



HAL
open science

Intérêts et limites d'une consultation dédiée au décours d'une fausse-couche précoce : entretiens auprès de patientes du bassin nazairien

Axel Prin

► To cite this version:

Axel Prin. Intérêts et limites d'une consultation dédiée au décours d'une fausse-couche précoce : entretiens auprès de patientes du bassin nazairien. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04472804

HAL Id: dumas-04472804

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04472804>

Submitted on 22 Feb 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Axel PRIN

Présentée et soutenue publiquement le 05/12/2023

**INTÉRÊTS ET LIMITES D'UNE CONSULTATION DÉDIÉE AU DÉCOURS D'UNE
FAUSSE-COUCHE PRÉCOCE: ENTRETIENS AUPRÈS DE PATIENTES DU BASSIN
NAZAIRIEN**

Président : Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie FLEVIN

Remerciements

Tout d'abord, merci aux 12 patientes ayant accepté de me donner un peu de leur temps et de témoigner sur ce sujet intime. Sans elles, ce travail n'aurait pas été possible.

Au docteur Marie Flévin, d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ces 6 mois passés dans le service de gynécologie de Saint-Nazaire, pendant lesquels j'ai pu constater toute la bienveillance que tu portes à l'accompagnement de tes patientes. C'est avec grand plaisir que j'ai pu te redécouvrir avec un regard un peu plus mature.

Au professeur Stéphane Ploteau, de me faire l'honneur de présider mon jury. Vous m'avez enseigné l'anatomie du petit bassin en première année de médecine. Cette présidence est donc pour moi un réel symbole.

Au professeur Cyrille Vartanian, de me faire l'honneur d'être membre de mon jury. Merci pour tes enseignements et tes remarques toujours pertinentes pendant ces débriefs de fin de journée.

Au Docteur Bérengère Gallot, de me faire l'honneur d'être membre de mon jury. Tu es l'une des médecins les plus empathique que j'ai pu voir au cours de mes études de médecine. Au vu du sujet de cette thèse, t'avoir dans mon jury me paraissait être une évidence. Je retiendrai toujours ton contact si chaleureux avec tes petits patients ainsi qu'avec leur mère. Merci de m'avoir accompagné et transmis pendant ces 6 mois.

À ma mère, d'avoir toujours été présente. De la P1 jusqu'à aujourd'hui, tu as toujours fait ton maximum pour m'aider durant toutes ces années. Merci d'être là quand on en a besoin. Mes études auraient été beaucoup moins douces sans toi. Merci d'être toi.

À mon père pour m'avoir donné l'envie d'être médecin depuis tout petit. Merci pour ton soutien, tes conseils et surtout merci de dégager toujours autant de passion pour ton métier. Travailler à tes côtés est, et restera, toujours un immense plaisir.

À ma sœur et mon frère, merci de m'avoir montré la voie, dans les études comme dans la vie. Si je suis comme je suis aujourd'hui, c'est en partie grâce à vous.

À Alex, Anne-Laure, Chloé, Coco, Élo, Florian, Bacco et Margot pour toutes ces années à alterner soirées et BU. Je suis heureux d'avoir pu partager tous ces moments avec vous ! Ne changez pas, vous êtes les meilleurs !

À la KMN, merci pour toutes ces soirées et week-ends parfois déraisonnables mais toujours mémorables.

À tous mes amis de Saint-Nazaire, merci d'être là après toutes ces années. Vous me permettez d'avoir conscience qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie et cela fait partie de mon équilibre.

Et évidemment merci à toi Romy. Tu m'accompagnes depuis le début de mes études, toujours présente dans les bons et surtout dans les mauvais moments. Tu m'as poussé à aller en gynécologie à Saint-Nazaire, tu m'as amené à choisir ce sujet de thèse et je t'en remercie. Merci pour ton soutien, ta patience, ta joie de vivre et ton amour au quotidien. J'espère pouvoir vivre encore 3 éternités à tes côtés. Je t'aime « comme ça » !

Table des matières

Liste des acronymes.....	4
Introduction.....	5
I. Méthode.....	7
1. Type d'étude.....	7
2. Population et recrutement.....	7
3. Recueil des données.....	8
4. Analyse des données.....	9
5. Éthique et réglementation.....	10
II. Résultats	11
1. Caractéristiques des patientes.....	11
2. Présentation des résultats	11
2.1. Avancer psychologiquement.....	11
2.1.1. Comprendre et se rassurer	12
2.1.2. Pouvoir penser à l'avenir.....	13
2.1.3. Une rémission psychologique plus rapide.....	13
2.1.4. Marquer la fin de la FCSP.....	14
2.2. Coordination des soins	14
2.2.1 Besoin de l'avis du spécialiste.....	14
2.2.2 Médecin généraliste : médecin de premier recours.....	15
2.2.3 Le rôle du médecin généraliste oublié.....	16
2.2.4. Une prise en charge pluridisciplinaire pour un impact global de la FCSP.....	17
2.3. Freins à la consultation	17
2.3.1. Manque de lien hôpital-médecine de ville.....	17
2.3.2. L'après fausse-couche n'a pas de consultation dédiée.....	18
2.3.3. Réussir à en parler.....	19
2.4. Une consultation adaptée aux patientes.....	19
2.4.1. Un examen physique dispensable.....	19
2.4.2. Un soutien psychologique primordial.....	20
2.4.3. Relation soignant-patient.....	20
III. Discussion	23
1. Forces et limites de l'étude.....	23
2. Interprétation des résultats.....	25
2.1. Intérêts.....	25
2.2. Limites	27
3. Perspectives.....	30
Conclusion	32
Bibliographie.....	33
Annexes	36
Résumé.....	44

