, et aurait un grand impact chez d'autres :

*« Elles le vivent différemment l'une l'autre en fonction de leur histoire, de leurs attentes »*

*« Je pense que y en a pour qui c'est... pas beaucoup. Enfin que c'est pas un truc traumatisant et qui s'en remettent très vite, la semaine d'après. [...] Et puis d'autres pour qui c'est ravageant et traumatisant et qui s'en remettent pas. Donc vraiment je ne ferais pas de généralité, je pense que ça dépend beaucoup trop des patientes et des situations. »*

*« il y a des, des patientes pour qui c'est plus difficile [...], c'est les patientes qui sont en... dont la grossesse est issue d'un parcours de PMA. [...] enfin ou les patientes qui ont mis du temps à avoir leur grossesse d'une manière générale. Que ce soit une grossesse spontanée ou une grossesse PMA, c'est toujours plus difficile à annoncer aux patientes. Quand elles attendent cette grossesse depuis longtemps. Donc c'est le contexte, ouais de la grossesse. »*

*« je pense que c'est assez variable selon les femmes, selon bah leurs représentations sociales, culturelles, leur désir de grossesse euh... Par exemple une fausse-couche pour une dame qui, qui était dans un parcours de FIV, ça va être vraiment un évènement majeur pour elle »*

Cette distinction rappelle d'une part notre concept initial d'investissement de la grossesse, et d'autre part le fait que la fausse-couche puisse avoir un impact majeur chez certaines patientes (dépression, anxiété...). Ainsi, certaines patientes n'ont pas du tout investi la grossesse et l'annonce se fait facilement. Mais d'autres patientes l'ont investie et seront plus impactées par l'annonce.

Dans un second lieu, nous avons comparé les deux nuages de mots. Nous avons remarqué que dans les deux cas, les professionnels décrivaient la représentation et le vécu des patientes avec des mots à connotation négative. La différence cependant se trouvait dans le poids des mots employés. Les médecins chefs avaient tendance à utiliser des mots forts et graves, tels que « deuil » ou « traumatisme ». Tandis que les internes utilisaient en majeure partie des mots à moindre impact tels que « triste » ou « déception ». Une autre différence se retrouvait chez la représentation des internes avec les mots récurrents « naturel » et « fréquent » que nous ne retrouvions pas chez les médecins chefs ou à bien moindre échelle. Il s'agit de mots que certains internes ont été amenés à utiliser dans leur discussion avec les patientes, notamment pour les déculpabiliser :

*« c'est une réponse naturelle du corps face à une grossesse qui normalement ne devait pas bien évoluer ; et il faut vous dire que c'est pas votre faute »*

*« il faut prendre le temps de pouvoir rassurer ces patientes et pouvoir leur expliquer que c'est naturel quoi, que c'est fréquent »*

*« en leur expliquant bien que, que c'est quelque chose de naturel et que c'est assez fréquent, elles sont plutôt dans l'acceptation »*

*« il y a un mot que je prononce souvent en disant que c'est fréquent. C'est, malheureusement c'est pas, pas un cas à part »*

Il semble donc que, dans l'ensemble, les internes associent l'annonce de fausse-couche à des mots moins impactant que ceux des médecins chefs. Ils diffèrent même dans leur pratique en disant aux patientes que c'est quelque chose de naturel et fréquent. Or, comme nous l'avons vu dans des études, les patientes

dont la grossesse est investie ont plutôt besoin d'une reconnaissance de leur deuil (15).

Ainsi, nous validons notre hypothèse que les représentations et les pratiques diffèrent selon le moment de la carrière.

### 3.1.3.2 Représentation personnelle des professionnels

A travers les différentes réponses, nous avons également pu comprendre ce que l'annonce de fausse-couche représente du côté des professionnels. Cela nous a permis de différencier leurs réponses sur le vécu des patientes, citées précédemment, avec leur vécu personnel. Pour eux, l'annonce de fausse-couche était une pratique fréquente ; ils y étaient tellement confrontés que cela devenait « banal », ordinaire. Cette banalisation était principalement décrite par les médecins chefs, bien que deux internes l'ont également évoquée :

*« pour nous, comme on en voit vraiment beaucoup, au bout d'un moment on finit par banaliser les choses »*

*« parfois on pourrait dire presque que je suis blasée parce qu'en fait j'en vois beaucoup »*

Nous avons retrouvé cette sensation de banalisation chez tous les médecins chefs qui ont répondu :

*« J'ai l'impression qu'à force d'en annoncer et d'en voir tout le temps on devient un peu des monstres et on est plus très... [...] Enfin pas des monstres, l'empathie, elle est présente mais c'est une parmi toutes les.. enfin on en voit tellement que ça devient un truc un peu... un peu banal quoi. Tu vois c'est tellement quotidien à un moment quand t'es interne »*

Cependant, les chefs semblaient tous pouvoir prendre du recul sur leur pratique et distinguer leur vécu de celui des patientes afin d'adapter leur discours:

*« ...quand on est interne aux urgences gynécocos on en voit un milliard et donc on a tendance à dire... à passer ça comme si c'était rien parce que c'est vrai qu'en terme médical c'est pas grand-chose mais que pour elles c'est pas facile quoi. »*



*« Même si pour nous médecins c'est un petit peu banalisé vu que c'est tellement fréquent, il ne faut pas oublier que la patiente elle, elle s'est sentie enceinte, qu'elle a peut-être commencé à s'accrocher et donc du coup déjà je pense que c'est vraiment un deuil pour elle. »*

*« Voilà, mais oui parce que c'est banal. Banal ça veut pas dire pas grave mais c'est banal. Mais c'est très fréquent. Donc là on va [à l'hôpital], il y en a 10 qui attendent aux urgences quoi. J'exagère un peu, mais voilà.[...] c'est parfois surprenant hein, parce qu'on se dit ça va passer et... c'est un drame. Donc c'est pour ça que c'est le problème de la fausse-couche, c'est qu'elle est banalisée par les médecins. Ça c'est important, il y en a tellement, c'est souvent pas du tout grave, donc on s'en fout. Donc les patientes sont très mal reçues. [...] les externes nous racontent parfois comment les patientes sont mal traitées pour le coup. « Ouais bon ça va, c'est une fausse-couche, c'est pas grave. » Ça t'en sais rien si c'est pas grave, la patiente elle a un vécu différent. Donc faut faire comme si c'était, enfin nous, comme si c'était quelque chose de très grave, enfin de...de lourd pour la patiente »*

Ainsi, nous pouvons nous demander si les internes ne sont pas encore dans ce processus de banalisation, qui semble se développer avec le temps à force d'être confronté à la même situation. Nous pouvons aussi nous demander s'ils ont enclenché ce processus mais n'ont pas encore assez de recul sur leur pratique pour s'en rendre compte. Cela semble s'aligner avec les résultats des nuages de mots : les médecins chefs utilisaient des mots forts pour décrire l'annonce de fausse-couche, en contraste avec leur avis personnel de banalité déjà ancré. Les internes utilisaient globalement des mots moins forts pour le vécu des patientes, ce qui rejoint leur vision personnelle de l'annonce de fausse couche.

### **3.1.3.3 Annonce devenue peu fréquente chez les médecins chefs**

Lors des entretiens, nous leur avons demandé la fréquence à laquelle ils étaient amenés à faire des annonces de fausse-couche. Nous nous sommes rendu compte que dans la majorité des cas, les annonces étaient faites par les internes.

Les chefs en ont fait lors de leur internat, et ne sont plus amenés à en faire que dans quelques situations :

*« ...maintenant je dirais plus en seconde ligne, une fois que l'interne a fait le diagnostic, a expliqué à la patiente, donc c'est un peu différent. [...] enfin, je viens s'il a besoin d'une confirmation »*

*« les internes sont aux urgences, donc les chefs ne sont plus aux urgences donc. Sauf si bon, c'est un premier semestre »*

*« Vraiment, c'est quand même plutôt des diagnostics sur des échographies fortuites au DAN ou voilà »*

*« c'est quand je vois des patientes en début de grossesse et en faisant l'échographie on se rend compte que soit la grossesse est arrêtée, soit elle n'est plus là »*

Ainsi, les annonces de fausses couches sont faites par les chefs dans trois situations :

- Avec l'interne aux urgences, lorsqu'il n'est pas sûr ou pas assez avancé dans sa formation
- Lors d'une échographie fortuite au DAN
- Lors d'une consultation de début de grossesse

En terme de fréquence, les chefs étaient confrontés à cette situation entre deux fois par mois et une fois tous les trois mois, avec une majorité d'entre eux à 2 fois par mois.

Pour les internes, la situation était beaucoup plus fréquente : entre une fois par semaine et 5 fois par jour avec une médiane à 3 fois par jour. Les chefs aussi évoquaient l'annonce de fausse-couche comme étant quelque chose de quotidien en tant qu'interne.

Nous pouvons donc en conclure que l'annonce de fausse-couche est presque entièrement relayée aux internes, qui s'y retrouvent confrontés plusieurs fois par jour. De plus, ils doivent rapidement la faire seuls puisque les chefs sont rarement avec eux.