Liste des Acronymes

FCSP : fausse-couche spontanée précoce

CNGOF : Collège national des gynécologues obstétriciens français

SA : semaines d'aménorrhée

FCS : fausse-couche spontanée

IPA : analyse interprétative phénoménologique

UGO : urgences gynécologiques et obstétricales

PMA : procréation médicalement assistée

Introduction

La fausse-couche spontanée précoce (FCSP) est la plus fréquente des complications de la grossesse affectant 12 à 24% des grossesses. Une femme sur quatre sera victime d'une fausse-couche au cours de sa vie. (1)

Selon le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF), une fausse-couche est définie par l'expulsion spontanée du contenu utérin, avant 22 semaines d'aménorrhée (SA). Elle est appelée précoce (FCP) lorsqu'elle survient avant 14 SA. (2)

De nombreuses études montrent l'importance de l'impact psychologique (en particulier anxiété, dépression, sentiment de culpabilité) chez une grande proportion de femmes après une FCSP. (3,4,5,6,7,8) Une étude néerlandaise en 2001 a mis en évidence un véritable état de stress post-traumatique chez près de 25% des patientes à un mois d'une fausse-couche. (8) Les conséquences psychologiques d'une FCSP peuvent aussi se répercuter sur les grossesses ultérieures avec des risques accrus de syndrome anxio-dépressifs.

En tant qu'interne aux urgences gynécologiques du centre hospitalier de Saint-Nazaire, j'ai très vite constaté le choc de ce diagnostic pour une patiente. La fausse-couche ne se résume pas à une perte physique, mais peut être vécue comme la perte d'un enfant en devenir. L'annonce se rapproche de celle d'une maladie grave ou du décès d'un proche avec fréquemment un impact psychologique majeur. En cabinet de médecine générale, j'ai eu à de nombreuses reprises l'occasion de questionner des patientes sur le vécu de leur fausse-couche. J'ai alors pu objectiver ce traumatisme, ce deuil qu'évoquent N. Séjourné et al. dans leur étude. (10)

Une loi parue le 7 Juillet 2023 vise à favoriser l'accompagnement psychologique des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse. Elle instaure la suppression des jours de carence pour les femmes subissant une fausse couche et empêche un employeur de rompre le contrat de travail d'une salariée pendant les dix semaines qui suivent. Cela met en lumière une prise de conscience collective et législative. L'accompagnement et le suivi psychologique après une fausse-couche est un réel problème d'actualité.

Cependant, bien qu'il soit essentiel pour une prise en charge optimale des patientes (11, 12, 13, 14), le soutien psychologique n'est, pour l'instant, que rarement proposé (15, 16, 17).

Plusieurs thèses abondent dans ce sens en préconisant une consultation au décours d'une fausse-couche, notamment avec le médecin généraliste ainsi replacé au centre de la prise en charge de la patiente (18, 19, 20, 21, 22, 23).

Qu'en est-il du point de vue de ces patientes ? Cette consultation leur paraît-elle vraiment utile ? Est-ce la prise en charge la plus adaptée à proposer ?

L'objectif de cette étude qualitative était d'explorer les intérêts et les limites d'une consultation dédiée au décours d'une FCS précoce.

I. Méthode

1. Type d'étude

L'étude repose sur une enquête qualitative via des entretiens semi-directifs.

La démarche qualitative était la plus adaptée car l'objectif de ce travail était d'analyser en profondeur le ressenti des patientes, plus que de mesurer une valeur.

Les entretiens semi-directifs laissaient aux patientes le temps et la place de s'exprimer sur ce sujet très intime. Le guide d'entretien utilisé permettait d'orienter et de recentrer l'entretien sur la question de recherche, tout en laissant libre cours à la parole de ces femmes.

Les résultats obtenus sur le vécu de cette consultation étaient ainsi plus exhaustifs.

L'approche choisie pour aborder cette étude a été inspirée par l'analyse interprétative phénoménologique (IPA). Le but de l'IPA est d'explorer une expérience commune à plusieurs individus, ici les patientes. Les résultats se construisent ensuite à partir du vécu de chaque patiente.

2. Population et recrutement

L'échantillonnage s'est fait de manière homogène quant au phénomène étudié.

Le recrutement des patientes a été effectué aux urgences gynécologiques et obstétricales (UGO) du centre hospitalier de Saint-Nazaire.

L'étude a inclus des patientes prises en charge pour une FCSP aux UGO sans autre critère spécifique, en particulier aucun critère d'exclusion tel que l'âge, les antécédents gynécologiques ou de FCS antérieures, le milieu socio-culturel ou l'éventuel traitement reçu.

Lors de la consultation marquant la fin de prise en charge pour FCSP aux UGO, une fiche explicative concernant cette thèse leur était remise par l'interne des UGO. Leurs coordonnées et consentement étaient alors recueillis.

(cf Annexe 1 : fiche de consentement)

Les patientes étaient recontactées par téléphone par l'investigateur à environ un mois de cette dernière consultation.

Si la patiente avait depuis consulté un professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme ou psychologue) dans le cadre de cette FCSP, un entretien lui était proposé. Ce dernier se faisait soit par téléphone, soit en présentiel dans le service de gynécologie-obstétrique selon le choix de la patiente.

Concernant les patientes qui n'avaient jusqu'alors pas consulté et en évoquant la possibilité d'une consultation dédiée avec le professionnel de leur choix, un second appel leur était proposé un mois plus tard. Si la patiente n'avait toujours pas consulté, elle était alors exclue de l'étude.

Si la patiente ne répondait pas au premier appel, le SMS suivant lui était envoyé :

" Bonjour,

Je m'appelle Axel PRIN, je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'ai essayé de vous joindre à plusieurs reprises.

Si vous ne souhaitez pas participer, n'hésitez pas à me le signaler par SMS.

N'hésitez pas également, à me communiquer une date et un horaire qui vous conviendrait mieux.