### 3.1.3.4 Un paradoxe

Nous avons demandé à l'ensemble des participants si l'annonce de fausse-couche devenait plus facile avec l'expérience. Il s'avère que 9 personnes sur 10 trouvaient en effet cela plus facile avec le temps et l'expérience. Ils listaient plusieurs raisons pour lesquelles cela devenait plus facile.

Un médecin pensait que l'expérience permet une meilleure prise en charge, un meilleur encadrement et donc une aisance face à la patiente:

*« je pense qu'avec l'expérience du coup on a plus l'habitude des suites, enfin de la prise en charge, blabla, enfin. Donc on a l'air un peu plus sûr de soi. »*

Plusieurs pensaient qu'il leur est plus facile d'annoncer la fausse-couche lorsqu'ils connaissent déjà des phrases types :

*« ...on sait quoi dire, euh probablement qu'on connaît mieux les chiffres à donner aux patientes et des fois on leur donne des chiffres statistiques, ça aide, je crois que ça les aide beaucoup. Euh et puis oui, enfin, on est plus à l'aise nous-même donc généralement l'information passe mieux et le couple il est plus, c'est plus facile. »*

*« Plus facile, oui c'est rodé. Moi je trouve que c'est comme une pièce de théâtre hein de toute façon. Donc, ça veut dire que vous jouez un rôle, euh, et il y a des phrases toutes faites, voilà. [...] Mais c'est parce qu'on est très très entraîné. Donc ultra rodé. Enfin globalement je trouve que c'est rodé. [...] Mais c'est plus facile avec l'expérience, bien sûr. J'ai mes mots, je sais comment je vais l'annoncer, voilà. »*

Pour d'autres, la réponse était que l'expérience permet de contrôler ses émotions, prendre de la distance et faire son travail sans être impacté :

*« Oui parce qu'on apprend au fur et à mesure des années de soignants à prendre de la distance, à pas trop se laisser déborder par les émotions de la patiente. Et puis mine de rien, [...] le discours devient un petit peu automatique. [...] alors que les premières fois je pense qu'on cherche encore ses mots et on est bouleversé par la patiente qui se met à pleurer »*

*« Au début, franchement, je pense que ça devait m'impacter plus et que je me disais « oh la la, la pauvre c'est horrible » [...]. C'est pas que j'ai pas d'empathie mais ça n'a pas d'impact sur moi en tout cas, aucun. Donc du coup je fais mon travail, mais euh 3 minutes après quand je suis en salle pour autre chose j'ai complètement oublié ce truc-là de ma journée. »*

*« Le risque quand on est jeune c'est de, de, d'être dans, d'être trop dans l'émotif et de se perdre, entre guillemets, avec des ressentiments et toutes les émotions de la patiente. Je pense que c'est important d'avoir ce recul par rapport à l'annonce et prendre une certaine hauteur qu'on acquiert effectivement grâce à l'expérience, c'est comme tout. »*

Par ailleurs, au cours des entretiens, nous avons appris que les médecins obtiennent leurs phrases types grâce à l'observation de leurs pairs, au cours des stages, par mimétisme ou au contraire, en faisant l'inverse.

*« c'est en écoutant les chefs au début et puis après on répète exactement la même chose. A force d'entendre différentes personnes on prend chacun les petites phrases des uns, des autres et on répète tout le temps le même discours. »*

*« De toute façon les premières gardes c'est l'horreur, donc quand il y a quelqu'un qui veut bien vous expliquer quelque chose c'est bien. »*

*« Donc tu regardes ceux qui annoncent et tu te dis, ça c'est bien, ça c'est pas bien, bon bah je fais la mienne. [...] Après, dès le deuxième jour d'internat, t'es obligé d'aller annoncer ça. Voilà, après c'est pas une bonne chose, et comme on dit jamais la première fois sur un patient euh, ça serait bien de s'entraîner avant. Mais oui dès le deuxième jour, tu, t'es dans le grand bain. Donc très vite, il faut qu'externe, tu regardes comment il faisait. Et puis c'est probablement pas très bon au premier semestre, et puis au dixième t'es peut-être meilleur »*

Les internes sont donc très tôt seuls face aux patientes alors qu'ils n'ont pas encore d'expérience, et donc pas encore de recul, de phrases types et de connaissance de la prise en charge. Il apparaît donc comme paradoxal que les internes se retrouvent seuls en première ligne alors que les médecins chefs sont ceux qui ont de l'expérience. De plus, les internes ont besoin d'observer leurs aînés

pour pouvoir se faire leur propre avis et reproduire ou non les interactions. Dans notre étude, les participants avaient pu observer des annonces uniquement au cours de leur externat puisqu'ils se retrouvent seuls en tant qu'interne. Cependant cela ne semble pas adapté, étant donné qu'ils ne savaient pas forcément quelle spécialité ils allaient choisir et donc ne se sentait pas forcément concernés en tant qu'externes. De plus, beaucoup de temps s'écoule entre ce stage et leur internat, ne permettant pas de retenir toutes les notions. Il serait peut-être plus bénéfique pour les internes et pour les patientes que ceux-là commencent par accompagner les chefs, le temps d'acquérir de l'expérience. En effet, ils se sentiraient plus à l'aise et les patientes en face le ressentiraient : elles auraient face à elles quelqu'un qui connaît les statistiques, la prise en charge, trouve les mots et arrive à canaliser ses émotions pour s'occuper d'elles.

### **3.1.3.5 Les pratiques : phrases types et mots évités**

Nous avons interrogé les médecins et internes sur leur pratique, notamment sur les phrases utilisées pour annoncer la fausse-couche et les mots qu'ils évitent sciemment. Comme nous l'avons dit précédemment, il est devenu clair qu'ils utilisent un même discours façonné à partir de l'observation de leurs pairs. Cela est d'autant plus vrai pour les chefs et les internes en fin de formation. Pour les jeunes internes, cette pratique diffère puisqu'ils n'ont pas encore leur propre discours :

*« J'en ai pas du tout parce que je suis encore à la recherche effectivement de phrases qui pourraient être un peu moins euh... [...] j'ai pas de phrase type malheureusement mais c'est vrai que j'aurai bien aimé trouver une façon de pouvoir le dire plus simplement quoi »*

De façon générale, nous avons remarqué que l'annonce s'organise de la même façon chez les chefs et les internes.

Les professionnels ont répondu que dans un premier temps, ils donnaient les statistiques de la fausse-couche :

*« je leur dis que les fausses-couches, c'est une femme sur 4 ou sur 5 qui fait une fausse couche, surtout lors des premières grossesses »*

*« je leur dis que c'est je crois 10% des grossesses diagnostiquées et puis probablement beaucoup plus »*

Puis, ils leur expliquaient les étiologies possibles (idiopathique ou anomalie chromosomique) :

*« en général c'est dû, dans plus de 70% des cas, à des anomalies chromosomiques et que la nature en général fait bien les choses et élimine d'elle-même cette grossesse qui n'aurait pas été possible »*

*« je leur dis que c'est fréquent, que la plupart du temps on ne retrouve pas de raison, et que c'est un accident qui se déroule au premier trimestre, que ça peut être une anomalie de développement sous-jacente et que du coup c'est la nature qui fait que ça s'arrête précocement. »*

Ils cherchaient ensuite à les déculpabiliser dans leur discours :

*« souvent la première réaction qu'elles ressortent, j'ai l'impression c'est ce sentiment de culpabilité, ce sentiment d'impuissance vis-à-vis du fait qu'elles auraient pu changer le cours des choses, qu'elles auraient pas dû marcher dans la journée, qu'elles auraient pas dû faire le tour du soir. Et je pense que, je pense que c'est important de leur dire que c'est pas ça qui a provoqué la fausse-couche. »*

*« C'est plus important de la déculpabiliser, c'est pas quelque chose qu'elle a fait ou qu'elle n'a pas fait depuis le début de grossesse, c'est malheureusement commun et elle n'a rien fait, elle n'est pas responsable de cette fausse-couche quoi qu'elle ait fait »*

Un interne et un chef ont expliqué qu'ils laissaient un temps à la dame pour pleurer :

*« ...lui dire que c'est normal d'être triste, qu'elle a le droit de pleurer. Souvent elle retient ses larmes pendant la consultation »*

*« Je les laisse pleurer, c'est important aussi de pleurer, d'évacuer. »*

Quant aux mots qu'ils évitaient sciemment, 5 personnes sur 10 n'en avaient aucun, majoritairement des internes.

Une personne s'interdisait de dire « ce n'est pas grave » puisqu'elle ne sait pas si cela est grave ou pas pour la patiente.

4 personnes sur 10 disaient ne pas utiliser les mots « bébé » ou « fœtus » mais annonçaient plutôt cela de façon détournée « la grossesse s'est arrêtée / n'est plus évolutive ». Ils avançaient deux raisons principales : d'une part, d'un point de vue médical, il ne leur semblait pas correct d'utiliser le mot fœtus ou bébé alors qu'il s'agit parfois d'un embryon. D'autre part, ils ne voulaient pas inciter les dames à se projeter, à s'imaginer un bébé ou s'impliquer si cela n'était pas déjà fait :

*« Alors après à 8 semaines, parfois c'est un bébé aussi pour la patiente mais voilà au sens médical du terme c'est un embryon, et puis à 10 semaines un fœtus. Donc voilà, mais je dis plutôt la grossesse s'est arrêté. [...] Donc j'arrive à dire la même chose sans utiliser le mot bébé qui peut-être me gêne et en plus, voilà, à titre personnel, quand un truc fait 3 cm, je dis pas le bébé, je dis bah t'es enceinte c'est super, mais donc voilà. Non je pense que c'est aussi pour dire que c'était au stade très débutant de la grossesse et que, que l'implication pouvait être moindre. Mais après, c'est la patiente qui fait son implication, c'est pas moi. »*

Un seul élément diffère entre les réponses des médecins chefs et des internes : seuls les chefs ont mentionné qu'ils expliquaient en plus la prise en charge des fausses-couches à répétitions ou des fausses couches tardives aux patientes. Ils font donc bien les distinctions et leur expliquent qu'elles entreront dans une prise en charge plus poussée si cela se reproduit :

*« voilà je leur explique bien que le bilan est fait à partir de 3 fausses-couches euh à répétition avec le même conjoint. »*

*« après le 3<sup>e</sup> trimestre c'est plus du tout pareil en terme d'étiologie, en terme de prise en charge, en terme.. voilà, donc euh. C'est pas du tout la même information, c'est une patiente qu'il faut revoir, il faut faire un bilan de fausse-couche tardive. »*

Cet élément nous permet à nouveau de valider notre hypothèse que les pratiques diffèrent selon le moment de la carrière.

### 3.1.3.6 Les pratiques : suivi psychologique

Concernant leur pratique, nous leur avons également demandé s'ils proposaient systématiquement de voir un psychologue par la suite. Toutes les personnes interrogées ont répondu qu'ils ne le proposaient pas systématiquement. La moitié ne le proposait pas du tout, avec majoritairement des médecins chefs. L'autre moitié, principalement des internes, le proposait sur certains critères qu'ils estimaient facteurs de risques de détresse psychologique après l'annonce.

Les critères avancés étaient les suivants, dans l'ordre de récurrence :

- une détresse apparente dès l'annonce
- une grossesse issue de l'AMP : FIV ou autre
- les fausses-couches à répétition
- les fausses-couches tardives
- un contexte de grossesse désirée / attendue / « de la dernière chance » / chez une femme plus âgée

Ainsi, il semble que les pratiques à ce sujet diffèrent et évoluent puisque les internes sont ceux qui proposent le plus un suivi psychologique. Les personnes ne proposant pas du tout de suivi expliquaient cela par le fait qu'ils se sentaient capable de gérer l'aspect psychologique de l'annonce :

*« si c'est mes patientes, des patientes que je vais revoir, alors on va en reparler et je vais voir comment elles l'ont vécu »*

*« j'ai pas forcément, j'ai pas l'impression que les patients en aient, enfin en aient besoin après, [...] C'est-à-dire que moi je m'assure toujours après que la patiente ne soit pas seule. »*

Bien qu'un suivi psychologique ne soit pas proposé systématiquement, la moitié pensaient pourtant que cela devrait l'être, qu'il serait bien et intéressant pour les patientes de leur proposer systématiquement. Ils pensaient qu'il est tout de même difficile de prévoir la réaction des patientes à distance, et que certaines ne tombaient pas dans les critères mais en auraient quand même besoin :



*« j'évalue en fonction de la réaction qu'elle a devant moi. Mais c'est vrai que je pense que c'est peut-être pas très objectif, parce qu'elle peut avoir une réaction un peu retardée chez elle. »*

*« je pense que chaque patiente a une façon de réagir qui peut-être n'est pas le reflet de son état d'adaptation post-annonce en fait. Parfois, en apparence elles ont l'air de, d'accuser le coup et en fait par derrière elles le vivent très mal. »*

Certains soulignaient cependant un problème logistique possible : un nombre trop important de patientes devant être vues par les psychologues :

*« bah je sais pas trop si les psys euh... enfin quand c'est des fausses-couches précoces en tout cas, est-ce que les psys pourraient absorber tout ce.. débit de patiente. Je sais pas trop, enfin à l'hôpital c'est peut-être un peu compliqué. »*

*« Après il faut que les psychologues soient, enfin, que derrière ça, ça suive. »*

Des études montrent qu'il est en effet important de proposer systématiquement un suivi psychologique chez ces patientes. Elles démontrent un effet bénéfique sur les risques d'anxiété et de dépression au long cours, et que la prise en charge précoce permet d'identifier rapidement les patientes nécessitant un suivi. Elles trouvent qu'il serait pertinent d'intervenir précocement et brièvement afin de prévenir l'impact anxieux et dépressif. (29) (30)

Nous nous demandons donc s'il ne serait pas important de systématiser la communication entre les médecins et les psychologues. Les psychologues pourraient leur dire ce qui est acceptable comme flux de patientes et mettre en place un protocole pour ces cas-là. Ils pourraient aussi leur suggérer ce qui est important de dire ou ne pas dire notamment avec le retour des patientes vues en consultation. Les médecins sont d'ailleurs demandeurs à ce niveau-là :

*« y a pas le suivi qui permet d'avoir... d'avoir un retour là-dessus comme pour d'autres choses quoi »*

*« je pense que c'est parce que j'ai pas eu de retour d'une patiente qui m'a dit « oh la la vous m'avez dit ça, ça m'a vraiment choqué » [...] j'ai pas de retour sur les mots à ne pas dire dans ce contexte.»*

### 3.1.4 Représentations et pratiques selon la formation

Nous avons interrogé les participants sur la formation qu'ils ont reçu au sujet des annonces de mauvaise nouvelle et notamment des fausses-couches. Nous leur avons demandé d'une part s'ils avaient reçu une formation théorique et d'autre part, une formation pratique.

Parmi les chefs, seulement deux ont reçu une formation théorique au cours de l'enseignement à la faculté, et aucun d'entre eux n'a eu de formation pratique ou clinique.

Chez les internes, trois ont eu une formation théorique et deux un entraînement pratique.

Cependant, 9 personnes sur 10 étaient d'accord pour dire que les formations théoriques et pratiques sont nécessaires et qu'elles auraient aimé en bénéficier.

Les différences de parcours s'expliquent par plusieurs choses. Dans un premier temps, les années de formations semblent être déterminantes. En effet, nous observons une évolution des enseignements puisque les internes sont plus nombreux à avoir reçu des formations théoriques et pratiques sur le sujet que les chefs. De plus, les chefs ayant reçu des formations théoriques ont été diplômés plus récemment que les autres.

*« Après je sais que c'est rentré dans le programme des internes de premier semestre, il me semble, enfin de première année. Mais moi [...], y avait pas ça. »*

Cette différence de parcours peut aussi s'expliquer par les différentes spécialités des médecins :

*« après moi je suis interne de gynéco médicale, bon j'ai pas eu de formation mais je sais que les internes en obstétrique ils ont eu une formation quand ils étaient en première année, à la fac, avec des ateliers de TD où ils apprennent à annoncer les fausses-couches. »*

La formation reçue par chacun est dépendante également des cursus, des lieux de stage ou d'enseignement. Certains hôpitaux offrent des entraînements sous forme de simulations ou jeux de rôles, mais cela reste hôpital-dépendant :

*« On a eu une formation [...], c'était une simulation avec des cas réels, enfin des gens qui jouaient un rôle. [...]Et je pense que malheureusement, là c'était à l'initiative de mon service, et non pas à l'initiative de mon DES »*

Une autre personne a eu accès à une formation théorique grâce à des enseignements dans un autre pays :

*« c'était pas en France, [...] j'étais en 5<sup>e</sup> année de médecine, et là y a eu une formation là-dessus »*

Bien que l'ensemble des personnes interrogées pensait que la formation théorique était nécessaire, celles qui en ont bénéficié estimaient que cela était important mais pas suffisant :

*« c'est un cours très théorique sur voilà, les conditions pour annoncer une mauvaise nouvelle. [...] Mais voilà, annonce d'une mauvaise nouvelle dans une pièce fermée, couper le téléphone, nombre réduit de personnes, dire les mots. Donc voilà des trucs vraiment très théoriques. C'est un cours d'une heure à la fac quoi. »*

*« Mais voir ça euh 2 heures, 2 heures comme ça, enfin par là, enfin à la fac, je trouve que c'est pas forcément suffisant. »*

Elles estimaient qu'il était utile de s'entraîner à faire l'annonce pour consolider leur formation :

*« on a eu un cours, en théorie, jamais en pratique. En théorie on avait un des thèmes qui traitait de ça pour le concours,[...]. C'était un item donc j'ai appris le cours mais j'ai jamais eu de simulation pour faire face à ce genre de situation. »*

*« Parce qu'entre la théorie où on vous dit bah voilà, l'annonce d'une, une annonce difficile, [...], voilà comment ça se passe, voilà les différents temps de la consultation. Mais en pratique c'est pas... déjà quand on, on se retrouve dans la situation, on a plus ce qu'on a appris en cours en tête. Et en pratique c'est pas évident à mettre en place »*