En cas d'absence de réponse de votre part, je me permettrai de vous appeler en début de semaine prochaine. "

Le recrutement aux UGO a donc été effectué sur un peu plus de 6 mois, du 28/11/2022 au 07/06/2023 : 31 patientes ont été incluses.

9 patientes n'ont pas répondu aux appels et SMS, 10 ne consulteront pas. Parmi ces 10 patientes, 3 étaient de nouveau enceintes, 7 ne ressentaient, pour le moment, pas le besoin de consulter.

Au total, 12 entretiens auront pu être réalisés.

3. Recueil des données

Les 12 entretiens semi-directifs ont été réalisés du 17/01/2023 au 22/05/2023. Ils ont duré entre 17 et 50 minutes. Aucune des patientes n'a souhaité un entretien en présentiel. Tous ont donc été réalisés par téléphone.

Un guide d'entretien structuré à l'aide de questions ouvertes a été créé et utilisé. En amont du premier entretien, une phase de pré-test a été réalisée avec l'aide de deux personnes ne travaillant pas dans le milieu médical afin vérifier le bon fonctionnement du questionnaire. Ce dernier a été adapté au fur et à mesure des entretiens pour laisser libre cours à la parole des patientes, tout en orientant l'entretien vers la question de recherche. La première partie portait sur les caractéristiques démographiques des patientes. Puis étaient abordées, les raisons précises de la consultation, son déroulé, les raisons du choix du professionnel de santé et les améliorations de prise en charge évoquées. Une attention particulière a été portée sur les émotions, rires, pleurs, blancs laissés afin de retranscrire au plus proche les propos rapportés.

(cf Annexe 2 : Guide d'entretien)

Chaque entretien a été retranscrit intégralement et anonymisé.

La taille de l'échantillon n'avait pas été définie initialement. L'arrêt de recueil des données a été décidé devant la suffisance des données.

4. Analyse des données

Après retranscription, chaque entretien a été codé. Le codage a servi à isoler des verbatims qui ont donné lieu à une étiquette traduisant ce que sous-entend le verbatim. A chaque étiquette a été attribué un thème qui caractérise le phénomène que souligne l'étiquette. La recherche de connexions entre plusieurs étiquettes a permis d'aboutir à plusieurs thèmes super-ordonnés. Tous les entretiens ont alors été comparés pour mettre en évidence des concepts supérieurs les liant les uns aux autres.

Un modèle explicatif a alors été élaboré à l'aide des thèmes, des thèmes super-ordonnés et des connexions existantes.

(cf Annexe 3 : Modèle explicatif)

5. Éthique et réglementation

Le consentement libre et éclairé a été recueilli de façon écrite au moment de l'inclusion. Il a été de nouveau recueilli oralement, au moment de l'appel, un mois plus tard.

Avant de débiter l'entretien, une introduction orale le précédait pour expliquer le cadre et le motif de l'étude. Les patientes étaient informées du caractère anonyme, non obligatoire et réversible de leur participation, ainsi que de l'enregistrement de l'entretien et de sa retranscription de manière anonyme.

Tous les enregistrements ont été supprimés dès la retranscription effectuée.

II. Résultats

1. Caractéristiques des patientes

12 entretiens ont été réalisés.

Les patientes étaient âgées de 23 à 35ans, avec une moyenne d'âge de 30,6 ans.

L'âge gestationnel estimé allait de 4 SA à 12+4 SA.

Le nombre d'antécédents de fausse-couche allait de 0 à 3.

Pour 3 patientes, la fausse couche décrite lors de l'entretien correspondait à leur première grossesse.

2 patientes étaient suivies en procréation médicalement assistée (PMA).

Une prise en charge par expectative a été réalisée chez 4 patientes. 6 patientes ont choisi la méthode médicamenteuse et 3 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical dont 1 pour échec de la méthode médicamenteuse.

6 patientes ont consulté un médecin généraliste, 3 patientes un gynécologue, 2 patientes une sage-femme et 1 patiente a consulté un psychologue.

(cf Annexe 4 : Caractéristiques des patientes)

2. Présentation des résultats

2.1. Avancer psychologiquement

La notion qui a été mise en évidence dès le premier entretien est celle d'avancer psychologiquement. Pour certaines, c'est l'objectif qui les a poussées à consulter. Pour d'autres, c'est ce que la consultation a permis. Finalement, cette notion a été commune aux 12 entretiens.

2.1.1. Comprendre et se rassurer

Plusieurs patientes ont évoqué des incompréhensions, des doutes avec des questions restées sans réponses. La patiente 9 explique que : « *Le jour où ça arrive, on comprend pas. Et effectivement, on peut se dire : qu'est-ce que j'ai loupé ? Qu'est-ce que j'ai fait ? Et on se pose 10 000 questions quoi.* ». La patiente 10 quant à elle, voulait savoir si elle aurait : « *pu impacter la fausse-couche.* »

Comme l'évoque la patiente 10 : « *Qu'elle... voilà, qu'elle me dise un peu... Enfin qu'elle me rassure quoi. Enfin, j'avais besoin que quelqu'un me rassure.* », la plupart consultent donc devant ce besoin de réassurance, ce besoin d'explication et de réponse.

L'étiologie de la fausse-couche est rarement mise en évidence. Cette incertitude entraîne fréquemment beaucoup de culpabilité chez ces femmes. La patiente 2 rapporte que « *ça aurait pu être plus rassurant pour dire bon, bah, c'est bon là, il n'y a pas de problème, c'est pas moi le problème* ». Par le biais de cette consultation, elles cherchent à se rassurer et à savoir si elles sont responsables ou non de la fausse-couche.

La patiente 8 confirme ces propos : « *Pour voir s'il n'y avait pas un souci quelque part. Si ça venait de moi de, si ça venait vraiment quelque part, s'il y avait un souci.* »

En parlant de sa sage-femme, la patiente 7 explique : « *Elle m'a aussi rassurée en disant que c'était pas de ma faute la fausse-couche, que les fausses-couches, ça arrivait, que c'était pas forcément de la faute de la maman, que c'était le fœtus enfin qui était pas bon en soi.* » Cette consultation, en apportant les informations nécessaires, aboutit à une meilleure compréhension de la fausse-couche et ainsi lève en partie les sentiments de culpabilité.

La patiente 8 en témoigne : « *Et ma sage-femme du coup m'a rassuré en me disant que non non, ça venait pas de moi.* »

2.1.2. Pouvoir penser à l'avenir

Réussir à penser à l'avenir est une notion qui figure dans la majorité des entretiens.

Comme évoqué précédemment, une nouvelle grossesse après une FCSP peut être accompagnée de stress et d'angoisse supplémentaire. La patiente 10 déclare que le plus difficile pour elle après la fausse-couche était : « *les douleurs et le stress de me dire que, peut-être, que ça arriverait encore, encore.* »

Ces sentiments altèrent ainsi le vécu des grossesses suivantes. La patiente 3 avoue même que : « *sur le moment, j'étais même pas ravie de tomber enceinte parce que j'avais qu'une peur, c'est que ça arrive.* »

Avancer psychologiquement signifie aussi se tourner vers l'avenir et pouvoir envisager une nouvelle grossesse. La réassurance qu'apporte cette consultation permet de s'y projeter de façon plus sereine comme le décrit la patiente 2 : « *pour être rassurée et repartir comme si..., enfin comme avant quoi. Pour une conception plus sereine* »

Pour la patiente 8, la consultation a également permis de faire avancer la réflexion sur une 2nde grossesse au sein de son couple : « *On a parlé de cette consultation avec ma sage-femme et du coup, j'ai pu lui poser la question, de savoir s'il était prêt ou pas. Donc, bah, du coup, ça m'a aidée aussi dans mon couple.* »

2.1.3. Une rémission psychologique plus rapide

Pour plusieurs patientes, la consultation a favorisé une reprise de confiance, les aidant à aller de l'avant. Pour la patiente 8, c'est une notion centrale de sa consultation : « *C'est l'assurance. J'ai vraiment, j'ai vraiment repris de l'assurance après la consultation quoi. On va dire c'est ça le plus gros qui est ressorti.* ». Tandis que pour la patiente 5, elle lui a permis de : « *Mentalement pouvoir rebondir plus vite.* »

En effet, la consultation leur permet d'avoir un endroit où elles se sentent en confiance pour en parler. La patiente 3 exprime que « *quand on le fait (en parler en consultation), c'est libérateur* ».

La patiente 5 affirme que : « *Je peux la traîner dangereusement toute ma vie et je suis convaincue que si on la traite bien, c'est un accident de parcours.* » Il faut donc pouvoir évoquer sereinement ce traumatisme et ainsi ne pas laisser de séquelle. Cet échange permet de lever certains freins, faire avancer leur cheminement de pensée et ainsi limiter les conséquences psychologiques sur le long terme.

Patiente 3 : « *Si on traite pas, il nous revient en pleine figure plus tard* ».

2.1.4. Marquer la fin de la FCSP

Pour la plupart, il ne persiste aucun symptôme physique. Cependant, cet événement n'est pas terminé pour autant psychologiquement. Cette consultation apparaît alors comme un marqueur de la fin de la fausse-couche, de sa prise en charge et permet aux patientes de tourner la page. Pour la patiente 2 : « *C'est plus pour mettre tout ça derrière moi quoi et puis dire vraiment là, ben ça y est.* ». La patiente 4 emploie le terme de : « *clôturer la fausse-couche* » par le biais de cette consultation. Quant à la patiente 10, cela : « *a marqué comme un point de fermeture du dossier* ».

2.2. Coordination des soins

2.2.1. Besoin de l'avis du spécialiste

L'imagerie et notamment l'échographie pelvienne a été de nombreuses fois évoquée comme un autre facteur permettant aux patientes de tirer un trait sur la fausse-couche passée. La patiente 2 déclare que : « *C'est quand même bien d'avoir eu une imagerie pour être sûr quoi. Pas que la parole.* ». La patiente 6 exprime aussi que : « *Je suis allée la voir aussi [...] parce que dans les urgences, ils prévoient pas de contrôle [échographique] après l'aspiration chirurgicale* ». L'absence de contrôle échographique à distance pousse donc certaines patientes à consulter.

Objectiver la fin de la fausse-couche et de ses complications permet alors de clôturer définitivement la fausse-couche. Peu de médecins généralistes sont équipés et formés à l'échographie. Par conséquent, certaines patientes sont réadressées ensuite au gynécologue, notamment pour l'imagerie.

Patiente 1 : « *Pour le moment, [mon médecin généraliste] m'a dit quand même dit d'aller consulter une gynéco pour être sûr, une sage-femme, faire une écho* »

Comme l'évoque la patiente 1 : « *Je me suis dit que ce serait peut-être mieux d'être suivie directement par un gynécologue. Lui est un spécialiste justement.* » ou la patiente 11 : « *Je pense que les sages-femmes, c'est plus adapté pour ce genre de chose.* », l'accès au spécialiste apparaît nécessaire chez certaines patientes pour qui les gynécologues ou sage-femmes sont les professionnels les plus qualifiés dans ce contexte. La patiente 10 confirme ce ressenti : « *Non, parce que c'est vrai que la plupart de mes questions étaient, on va dire techniques, donc une sage-femme c'était bien.* »

2.2.2. Médecin généraliste : médecin de premier recours

La situation actuelle fait que l'accès à l'imagerie ou à une consultation avec un spécialiste est parfois difficile. Pour la patiente 3 : « *avec ma gynécologue, c'est pas forcément facile d'avoir des rendez-vous gynécologiques rapidement.* ». La patiente 4 explique qu'avec : « *la saturation, des rendez-vous [avec un gynécologue], tout ça. Il y avait pas de rendez-vous proche. Donc en fait la question c'est pas posée quoi [d'aller voir son médecin généraliste]* ».