Selon ces professionnels, la formation devrait être mise en place le plus tôt possible, au début de l'internat, et devrait être continue, avec des rappels réguliers :

« je pense qu'avoir une formation vraiment [...] quand on débute l'internat pour, pour pouvoir cadrer un peu les choses, [...] je pense que ça peut nous être très utile. Plus tôt et après dans la formation, de façon un peu continue. Mais clairement je pense que, en tout cas en gynécologie obstétrique, [...] on est en manque de ce genre de formations. »

« ça mériterait d'être un peu plus creusé, au niveau des cours et même au niveau de la pratique. Peut-être qu'il y ait un rappel à chaque stage où on risquerait d'être confronté à des situations comme celles-là. Qu'on puisse nous donner des pistes un peu de réflexions et des pistes aussi, de pouvoir amorcer l'annonce quoi. Des petites phrases qui soient pas trop maladroites, ou qui soient pas voilà quoi. Qu'on ait pas l'air d'être trop empoté quand on va faire l'annonce de la situation quoi. »

De plus, ils souhaitaient que la formation se fasse sous forme de simulations ou jeux de rôles, afin de ne pas s'entraîner directement avec les patientes :

« J'ai jamais fait de... d'exercice d'annonce en étant moi-même la patiente, enfin en jeu de rôle, parce que je pense ça c'est intéressant d'être soi-même la patiente, voir comment on reçoit les mots et tout ça. »

« C'est-à-dire qu'il faut s'entraîner à annoncer ces nouvelles. [...] Donc oui, il faut faire les ateliers, alors ça je suis, je trouve ça très très bien. Et j'ai jamais eu ça, j'ai copié sur les gens. [...] comme on dit jamais la première fois sur un patient euh, ça serait bien de s'entraîner avant. »

« Après c'est pas toujours évident d'annoncer une pathologie à un patient avec à côté un étudiant qui écoute et qui regarde. En général on aime que ce soit le médecin qui nous prend en charge qui nous l'annonce et qu'il y ait pas 10 000 personnes autour parce que c'est quelque chose d'assez personnel et dur à encaisser donc si c'est pour qu'il y ait du public... [...] des jeux de rôle, ça aurait été bien ça. »

Il apparaît donc comme important que l'enseignement théorique sur l'annonce de mauvaise nouvelle soit uniformisé, ce qui semble être en cours d'évolution.

D'autre part, il faudrait faire pratiquer les internes dès le début de leur internat, peu importe leur spécialité, uniformément, dès lors qu'ils sont confrontés à ce genre

d'annonce. Cela permettrait de leur apporter les outils nécessaires à leur pratique, sans avoir à mobiliser des chefs sur leurs premières gardes et sans avoir à s'entraîner seuls face aux patientes.

Pour cela, une formation sous forme de jeux de rôles semble adaptée. Cette méthode est d'ailleurs déjà mise en place dans certains hôpitaux ; il faudrait l'étendre de façon systématique dans tous les hôpitaux concernés.

Les formations impactent et facilitent significativement les annonces mais les médecins présentent des formations hétérogènes, voire aucune formation. Cela permet de valider l'hypothèse que les pratiques diffèrent selon la formation.

### **3.1.5 Fatigue de compassion et besoin d'autoprotection**

#### **3.1.5.1 De nombreux facteurs de risque**

Nous avons pu exposer dans notre introduction (Figure 1) les facteurs de risque de fatigue de compassion et nous nous sommes rendus compte que les participants à notre étude étaient considérablement à risque. En effet, nous avons pu reprendre de nombreux facteurs de risque de la liste qui se retrouvaient chez nos sujets :

- sexe féminin : comme vu précédemment, la majorité des gynécologues et gynécologues obstétriciens sont des femmes
- manque de journées de formations : les professionnels ont soulevé le besoin de formations à ce sujet, manquant jusque-là à leur cursus
- charge de travail élevée
- situations cliniques stressantes répétitives (urgences) : cela s'applique aux participants puisque la majorité des annonces de fausse-couche s'effectue aux urgences gynécologiques

Nous nous sommes également aperçus que les internes étaient particulièrement à risque car ils accumulaient d'autres facteurs de risque :

- une faible expérience
- un faible soutien des pairs : ils se retrouvent en effet très tôt seuls face aux patientes
- une mauvaise gestion des émotions et un surinvestissement personnel : les professionnels s'accordaient à dire que la gestion des émotions et le recul s'acquièrent avec l'expérience

### 3.1.5.2 Signes apparents

Dans leurs réponses, il était apparent que les internes avaient plus de mal à gérer leurs émotions, et plus ils débutaient, plus cela se confirmait :

*« il faut savoir jauger son petit curseur empathie ou pas ; mais euh c'est assez compliqué la fausse-couche, ouais. »*

*« quand je réalise ça, bah je suis un peu triste pour la dame. Je suis un petit peu mal-à-l'aise »*

*« Mais je pense que quand on est jeune, on peut être démuni parce qu'on se retrouve dans des situations qu'on a jamais pu rencontrer auparavant et c'est pas toujours évident. »*

*« on pourrait très bien être avec la patiente... enfin limite on pourrait se retrouver à pleurer avec eux quoi. Même si c'est pas, c'est pas notre enfant mais on est quand même touché par, par les larmes d'une patiente, par les émotions quoi »*

*« on pourrait être surpris effectivement par les émotions que va nous procurer un patient quoi. On pourrait ouais ouais... [...], dans le cas présent avec le patient en face de soi, on a plus les mêmes moyens quoi. C'est difficile de pouvoir se recadrer quoi. [...] C'est plutôt nouveau et on, comme je dis on est assez surpris parfois par nos propres réactions quoi. On se dit mais pourquoi est-ce que je suis en panique comme ça »*

Ils décrivaient cependant un besoin de se protéger et de prendre du recul :

*« Mais en même temps comme moi j'en vois plusieurs dans la journée, c'est, c'est difficile de, de s'investir émotionnellement à chaque fois. Donc j'essaie de*

*trouver un entre deux euh, [...] c'est pas que je ressens pas d'émotion. En fait je, en fait moi j'en ressens pas, mais je sais, enfin j'ai pas envie d'en ressortir parce que sinon ma journée va être pourrie. »*

*« délivrer des informations en essayant de, moi, pas être trop impactée par la déception de la dame. »*

*« Ma posture professionnelle c'est peut-être d'essayer de ne pas trop tomber dans l'émotion avec les patientes. Effectivement, c'est toujours ce qu'on nous dit, la limite entre l'empathie et la sympathie, bon qui, moi je trouve qu'elle est très fine quoi, [...] Bah pour un peu me protéger moi en tout cas je, c'est vrai que je, j'ai tendance à mettre un peu de distance »*

Les chefs, eux, admettaient tous avoir déjà pris du recul et s'investir beaucoup moins :

*« je pense que j'ai une espèce de grosse barrière, enfin je, je sais pas. Les fausses-couches, surtout du premier trimestre, j'essaye d'être explicative, de rassurer les patientes mais c'est vrai que moi personnellement, ça me fait pas grand-chose. »*

*« C'est un peu au milieu si tu veux, non c'est pas difficile à vivre pour moi parce que avec l'expérience, les années on apprend à prendre de la distance »*

*« non, très honnêtement c'est pas difficile à vivre pour moi. Euhh non. Je vais être honnête. [...] Après si elles se mettent à pleurer, qu'elles sont effondrées, j'ai de l'empathie. Mais ça va pas..., derrière j'y pense plus, ça va pas impacter ma journée, je suis pas déprimée, je suis pas.. tu vois. »*

*« une fausse-couche du premier trimestre, c'est pas quelque chose qui est difficile pour nous. Heureusement, parce que sinon euh... on pourrait pas. [...] non ça ne me touche pas particulièrement et heureusement parce qu'il y en a beaucoup. »*

Les professionnels expliquaient que le recul est facilité par la banalisation de la fausse-couche à force d'y être confronté si souvent :

*« Bah en fait on est confronté hélas à des choses plus graves [...]. Mais finalement comme on en voit 3 à 5 par jour, bah on se fait rapidement une*

*expérience du diagnostic, et de l'annonce et des différents type de réactions que peuvent avoir les dames. »*

*« Je ne pense pas que ça devienne plus facile parce que je pense qu'avec l'expérience on a l'habitude d'annoncer des choses graves et du coup ce serait un piège de tomber dans cette habitude et justement d'avoir moins d'empathie »*

*« Mais je m'y suis faite avec le temps, et j'essaye d'être la plus objective possible »*

*« on apprend au fur et à mesure des années de soignants à prendre de la distance, à pas trop se laisser déborder par les émotions de la patiente. [...] C'est des choses qu'on répète jour après jour et donc on prend vraiment l'habitude de le dire alors que les premières fois je pense qu'on cherche encore ses mots et on est bouleversé par la patiente qui se met à pleurer »*

*« j'ai l'impression qu'à force d'en annoncer et d'en voir tout le temps on devient un peu des monstres et on est plus très... Enfin pas des monstres, l'empathie, elle est présente mais c'est une parmi toutes les.. enfin on en voit tellement que ça devient un truc un peu... un peu banal quoi »*

*« Ça devient tellement un truc commun que... Au début, franchement, je pense que ça devait m'impacter plus et que je me disais « ohlala la pauvre c'est horrible » etc alors que maintenant j'ai moins d'empathie, clairement. »*

Ils répondaient aussi que ce recul était nécessaire afin de pouvoir continuer à faire leur travail :

*« Mais je vais rester un peu en retrait et me contenir par rapport à ça quoi, pour pouvoir effectivement, pouvoir enchaîner, après continuer à faire mon travail quoi »*

*« ça n'a pas d'impact sur moi en tout cas, aucun. Donc du coup je fais mon travail, mais euh 3 minutes après quand je suis en salle pour autre chose j'ai complètement oublié ce truc-là de ma journée. »*

Ainsi, ils décrivent un besoin d'autoprotection face à cette situation qu'ils rencontrent très fréquemment afin de ne pas être trop impacté émotionnellement. En effet, s'investir émotionnellement à chaque fois entraîne une fatigue de compassion.