Ainsi, le médecin généraliste apparaît comme un médecin de premier recours. Il permet alors de faire le lien entre hôpital et médecine de ville, « *pour déjà avoir un peu des premiers conseils, premiers réconforts et aussi savoir justement peut-être me dire vers qui aussi, elle peut éventuellement m'orienter.* » (Patiente 12)

Comme en témoigne la patiente 3 : « *on a tendance, quand ça ne va pas, à se diriger vers son médecin de famille* », la relation de confiance entre médecin traitant et patiente, parfois construite sur plusieurs années, pousse à consulter logiquement son généraliste en premier lieu. Pour la patiente 9, c'est une évidence : « *je me voyais pas, enfin, en parler avec quelqu'un d'autre que lui en fait.* »

Certaines patientes souhaitent également que leur médecin soit mis au courant de la situation. Patiente 12 : « *Je lui en ai parlé déjà pour qu'elle sache, qu'elle puisse noter dans mon dossier où j'en étais.* »

Néanmoins, le médecin généraliste consulté n'est pas forcément la personne la plus adaptée à ce moment-là. De son côté la patiente 3, n'a pas eu ce qu'elle venait chercher. En consultant son médecin généraliste, elle a trouvé son médecin « *hyper compréhensif* » mais « *un petit peu démuné* » face à sa peine : « *Je pense qu'il n'y a pas grand-chose à dire dans ces circonstances-là et je pense qu'il n'avait pas forcément les mots.* ». Elle témoigne que : « *La réponse quoi, à mon état psychologique, ça a été de prendre des anxiolytiques en fait.* » alors que ce qu'elle attendait était : « *juste une oreille attentive en fait. Je pense que j'avais juste besoin de pleurer, d'être en colère et de décharger tout ça.* »

Cependant, les situations où les médecins généralistes réorientaient les patientes vers un gynécologue ou un psychologue n'ont pas posé de problème aux patientes. La patiente 3 se montre compréhensive : « *C'est vrai que c'est difficile parce qu'il est pas gynécologue, pas spécialisé non plus en PMA* ». C'est normal d'adresser une patiente vers un confrère plus qualifié d'après la patiente 9 : « *il y a pas de mal, en tout cas, à me rediriger vers quelqu'un de spécifié en tout cas si j'ai besoin quoi.* »

2.2.3. Le rôle du médecin généraliste oublié

Bien que le médecin généraliste soit considéré comme un médecin de premier recours, plusieurs patientes ne le consultent pas pour un accompagnement après une fausse-couche. Certaines supposent qu'il n'a pas les aptitudes nécessaires.

La patiente 12 sous-entend que cette consultation ne relève pas des qualifications du médecin généraliste : « *Ma médecin généraliste, avec qui je pourrais me confier plus facilement, mais elle est pas spécialiste dans ce domaine-là donc du coup... Bah, je sais pas.* »

Et d'autres ne l'ont même pas envisagé. La patiente 8 en témoigne : « *Et puis j'ai même pas pensé à mon médecin. Ça m'est même pas venu à l'esprit. Pourtant, il me suit depuis que je suis née, mais non, ça m'est pas venu à l'esprit.* ». La patiente 12 ne l'évoque pas quand on lui demande vers qui elle pourrait se tourner : « *c'est vrai que c'est pas vers elle (gynécologue) que j'aurais envie vraiment envie de me confier. Mais c'est vrai que par contre je me sentirais peut-être un peu démunie de vers qui aller.* »

2.2.4. Une prise en charge pluridisciplinaire pour un impact global de la FCSP

Les FCSP impactent les patientes sur le plan de la santé, mais également sur les différents versants de leur vie comme le confirment les propos de la patiente 5 : « *Moi là aujourd'hui j'ai... tout à changer. Je suis en train de changer de travail, je suis en train de... je vais déménager, je vais enfin voilà. Tout, tout, j'ai envie de repartir à zéro en fait.* » et de la patiente 11 : « *Parce qu'il faut retourner au travail, ça aussi c'était pas facile.* ».

Pour répondre à cela, il paraît nécessaire de pouvoir leur apporter une prise en charge pluridisciplinaire.

Patiente 5 : « Là, en fait, c'est comme s'il fallait que je mette toute une enveloppe de personne, autant sur le plan physique, psychologique, bien être, esthétique pour, pas graviter autour du risque de dépression. »

2.3. Freins à la consultation

2.3.1. Manque de lien hôpital-médecine de ville

Pour que l'accompagnement des patientes puisse s'améliorer, il faut déjà que le lien entre hôpital et médecine de ville soit plus systématique. Le médecin traitant de la patiente 4, n'effectuant pas son suivi gynécologique n'a pas : « *été mis au courant de la grossesse, ni au courant de la fausse-couche.* ». La patiente 12 est, de son côté, étonnée qu'il n'y ait pas eu « *de point de fait sur qui me suit au quotidien* » lors de son passage aux UGO.

La patiente 9, quant à elle, recommande que l'on remette : « *ne serait-ce un petit courrier comme une ordonnance, où l'on dit bah voilà faut aller voir votre médecin traitant avec ça, qui explique ce qui s'est passé et ce qu'elles ont donné ou fait.* »

La patiente 8 regrette que : « *Une fois que ça arrive, bah en fait, c'est arrivé, c'est fini. Et après, on nous en reparle plus.* ». Étant au courant de la situation, les médecins de ville pourraient aborder d'eux-mêmes le sujet en consultation.