Ils ont besoin de prendre de la distance, ce qui est nécessaire à leur bien-être. Malheureusement, cette distance vient avec une érosion de l'empathie. Bien que le recul leur soit nécessaire afin de pouvoir continuer à travailler sans être dévasté, l'empathie est aussi importante dans l'annonce de fausse-couche pour le vécu des patientes. Certains d'entre eux arrivent à maintenir une balance entre l'empathie et le recul en gardant en tête ce que l'annonce de fausse-couche représente pour la patiente. Il serait donc important de sensibiliser régulièrement les internes à la signification de la fausse-couche dans la vie d'une femme. Cela pourrait se faire en même temps que les formations régulières à l'annonce.

### **3.2 Points forts de l'étude**

Nous avons pu nous entretenir avec un nombre équivalent d'internes et de médecins chefs, avec des spécialités diverses et exerçant dans deux hôpitaux différents. Le choix des entretiens semi-directifs, donc d'une méthode qualitative, était adapté puisque cela nous a permis d'interagir avec les participants et d'approfondir les réponses données.

Par ailleurs, avec notre grille d'entretien, nous avons recueilli assez d'éléments pour tester nos hypothèses. Grâce à cela, nous en avons validé deux sur trois : l'hypothèse de manque de temps et de ressources ne peut pas être validée entièrement.

De plus, cette étude nous a permis d'apporter le point de vue des professionnels sur l'annonce de fausse-couche, ce qui n'est pas souvent représenté dans la littérature. Ainsi, nous avons pu apporter des éléments de réponses aux questions soulevées par les autres études se concentrant sur les patientes. Parallèlement, les entretiens ont amené les professionnels à s'interroger sur leur pratique.

Enfin, les résultats ont apporté des pistes de réflexion et d'amélioration des pratiques autour de l'annonce de fausse-couche.

### 3.3 Limites et biais

La part de femmes dans cette étude représente un biais de sélection. Cependant, cela va dans le sens de la réalité du terrain, où une féminisation de la profession est observée, notamment dans les spécialités de gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique. En 2017, 94% des professionnels exerçant en gynécologie médicale et 62 % des professionnels en gynécologie-obstétrique étaient des femmes. (cf Figure 2 et Figure 3)

Bien que nous nous intéressions aux pratiques françaises en comparaison avec les études américaines et australiennes, l'étude n'a pu être menée que dans deux hôpitaux d'Ile-de-France pour des raisons pratiques et d'organisation. L'effectif de notre échantillon est par ailleurs réduit. L'étude ne peut donc pas être extrapolée à l'ensemble des médecins de France mais nous donne un aperçu et une idée de la pratique et des difficultés françaises

La méthodologie qualitative par réalisation d'entretiens semi-directifs ne permet pas de cadrer entièrement les réponses et celles-ci peuvent dévier du sujet ou être hors sujet. Cette méthodologie comporte également un biais de subjectivité inhérent à l'analyse humaine.

Par ailleurs, nous avons rencontré des difficultés lors de la discussion de nos résultats, car il existe un nombre limité d'études à ce sujet et nous avons manqué d'études récentes. Cela a rendu compliqué la comparaison aux données de la littérature.

Enfin, nous aurions pu enrichir l'étude en y incluant une évaluation de la fatigue de compassion effective dans notre population à l'aide d'un test standardisé tel que le Compassion Fatigue Self Test de Figley (Test d'Usure de Compassion en français) (31) (32) ou ProQOL (Professional Quality Of Life) (33).

### 3.4 Implications et perspectives

Avec cette étude, nous espérons montrer la complexité de l'annonce de fausse-couche pour les médecins. Nous souhaitons leur donner une voix sur ce sujet qui a jusque-là beaucoup été étudié du côté des patientes.

De plus, nous cherchons à trouver les éléments pouvant être modifié dans leur pratique. En effet, il serait judicieux de faciliter la communication entre les psychologues et les médecins afin d'apporter des changements dans les pratiques. Cela passerait dans un premier temps par l'élaboration d'un protocole. Il permettrait d'identifier les patientes à risque de détresse psychologique afin de ne pas passer à côté. Mais il inciterait aussi à proposer systématiquement la consultation de psychologie. En effet, même si un suivi est proposé à toutes les patientes dans cette situation, cela ne veut pas forcément dire qu'elles iront consulter. L'afflux de patiente ne serait pas considérablement modifié. Dans certains lieux, les coordonnées des psychologues sont données de façon systématique en maternité en post-partum mais cela n'engorge pas pour autant leur consultation. L'amélioration de la communication interdisciplinaire pourrait aussi passer par un retour régulier des psychologues aux médecins sur la façon dont les patientes vivent les annonces, sur les mots importants à dire ou à éviter.

La pratique des médecins et internes est fortement influencée par la représentation qu'ils ont de l'annonce de fausse-couche. Or, les internes ne semblent pas tous réaliser l'impact que la fausse-couche peut avoir dans la vie d'une femme. Ainsi, on pourrait imaginer qu'ils soient sensibilisés sur le sujet. Cela passerait par une uniformisation de la formation initiale des médecins sur la psychologie de la grossesse et les annonces de mauvaises nouvelles. On peut aussi envisager une formation pratique plus poussée à ce sujet. Celle-ci pourrait être sous la forme de jeux de rôles, ce qui permettrait de se mettre à la place des patientes mais aussi de s'entraîner avant de se retrouver face à elles. Cela est déjà mis en place dans certains hôpitaux mais il faudrait l'étendre à tous les hôpitaux accueillant des internes pour un semestre de gynécologie. Ces formations devraient être faites le plus tôt possible et répétées lors de leur internat.

Les internes expriment un besoin de s'entraîner, de trouver des phrases types et de gérer leurs émotions. Ces simulations leur offriraient l'opportunité de communiquer avec leurs aînés et de s'en inspirer. Ils ont un risque accru de développer une fatigue de compassion mais les formations permettraient d'éliminer deux facteurs de risques qui sont un manque de soutien de leurs pairs et un manque

de formation. En pouvant gérer leurs émotions, ils auraient moins besoin d'autoprotection et donc leur empathie serait moins impactée.

Le but final serait de faciliter l'annonce pour les internes, d'éviter l'érosion de leur empathie et donc de rendre les annonces plus satisfaisantes pour les professionnels et les patientes.

## Conclusion

Cette étude a permis d'exposer les différences dans les pratiques et les difficultés rencontrées par les médecins lors des annonces de fausse-couche. Nous avons dans un premier temps infirmé notre hypothèse qu'ils rencontraient des difficultés matérielles ou un manque de temps. En effet, ils se sentent limités par le temps mais n'hésitent pas à prendre le temps nécessaire à l'annonce.

Dans un deuxième temps, nous avons testé l'hypothèse que les représentations et pratiques sont différentes selon le sexe, le moment de la carrière ou la formation des professionnels.

Nous avons conclu qu'il y a effectivement une différence de représentation entre les hommes et les femmes puisque les femmes sont les seules à s'identifier aux patientes. Mais leur pratique n'en est pas impactée car ce biais est contrebalancé par leur expérience professionnelle.

Nous avons également conclu que les internes et les chefs avaient des représentations et des pratiques différentes. Les médecins chefs ont du recul sur leur pratique et une expérience qui leur permet de gérer leurs émotions, d'avoir des phrases types et d'annoncer les fausses-couches plus facilement.

Nous avons également validé l'hypothèse de la fatigue de compassion et du besoin d'autoprotection. Les internes sont à risque plus élevé de développer une fatigue de compassion et décrivent eux-mêmes un besoin d'autoprotection, ce qui peut entraîner une diminution de leur empathie. Le paradoxe se trouve dans le fait que les internes sont ceux qui effectuent en majorité les annonces. Nous avons conclu que la mise en place de formations pratiques sous forme de jeux de rôles serait une solution. En effet, les médecins et les internes évoquent tous un manque de formation à ce sujet, et ceux qui ont bénéficié d'une formation en soulignent l'importance.

Pour finir, cette étude a permis de mettre en évidence la nécessité d'une communication interdisciplinaire, entre les médecins et les psychologues.

## Bibliographie

1. CNGOF. Les pertes de grossesse [Internet]. 2014. Disponible sur: [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%2FCNGOF\\_2014\\_pertes\\_grossesse.pdf&i=450](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%2FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=450)
2. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women Birth*. avr 2019;32(2):137- 46.
3. Robinson GE. Pregnancy loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. janv 2014;28(1):169- 78.
4. Missonnier S. Le premier chapitre de la vie ? nidification foetale et nidation parentale. *Psychiatr Enfant*. 2007;50(1):61.
5. Missonnier S. Une relation d'objet virtuelle ? *Carnet PSY*. 2007;120(7):43.
6. Klier CM, Geller PA, Ritsher JB. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Arch Womens Ment Health*. 1 déc 2002;5(4):129- 49.
7. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. juin 2012;14(2):187- 94.
8. Cumming G, Klein S, Bolsover D, Lee A, Alexander D, Maclean M, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 26 juill 2007;114(9):1138- 45.
9. Volgsten H, Jansson C, Svanberg AS, Darj E, Stavreus-Evers A. Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. *Midwifery*. sept 2018;64:23- 8.
10. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord*. juill 2000;59(1):13- 21.

11. Farren J, Jalmbant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. nov 2016;6(11):e011864.
12. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. 1 nov 2018;24(6):731- 49.
13. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *J Affect Disord*. déc 2017;223:153- 64.
14. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health*. avr 2010;13(2):111- 24.
15. Wong MK, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. sept 2003;53(494):697- 702.
16. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Avortement spontané et culpabilité : une étude qualitative. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2011;40(5):430- 6.
17. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Bulletin officiel n°20 [Internet]. 2013. Disponible sur: [https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid\\_bo=71544&cbo=1](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=71544&cbo=1)
18. Jensen KLB, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. août 2019;59(4):508- 13.
19. Engel J, Rempel L. Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage: *MCN Am J Matern Nurs*. 2016;41(1):51- 7.
20. Zawieja P. Fatigue compassionnelle. In: *Dictionnaire des risques psychosociaux* [Internet]. Le Seuil. Paris; 2014. p. 316- 9. Disponible sur: <https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/hal-00872292>
21. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. nov 2002;58(11):1433- 41.

22. Sodeke-Gregson EA, Holttum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur J Psychotraumatology*. 1 déc 2013;4(1):21869.
23. Killian KD. Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*. juin 2008;14(2):32- 44.
24. Tehrani N. Compassion fatigue: experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occup Med*. 1 mars 2010;60(2):133- 8.
25. Bell H, Kulkarni S, Dalton L. Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *Fam Soc J Contemp Soc Serv*. oct 2003;84(4):463- 70.
26. Fortin C. Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant [Internet]. [Chicoutimi]: Université du Québec; 2014. Disponible sur: <https://constellation.uqac.ca/2771/1/030621766.pdf>
27. Derdour-Campos J. La fatigue de compassion : état des lieux des connaissances, aspects cliniques [Internet]. [Caen]: Université de Caen - Normandie; 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02044005/document>
28. Bouet P, Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017 p. 245. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1sogkeq/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2017.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf)
29. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *Br J Med Psychol*. mars 1996;69(1):47- 58.
30. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse couche. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2011;40(5):437- 43.
31. Figley CR. Compassion Fatigue Self Test [Internet]. 1999. Disponible sur: <http://nwdrugtaskforce.ie/wp-content/uploads/2013/01/Compassion-Fatigue-Handout-6.pdf>



32. Figley CR, Larivey M. Test d'Usure de Compassion [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.trauma-ptsd.com/uploads/Test%20Usure%20de%20Compassion.pdf>
33. Dr Stamm H. Professional Quality of Life Measure [Internet]. ProQol. 2012. Disponible sur: [https://proqol.org/ProQol\\_Test.html](https://proqol.org/ProQol_Test.html)

# Annexes

## Annexe I : Grille d'entretien

### L'ANNONCE EN PRATIQUE

Dans un premier temps, je vais vous poser des questions concernant les annonces de fausses-couches :

1. Avez-vous déjà effectué une annonce de FC ?
2. Etes-vous souvent confronté à cette situation ? A quelle fréquence ?
3. Où se déroule généralement l'annonce ?
4. Quel temps consacrez-vous en moyenne à l'annonce d'une FC ?
5. Avez-vous une situation qui vous a particulièrement marqué ? Pouvez-vous nous la relater ?
6. Quels sont les sentiments que vous ressentez personnellement lors de ces moments ? Est-ce difficile à vivre pour vous ? Pourquoi ?
7. Quelle est votre posture professionnelle lors de ces moments ? Pourquoi ?
8. Y a-t-il des mots ou phrases types que vous employez ? Si oui, lesquels ?
9. Y a-t-il des mots ou phrases que vous évitez de prononcer ? Si oui, lesquels et pourquoi ?
10. Selon vous, que représente une fausse-couche dans la vie d'une femme ?
11. Proposez-vous systématiquement à la patiente et/ou au couple de rencontrer une psychologue ? Pourquoi ?

### FORMATION A L'ANNONCE

Concernant la formation théorique :

12. Avez-vous bénéficié d'une formation sur l'annonce de mauvaises nouvelles durant vos études à la fac ? Si oui, à quel moment ?

Concernant la formation clinique :

13. Durant vos stages à l'hôpital, avez-vous bénéficié d'une formation ou d'un tutorat sur « Comment annoncer une fausse-couche ou une mauvaise nouvelle » ?

Si oui, quel est le(s) professionnel(s) qui vous a formé/encadré ? Avez-vous apprécié cet accompagnement ?

Si non, auriez-vous aimé en bénéficier ? Pourquoi ?

14. Pensez-vous que l'annonce devient plus facile avec l'expérience ? Pourquoi ?

## Annexe II : Exemple d'entretien avec un interne

### L'ANNONCE EN PRATIQUE

Dans un premier temps, je vais vous poser des questions concernant les annonces de fausses-couches :

#### 1. Avez-vous déjà effectué une annonce de FC ?

Oui bien sûr

#### 2. Etes-vous souvent confronté à cette situation ? A quelle fréquence ?

Hum alors souvent, je dirais que, ça, effectivement ça fait partie des diagnostics qu'on est amené à rencontrer aux urgences. Alors à quelle fréquence, je dirais à la fréquence euh... à peu près 1 consultation sur 10 en moyenne.

#### 3. Où se déroule généralement l'annonce ?

Euh alors euh, concrètement, aux urgences gynécologiques donc dans le box euh dans le box d'échographie au moment où on fait le diagnostic.

#### 4. Quel temps consacrez-vous en moyenne à l'annonce d'une FC ?

Alors ça, ça dépend des questions de la patiente et de ses interrogations vis-à-vis du diagnostic mais euh en moyenne ça prend, juste le temps de l'annonce, il prend euh un quart d'heure, un quart d'heure - vingt minutes. Après il y a des patientes qui, qui euh... qui conservent un mutisme et qui sont pas très demandeuses donc euh voilà, ça raccourcit le temps d'annonce et y en a qui ont beaucoup de questions donc euh là je prends le temps de, de prendre mon temps pour répondre à toutes leur questions.

#### 5. Avez-vous une situation qui vous a particulièrement marqué ? Pouvez-vous nous la relater ?

Euh alors une situation qui m'aurait marqué.. Enfin il se trouve que les situations les plus difficiles c'est les grossesses, c'est quand ça arrive dans un contexte de grossesse souvent qui a été difficile à avoir, donc c'est des parcours de PMA, où il y a souvent un parcours vachement difficile pour tomber enceinte. Et euh voilà, l'annonce de l'arrêt de la grossesse est souvent compliquée dans ce contexte parce que... voilà après y a forcément une grosse euh... enfin, souvent, souvent elles ont déjà eu une échographie avant de venir donc elles étaient dans l'espoir que ce soit une grossesse évolutive. Mais parfois, bon elles découvrent la grossesse pour la première fois donc elles ont jamais eu d'échographie et c'est très compliqué de passer de l'espoir à la déception en un instant donc euh... On fait le diagnostic de la grossesse mais par contre, dire qu'elle est arrêtée c'est, la suite est un peu plus compliquée donc euh, moi je trouve que c'est les situations les plus compliquées.

**6. Quels sont les sentiments que vous ressentez personnellement lors de ces moments ? Est-ce difficile à vivre pour vous ? Pourquoi ?**

Alors euh.. je commence à avoir un peu d'expérience donc bon... Au début je trouvais que c'était difficile de faire l'annonce parce que aussi on se place en tant qu'humain et c'est toujours difficile de faire face à une situation qui est... triste euh donc bon. Mais je m'y suis fait avec le temps, et j'essaye d'être la plus objective possible et euh en même temps d'être euh, ben d'être factuelle sur le diagnostic. Enfin c'est quand même extrêmement fréquent, les grossesses arrêtées, on considère ça une grossesse sur cinq, donc euh, en même temps c'est pas... c'est pas un diagnostic rare et c'est pas une complication c'est... malheureusement c'est une complication qui intervient assez souvent chez les femmes en âge de procréer donc euh...