2.3.2. L'après fausse-couche n'a pas de consultation dédiée

La plupart des patientes intégrées dans l'étude ont consulté devant des problèmes physiques. La patiente 7, depuis son passage à l'hôpital, « *avait toujours des saignements* » au moment de la consultation. Plusieurs d'entre elles se trouvent déstabilisées par la réaction de leur corps dans les suites de leur FCSP. La patiente 11 explique qu'elle a consulté car elle avait : « *encore des douleurs et mon corps a été complètement dérégulé suite à ma fausse-couche.* ». De son côté, la patiente 5 décrit : « *Je comprenais pas ce qu'il se passait dans mon corps* ».

Devant la non-systématisation d'une consultation au décours d'une fausse-couche, il est difficile pour les patientes de solliciter un soutien psychologique. Les propos de la patiente 6 en témoignent : « *J'aurais aimé voir un psychologue, mais comme j'y suis jamais allée encore... J'hésite d'y aller ou pas.* ». Finalement, seulement 2 patientes ont consulté avec pour motif principal : « *mal-être psychologique* ».

Comme évoqué auparavant, une fausse-couche peut avoir un impact global sur les patientes. De plus, cette consultation est fréquemment chargée émotionnellement. Cela en fait une consultation complexe et la patiente 11 a apprécié que le médecin ait pris ce temps : « *On est resté quasiment une demi-heure [...] il a pris le temps de m'écouter et on sentait qu'il y avait une sorte de compassion quoi. Donc ça faisait du bien.* »

Il peut arriver que les patientes s'interrogent sur la légitimité de cette consultation avec pour seul motif la fausse-couche. La patiente 10 se demande si sa sage-femme l'accepterait en consultation pour ça : « *Je voulais l'appeler déjà juste pour lui dire, si elle prenait des consultations pour ça* ». De son côté la patiente 9 a été rassurée par son médecin généraliste : « *Il m'a dit que c'était, dans tous les cas, voilà, justifié* ».

Cela montre l'importance d'une consultation à part entière et qu'elle ne doit pas être : « *juste une visite de routine* » comme le souligne la patiente 6.

2.3.3. Réussir à en parler

Il est souvent difficile pour ces patientes d'oser en parler, que ce soit avec l'entourage comme avec les professionnels de santé. Comme tout deuil, la fausse-couche demande du temps pour intégrer ce traumatisme et réussir à l'évoquer. Ce délai est évidemment variable d'une patiente à une autre. Pour la patiente 3 : « *Il faut un petit peu de temps, laisser passer une semaine, deux semaines avant, avant d'avoir cette consultation* », tant dis que pour la patiente 5 : « *Il fallait 3 mois pour que la psyché puisse comprendre le choc.* ».

La patiente 11 nous explique que le temps ne fait pas tout. Pour elle, « *on appréhende toujours d'aller parler.* ». Elle nous explique que : « *Je suis très réservée donc aller parler de ça à quelqu'un que je connais pas, ça me met mal à l'aise* ».

Dans ce contexte, il paraît indispensable pour ces patientes d'avoir une relation de confiance avec leur médecin ou sage-femme. Ces derniers ne doivent pas être un frein à la consultation.

2.4. Une consultation adaptée aux patientes

2.4.1. Un examen physique dispensable

Au cours de leur consultation, peu de patientes ont été examinées. La patiente 9 dit être « *restée à discuter* ». La patiente 8, quant à elle, estime avoir suffisamment été examinée à l'hôpital et n'en ressentait pas le besoin : « *Parce que j'ai été quand même bien suivi, bien examinée à l'hôpital.* ». Ces patientes ne sont pas à la recherche d'une réassurance physique, mais plutôt d'une aide et d'un soutien psychologique. Cela paraît être évident pour la patiente 10 qui ne prend conscience de l'absence d'examen physique qu'au moment de notre question : « *Ah non effectivement. Elle m'a pas du tout examinée, ni poser la question si elle pouvait m'examiner d'ailleurs. Non c'est vrai.* »

2.4.2. Un soutien psychologique primordial

Si l'examen physique au cours de cette consultation ne s'est pas montré indispensable, l'accompagnement psychologique, lui, s'est avéré essentiel dans de nombreux entretiens. Pour la patiente 8, c'est la première chose que lui a demandée la sage-femme : « *Quand je suis arrivée du coup, elle m'a demandé comment j'allais. Déjà première chose* ». La patiente 3 a préféré d'elle-même centrer la consultation là-dessus : « *On s'est concentrés sur l'aspect psychologique parce que je lui ai dit que j'étais pas bien.* ». De son côté, la patiente 10 a apprécié qu'on la questionne sur son état psychologique : « *Je pense c'était important qu'on me le demande parce que j'avais envie de, un peu, de me confier aussi.* »

Cependant, certaines patientes estiment avoir manqué de soutien psychologique. La patiente 3 regrette de ne pas avoir eu : « *des mots de réconfort parce que de toute façon, c'est bateau des mots de réconfort. Mais c'est primordial dans ces moments-là.* ». Elle soutient que les sentiments ressentis sont légitimes et qu'il faut que les patientes en aient conscience : « *en disant, je comprends votre peine, c'est normal d'être triste aussi parce qu'on a le droit d'avoir un moment... D'avoir un épisode dépressif, triste où on pleure* ».

En parlant de son entourage, ainsi que du personnel soignant, la patiente 6 déplore que l'on banalise les fausses-couches et « *la douleur psychologique* ». Elle recommande alors : « *qu'il faut amener plus une approche psychologique, je pense. Plus de soutien* » afin d'améliorer le suivi après une fausse-couche.