**7. Quelle est votre posture professionnelle lors de ces moments ? Pourquoi ?**

Voilà moi je reste dans mon rôle de médecin et j'essaye de répondre à leurs questions et à leurs problématiques et je fais en sorte qu'il n'y ait pas de complication en rapport avec cette grossesse arrêtée, je me charge de ça. Bien sûr euh, je suis là pour répondre à toutes leurs questions.

**8. Y a-t-il des mots ou phrases types que vous employez ? Si oui, lesquels ?**

Alors euh, il y a un mot que je prononce souvent en disant que c'est fréquent. C'est, malheureusement c'est pas, pas un cas à part et j'essaye aussi de la rassurer en lui disant que dans la grande majorité des cas, on a pas toujours un diagnostic. Euh encore une fois c'est juste des généralités mais, en tout cas ça permet de déculpabiliser, moi je pense que c'est important. Euh ensuite, euh, bah... Donc voilà, l'argument de la fréquence, et l'argument de la non culpabilité et voilà. Généralement je commence toujours par ça. Ça permet un peu de... de, de détendre un peu l'atmosphère parce que souvent la première réaction qu'elles ressortent, j'ai l'impression c'est ce sentiment de culpabilité, ce sentiment d'impuissance vis-à-vis du fait qu'elles auraient pu changer le cours des choses, qu'elles auraient pas dû marcher dans la journée, qu'elles auraient pas dû faire le tour du soir. Et je pense que, je pense que c'est important de leur dire que c'est pas ça qui a provoqué la fausse-couche. Encore une fois, ça reste une généralité, c'est pas du cas par cas mais c'est important ouais, de... de les reconforter.

**9. Y a-t-il des mots ou phrases que vous évitez de prononcer ? Si oui, lesquels et pourquoi ?**

\*pause, réfléchis\* est-ce qu'il y a des mots que j'évite de prononcer... Alors oui, pour être un peu redondante, je vais pas du tout être dans un discours culpabilisateur. Voilà, si on me

demande quels sont, quels ont été les facteurs de risques possibles, encore une fois je vais pas, je vais pas nommément, enfin je vais pas mettre la patiente dans ce contexte-là. Par exemple une patiente qui fume et qui aurait un train de vie très intense, je vais pas lui dire : « ah c'est parce que vous avez fait... » je vais essayer un peu d'arrondir les angles tout en essayant de lui faire comprendre qu'il y a, enfin il y a aussi un mode de vie à changer. Nan après, enfin c'est à mettre dans le contexte mais... est-ce que j'ai des mots que je m'interdis de dire ? \*rire\* Je vais rester très respectueuse et très correcte vis-à-vis de la patiente mais comme toute consultation. Nan voilà, je vais pas employer des mots, je vais pas parler de mort d'embryon. De toute façon, c'est pas un terme qui est approprié parce qu'il a pas d'identité dans tous les cas mais...Voilà, je lui dis, j'emploie le terme de grossesse arrêtée et je vais pas parler d'embryon, de fœtus, enfin si mais, et encore, mais juste dans la façon d'aborder les choses... je vais pas non plus rentrer dans les détails. Je vais attendre que la patiente me pose des questions.

#### **10. Selon vous, que représente une fausse-couche dans la vie d'une femme ?**

C'est une épreuve difficile, je pense. C'est une épreuve très difficile. Euh qui je pense, dans le cadre d'une grossesse désirée, doit être vécu à deux. C'est très important je pense d'avoir un bon réseau, un bon... un bon tissu de soutien psychologique autour pour pouvoir faire face et... nan c'est pas une épreuve facile, c'est clairement, clairement difficile. Et je pense qu'en tant que soignant, en fait on en voit beaucoup, mais en réalité, je pense que malgré ça on réalise pas l'impact dans, que ça peut avoir d'un point de vu psychologique, l'impact très émotionnel que ça peut avoir dans la vie d'une femme. Voilà donc j'essaye... j'essaye toujours dans ces situations de prendre vraiment mon temps et, même si j'ai d'autres choses à côté, pour répondre à toutes leurs problématiques et faire en sorte qu'elles, qu'elles ressortent apaisées de la consultation et qu'elles soient pas dans une culpabilité excessive.

#### **11. Proposez-vous systématiquement à la patiente et/ou au couple de rencontrer une psychologue ? Pourquoi ?**

Alors je le propose quand je sens que la patiente est en détresse. Après... voilà, je, je le suggère pas systématiquement quand je vois qu'elle est bien entourée mais effectivement je pense que c'est un point à travailler et faudrait je pense le faire de façon systématique.

-D'accord, de façon systématique, pourquoi ?

Euh parce que je pense que chaque patiente a une façon de réagir qui peut-être n'est pas le reflet de son état d'adaptation post-annonce en fait. Parfois, en apparence elles ont l'air de, d'accuser le coup et en fait par derrière elles le vivent très mal. Et donc je pense que c'est

important, au moins de leur suggérer qu'il y a cette possibilité-là pour pas qu'elles se sentent seules.

## **FORMATION A L'ANNONCE**

Concernant la formation théorique :

### **12. Avez-vous bénéficié d'une formation sur l'annonce de mauvaises nouvelles durant vos études à la fac ? Si oui, à quel moment ?**

Alors oui, j'ai eu une formation alors, pendant quel semestre ? Euh ah si si [...], c'était en 6e semestre. On a eu une formation [...], c'était une simulation avec des cas réels, enfin des gens qui jouaient un rôle. Et on devait faire face à l'annonce de mauvaise nouvelle, et interagir avec des personnels qui devaient jouer le rôle d'un gentil, le rôle d'un méchant etc donc c'était très constructif. Et je pense que malheureusement, là c'était à l'initiative de mon service, et non pas à l'initiative de mon DES donc je pense que c'est clairement dommage je pense qu'on ait pas plus de formation axée sur l'échange humain. Parce que je me rend compte qu'on a pas les clés, et encore, encore une fois, moi je sens que j'ai évolué, j'ai évolué au fur et à mesure de mes propres pas, et j'ai grandi en me nourrissant un peu de mes propres expériences. Mais je pense que quand on est jeune, on peut être démuni parce qu'on se retrouve dans des situations qu'on a jamais pu rencontrer auparavant et c'est pas toujours évident. Donc je pense qu'avoir une formation vraiment quand on sort de l'internat, euh quand on sort, quand on débute l'internat pour, pour pouvoir cadrer un peu les choses, pour pouvoir dire... enfin appréhender les différents mots, les différents gestes qu'on peut faire dans ce genre de situation, je pense que ça peut nous être très utile.

-D'accord donc en fait il faudrait que ce soit beaucoup plus tôt que ce que vous avez eu là ?

Ah oui je pense, clairement plus tôt. Plus tôt et après dans la formation, de façon un peu continu. Mais clairement je pense que, en tout cas en gynécologie obstétrique, on est, on est... on est en manque de ce genre de formations.

-D'accord, et ça c'était dans le cadre du stage, c'était pas du tout avec la fac ?

Oui dans le cadre du stage, à l'initiative de mon chef de service.

### **13. Pensez-vous que l'annonce devient plus facile avec l'expérience ? Pourquoi ?**

Oui parce qu'on a du recul, je pense, par rapport à la situation. Faire l'annonce d'un diagnostic qu'on a pu rencontrer 15, 40 fois avant, c'est pas la même chose qu'annoncer un diagnostic qu'on a jamais fait auparavant. Donc c'est plus facile parce que, déjà sur le plan, en tant que professionnel de santé, je pense qu'on arrive à avoir plus de recul. Le risque

quand on est jeune c'est de, de, d'être dans, d'être trop dans l'émotif et de se perdre, entre guillemets, avec des ressentiments et toutes les émotions de la patiente. Je pense que c'est important d'avoir ce recul par rapport à l'annonce et prendre une certaine hauteur qu'on acquiert effectivement grâce à l'expérience, c'est comme tout. C'est sûr que la césarienne, si tu la fais de nuit après en avoir fait 105, ou alors si c'est la première... Après c'est pas la même chose mais, ce que je veux dire c'est que, c'est qu'on arrive à avoir une certaine hauteur, une certaine maturité sur... sur la situation.

## **Annexe III : Exemple d'entretien avec un chef**

### **L'ANNONCE EN PRATIQUE**

Dans un premier temps, je vais vous poser des questions concernant les annonces de fausses-couches :

#### **1. Avez-vous déjà effectué une annonce de FC ?**

Oui

#### **2. Etes-vous souvent confronté à cette situation ? A quelle fréquence ?**

Euh quand j'étais interne pff... Après ça dépend, je pourrais plus redire la fréquence mais c'était à chaque, peut-être à chaque garde en fait de nuit et après de jour bah, ça dépendait si j'étais en salle, aux urgences ou ailleurs donc euh. Je sais pas.. entre euh... entre 1 par 15 jours et 4-5 par semaines en fonction de mon internat et maintenant bah... maintenant euh... maintenant je dirais plus en seconde ligne, une fois que l'interne a fait le diagnostic, a expliqué à la patiente, donc c'est un peu différent.