2.4.3. Relation soignant-patient

Une des notions centrales aux entretiens est celle de la relation entre le soignant consulté et la patiente. Cela participe au fait que la consultation aura un impact bénéfique pour ces patientes. C'est pourquoi le choix d'un médecin les connaissant apparaît plus facile. Pour la patiente 9, consulter son médecin traitant était une évidence : « *Vu qu'il me suit depuis longtemps, il me connaît bien, il savait pour le projet. Non, j'ai trouvé normal que ce soit lui que j'aie vu en fait.* ». La patiente 4 a trouvé plus rationnel de revoir la gynécologue qui a suivi la grossesse du début jusqu'à la fin : « *revoir la gynécologue qui m'a suivie pendant le début de la grossesse, ça paraissait plus logique de la reconsulter pour clôturer.* »

De son côté, la patiente 11 a apprécié en parler à un médecin qui ne la connaissait pas : « *Non, il a été parfait. J'ai été très contente d'aller le voir au final même si c'était pas mon médecin traitant.* »

Plusieurs patientes ont souligné l'importance pour elles du suivi après cette consultation. La patiente 8 décrit le suivi régulier de la sage-femme qui la suit : « *Elle me demandait régulièrement, au moins une fois par semaine, elle me demandait comment j'allais, si j'avais pu discuter avec mon conjoint par rapport à laisser bébé ou pas, enfin, voilà, elle est vraiment dans le suivi.* »

La patiente 3 explique que son médecin est resté disponible : « *« Si vous avez besoin, n'hésitez pas à revenir ».* Donc il m'a ouvert la porte. Je savais que si vraiment, j'avais besoin, y avait pas de souci. » Plusieurs médecins n'ont donc pas reprogrammé de consultation d'emblée mais sont restés disponibles si les patientes en ressentaient le besoin. Cette aide, qui peut être sollicitée facilement, reste comme un repère pour la patiente 5 : « *C'est hyper rassurant de savoir que si demain, je pète les plombs, parce que c'était ça le risque, j'ai quelqu'un qui va me rattraper en fait.* »

Un climat de confiance est nécessaire pour que les patientes puissent se confier sans retenue. En demandant à la patiente 9 si un autre professionnel de santé aurait été plus adapté pour cette consultation, elle nous confie : « *Si j'avais pas confiance en mon médecin traitant ou si j'avais pas été à l'aise, mais comme c'est pas le cas, non franchement, je me voyais pas, enfin en parler avec quelqu'un d'autre que lui en fait.* ». La patiente 5 parle de la psychothérapie comme une aide précieuse, mais seulement avec la bonne personne : « *maintenant, je fais confiance à cette personne en tout cas* »

De son côté, la patiente 11 s'étonne d'avoir eu cette relation de confiance sur sa consultation avec un médecin qu'elle n'avait jamais vu auparavant : « *parler de ça a quelqu'un que je connais pas, ça me met mal à l'aise et là non pas du tout* »

Si certaines patientes entretiennent un réel lien avec la personne consultée, d'autres se retrouvent, au contraire, déçues de cette consultation qui finalement n'a pas répondu à la demande initiale des patientes. La patiente 3 estime que consulter son médecin généraliste n'était pas adapté à sa demande de soutien psychologique : « *il a répondu comme il pouvait, mais je pense que c'était pas ça que j'attendais.* ». La patiente 6 quant à elle n'est pas allée voir son médecin généraliste sachant qu'elle n'aurait pas le soutien attendu : « *Et puis en la connaissant, et même la dame, la médecin d'origine, c'est pas quelqu'un de très psychologue donc je pense pas que je serai allée discuter de ça.* ».

Pour la patiente 12, ce n'est pas dépendant de la spécialité, mais plutôt lié à la personne en elle-même : « *Je pense pas que ce soit lié à son métier de gynécologue [...] il y a la personne humaine, en fait, en plus de la personne professionnelle. Il y a le profil de la personne en elle-même, au niveau du relationnel, etc..* »

On retrouve chez quelques patientes un manque de confiance envers leur médecin. La patiente 10, dans les suites d'une consultation qui s'était mal passée, n'a pas « *pas forcément voulu retourner là-bas* ». La patiente 5 n'a même pas voulu tenir au courant son médecin de sa grossesse : « *Donc, à la deuxième fois, je n'ai même pas été. Je n'ai même pas prévenu mon médecin que j'étais enceinte et je n'ai même pas fait une seule prise de sang en fait pour la deuxième fausse-couche, pour la deuxième grossesse.* »

Cela montre bien l'importance du lien soignant-patient dans la prise en charge de ces patientes.

III. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

- Liées à l'échantillon :

Seules 31 patientes ont été intégrées initialement sur la période allant du 28/11/2022 au 07/06/2023. Vu la prévalence des fausses-couches en France (36), on constate que beaucoup de patientes éligibles n'ont pas été incluses initialement dans l'étude. Cela a entraîné un biais de recrutement.

En effet, le recrutement des patientes a été effectué par les internes des UGO de Saint-Nazaire et non pas par l'investigateur lui-même. Afin de limiter ce biais, un briefing a été effectué, par l'investigateur, avec les internes et sages-femmes travaillant aux UGO, afin de présenter l'étude et surtout de préciser les modalités de recrutement. L'investigateur est venu récupérer sur place les coordonnées des patientes incluses toutes les 2 semaines. A ce moment, un point était fait sur les difficultés de recrutement. Ces entretiens, avec les internes présents, ont mis en évidence que certains internes n'osaient pas intégrer certaines patientes au vu de leur détresse émotionnelle.

De plus, le recrutement n'a été effectué qu'avec l'aide des UGO de Saint-Nazaire. Cette étude monocentrique est donc difficilement généralisable à l'échelle nationale. Ceci étant, le recrutement a permis d'avoir une population très variée tant au niveau des âges, professions et antécédents gynécologiques.