-D'accord, donc l'interne fait l'annonce et vous vous venez s'il a besoin ?

En général, oui enfin, je viens s'il a besoin d'une confirmation ou si... Et puis parfois on voit même pas les patientes donc c'est vrai que... j'ai plus de mal à dire maintenant pour la fréquence.

#### **3. Où se déroule généralement l'annonce ?**

Aux urgences gynéco

#### **4. Quel temps consacrez-vous en moyenne à l'annonce d'une FC ?**

Hann euh... bah tout dépend de l'activité et euh, et après ça dépend, enfin en général j'essaie de prendre mon temps, de bien demander à la patiente si elle a des questions, d'expliquer euh toujours un peu la base. Mais euh ça peut être plus ou moins long en fonction des questions qu'elle a ou qu'elle n'a pas quoi.

#### **5. Avez-vous une situation qui vous a particulièrement marqué ? Pouvez-vous nous la relater ?**



Euh particulièrement ? Euh comme ça, ça me vient pas... euh une situation particulière... Nan bah, pff, enfin les fausses-couches à répétition, c'est toujours un drame. Mais comme ça euh... ou alors, enfin, ou les menaces de fausses-couches tardives qui se terminent après... ouais j'ai pas d'exemple particulier, mais euh bon.

**6. Quels sont les sentiments que vous ressentez personnellement lors de ces moments ? Est-ce difficile à vivre pour vous ? Pourquoi ?**

Bah euhhh... en général, en général, non. C'est un peu bizarre, je pense que je, mais euh. Nan mais enfin à vrai dire euh, à vrai dire, enfin je sais pas, je pense que j'ai une espèce de grosse barrière, enfin je, je sais pas. Les fausses-couches, surtout du premier trimestre, j'essaye d'être explicative, de rassurer les patientes mais c'est vrai que moi personnellement, ça me fait pas grand-chose.

**7. Quelle est votre posture professionnelle lors de ces moments ? Pourquoi ?**

Euh... bah donner des infos, déculpabiliser surtout, euh... essayer de, ouais puis essayer de ne pas faire ça entre deux portes, enfin essayer de prendre le, enfin en tout cas de, que la patiente voit qu'on, qu'on prend notre temps, qu'on essaye de, enfin et puis qu'on, qu'on est prête à l'écouter si besoin aussi quoi. C'est plus ça, ouais.

**8. Y a-t-il des mots ou phrases types que vous employez ? Si oui, lesquels ?**

\*rire\* euhhh alors souvent je dis que c'est... la plupart du temps, c'est dû au hasard avec des anomalies chromosomiques qui font que les grossesses ne sont pas viables et elles peuvent, enfin... ça n'a rien à voir avec un gros stress ou une activité physique intense ou que sais-je, enfin voilà. Je m'adapte mais... Et puis euh j'essaye de, enfin je leur dis que c'est je crois 10% des grossesses diagnostiquées et puis probablement beaucoup plus et je leur explique l'histoire du, du retard de règles avec un saignement un peu bizarre et souvent ça peut-être une fausse-couche aussi, enfin hyper précoce, voilà. Et je leur dis que bah c'est, en général c'est pas... enfin voilà je leur explique bien que le bilan est fait à partir de 3 fausses-couches euh à répétition avec le même conjoint. Mais voilà, j'essaye de, je leur dis bien que c'est pas, enfin faut pas culpabiliser.

**9. Y a-t-il des mots ou phrases que vous évitez de prononcer ? Si oui, lesquels et pourquoi ?**

Euh éviter de prononcer... Bah pas vraiment mais je pense que c'est parce que j'ai pas eu de retour d'une patiente qui m'a dit « ohlala vous m'avez dit ça, ça m'a vraiment choqué » et du coup euh... du coup nan, je sais pas. J'ai jamais fait de... d'exercice d'annonce en étant moi-même la patiente, enfin en jeu de rôle, parce que je pense ça c'est intéressant d'être soi-même la patiente, voir comment on reçoit les mots et tout ça. Bon je l'ai jamais fait pour

les fausses-couches et du coup, je sais pas trop... je fais ça un peu au feeling et j'ai pas vraiment, puis j'ai pas eu de retour des patientes euh, donc voilà, je sais pas trop.

**10. Selon vous, que représente une fausse-couche dans la vie d'une femme ?**

\*souple\* Un échec, euh un deuil, euh... un trauma euh... la plupart du temps c'est ça. Alors que c'est vrai que nous c'est d'une banalité affligeante mais euh. Oui probablement que c'est ça, dans la vie d'une femme.

**11. Proposez-vous systématiquement à la patiente et/ou au couple de rencontrer une psychologue ? Pourquoi ?**

Non. Non je le fais pas systématiquement. Et euh... probablement qu'il faudrait, je sais pas trop euh... ouais c'est vrai que je le propose pas.

-Et vous le proposez pas systématiquement parce que vous pensez que c'est pas bénéfique pour tout le monde ou...

Si. Bah je pense que ça pourrait être intéressant. Après c'est vrai que... bah je sais pas trop si les psys euh... enfin quand c'est des fausses-couches précoces en tout cas, est-ce que les psys pourraient absorber tout ce.. débit de patiente. Je sais pas trop, enfin à l'hôpital c'est peut-être un peu compliqué. Après les fausses-couches tardives, c'est autre chose. C'est vrai que la je me suis vachement focalisée sur les fausses-couches précoces dans mon discours mais les fausses-couches tardives si, par contre, forcément. Ouais, c'est un peu différent pour les tardives. Les précoces, non, j'avoue.

**FORMATION A L'ANNONCE**

Concernant la formation théorique :

**12. Avez-vous bénéficié d'une formation sur l'annonce de mauvaises nouvelles durant vos études à la fac ? Si oui, à quel moment ?**

Alors euh oui mais c'était pas en France, [...] j'étais en 5e année de médecine, et là y a eu une formation là-dessus. Après je sais que c'est rentré dans le programme des internes de premier semestre, il me semble, enfin de première année. Mais moi [...], y avait pas ça. Donc je l'ai pas fait en tout cas dans mon internat.

-Du coup, comme vous l'avez fait, est-ce que vous avez pensé que ça vous a aidé pour la suite ?

Oui, après, enfin, concrètement [...], c'était un peu compliqué, enfin vous voyez. Ça aurait été bien de le faire en France. Nan mais c'est vrai que... c'est vrai que les retours des gens sont plutôt positifs là-dessus donc, bon. Moi ça, pourquoi pas. Ça m'intéresserait. Bah en fait, je pense qu'on emploie pleins de mots euh assez toxiques, c'est comme quand on a dit

à une patiente une extraction, du genre extraction dentaire, c'est quand même assez violent et c'est vrai que sur le moment on s'en rend pas forcément compte. Non mais voilà, j'ai pas de retour sur les mots à pas dire dans ce contexte.

Concernant la formation clinique :

**13. Durant vos stages à l'hôpital, avez-vous bénéficié d'une formation ou d'un tutorat sur « Comment annoncer une fausse-couche ou une mauvaise nouvelle » ? Si oui, quel est le(s) professionnel(s) qui vous a formé/encadré ? Avez-vous apprécié cet accompagnement ? Si non, auriez-vous aimé en bénéficier ? Pourquoi ?**

En fait quand on est interne, on le fait euh, on le fait comme ça, enfin on l'a pas vraiment appris quoi, enfin c'est.. Mais de toute façon, tout, l'histoire de l'internat c'est ça, c'est, démerde toi, toute seule au départ et après... Enfin surtout, enfin là j'ai l'impression que c'est un peu plus, un peu plus cadré, mais et encore ! En fait euh, comme on nous dit toujours de se débrouiller par soi-même, c'est pas un truc qu'on... enfin on voit, si jamais on appelle un chef secondairement et encore, enfin l'annonce a déjà été faite. Je sais pas, non on se débrouille un peu seul en vrai.

-D'accord, donc il n'y a jamais quelqu'un qui vous a pris à part pour vous dire « on fait comme ça »

Non après... si j'avais des questions ponctuelles, probablement que les chefs m'ont répondu mais bon on m'a jamais pris par la main pour me dire c'est comme ça qu'il faut annoncer les choses quoi.

**14. Pensez-vous que l'annonce devient plus facile avec l'expérience ? Pourquoi ?**

\*pause\*Euh ouais parce que je pense, enfin... je, oui, parce que je pense qu'avec l'expérience du coup on a plus l'habitude des suites, enfin de la prise en charge, blabla, enfin. Donc on a l'air un peu plus sûr de soi. Après je pense que sur les mots employés ou pas, je sais pas. Comme en fait les patientes on les voit très souvent au one-shot, enfin on les voit une fois et après... aux urgences, c'est quelqu'un d'autre qui les revoit donc y a pas le suivi qui permet d'avoir... d'avoir un retour là-dessus comme pour d'autres choses quoi. Donc je sais pas, je sais pas si j'annonce mieux qu'avant. Probablement mais, je suis pas sûre.