L'accord écrit des patientes a été systématiquement recherché. De ce fait, un biais de participation n'a pas pu être exclu. On peut supposer que les patientes ayant accepté de contribuer à cette étude étaient plus sensibles quant à cette problématique et donc plus favorable à cette consultation. La neutralité des patientes sur ce sujet n'était donc pas parfaite. Dans cette même idée, les patientes n'ayant pas consulté étaient finalement exclues de l'étude. Or, le témoignage de patientes, initialement peu favorables à cette consultation, pourrait être constructif. Pour limiter ce biais, il a été décidé de rappeler dans un second temps les patientes qui n'avaient pas consulté dans le premier mois suivant la fausse-couche.

Enfin, un biais de désirabilité sociale n'a pu être exclu. Les patientes ayant accepté de participer ont pu vouloir faire bonne impression au moment de l'entretien et éviter des réflexions qui pourraient être mal perçues. Cela entraîne une volonté plus ou moins inconsciente des patientes d'aller dans le sens de ce qu'elles croient être les hypothèses de l'investigateur.

- Liées à la méthode :

L'analyse qualitative, de par son côté subjectif, comporte des biais inhérents à ce type d'étude.

Les entretiens, la retranscription, le codage et l'interprétation des résultats ont été effectués par une seule et même personne, l'investigateur. Il n'y a pas eu de double codage et donc pas de triangulation des données. Cela entraîne un biais d'analyse ou biais d'interprétation. Les idées préconçues et représentations préalables de l'investigateur ont pu influencer le déroulement et l'analyse des entretiens. Afin de réduire ce biais, en amont des premiers entretiens, l'investigateur a listé les résultats attendus de l'étude. Cela a permis de les conscientiser et d'assurer le plus de neutralité lors des entretiens.

Les entretiens semi-directifs ont été effectués à l'aide d'un guide d'entretien, fait majoritairement de questions ouvertes. Cela a permis aux femmes de s'exprimer librement sur le sujet, sans être orientées par l'investigateur. De plus, tous les entretiens ont été retranscrits minutieusement, mot pour mot et dans leur intégralité. Cependant, l'analyse des entretiens étant interprétative, le biais d'interprétation induit par la subjectivité de l'investigateur, n'a pu être complètement écarté.

Les patientes ayant le choix, la totalité des entretiens ont été réalisés par téléphone. L'absence d'entretien physique a eu pour conséquence de faire abstraction de la communication non-verbale. Cela a probablement permis aux patientes d'avoir une parole plus libérée sur le sujet. Elles n'ont pas été influencées par les réactions et attitudes non-verbales de l'investigateur. De plus, une attention particulière a été portée sur les blancs, rires et pleurs des patientes au moment de la retranscription.

Le caractère rétrospectif de l'étude induit un biais de mémorisation. C'est pourquoi il a été décidé de ne recontacter les patientes qu'un mois après leur fausse-couche. Cela a permis de minimiser le délai entre la consultation et l'entretien et donc de limiter ce biais.

2. Interprétation des résultats

L'étude réalisée a permis de mettre en évidence les différents intérêts et limites de cette consultation dédiée au décours d'une FCSP.

2.1. Intérêts

L'analyse des entretiens a démontré l'effet positif de cette consultation sur le vécu psychologique des patientes. La notion d'avancer psychologiquement est commune à la majorité des entretiens.

- Répondre aux questions

Comme évoqué précédemment, l'impact psychologique néfaste de la FCSP dans la vie d'une femme a été décrit dans de nombreuses études (3,4,5,6,7,8) ainsi que dans plusieurs thèses récentes (18, 19, 21, 23). Cela est en partie expliqué par la persistance de doutes, de sentiments de culpabilité, d'incompréhensions concernant la fausse-couche qu'elles viennent de vivre.

Notre étude témoigne que la réassurance des patientes passait par la recherche de réponse ainsi que d'une étiologie pouvant expliquer la fausse-couche. Cette notion rejoint la littérature. Comme l'évoque le Dr JUHEL A. dans sa thèse de 2018 (23) : « *l'incompréhension majeure la détresse et la difficulté à surmonter l'épreuve* ». Cette notion est également exposée dans plusieurs études récentes : « *Information regarding causes of the miscarriage were particularly desired* », « *Predominantly, the women in this study were concerned with what caused the miscarriage and why it happened.* » (16, 24, 25,26).

Même si elle est rarement retrouvée, l'absence d'étiologie identifiée augmente le sentiment de culpabilité. (27, 28). Dans ce contexte, cette consultation dédiée a toute sa place en apportant les informations nécessaires à une meilleure compréhension de la fausse-couche et ainsi lever la culpabilité présente chez un grand nombre de patiente. Il apparaît alors nécessaire de questionner les patientes concernant ce sentiment comme le souligne SEJOURNE N. dans son étude. (29)

- Clore la fausse-couche :

L'analyse des entretiens a montré que cette consultation permet aux patientes de marquer la fin de la fausse-couche. Cette consultation arrivant quelques semaines après la fin de la prise en charge aux UGO, les symptômes physiques ont alors disparu pour la plupart des patientes. Pour certaines, elle représente alors le symbole qui permet de clôturer l'événement et de tourner définitivement un trait sur cette fausse-couche.

Cette représentation, que se font ces patientes, n'est pas évoquée dans la littérature jusqu'alors.

- Le couple et le projet de grossesse

Les entretiens ont montré l'intérêt de cette consultation sur le vécu psychologique de cette fausse-couche. Elle tend à aider les patientes à reprendre confiance, notamment au sein de leur couple et contribue à ce qu'elles abordent les grossesses suivantes de façon plus sereine. Cela rejoint les données de la littérature où il est démontré que « *l'entretien a un impact sur certains aspects de leur vie future, notamment concernant l'abord de la grossesse suivante* » (11).

- Une relation de confiance indispensable au soutien psychologique

Les résultats de notre étude montrent l'importance du soutien psychologique au décours d'une fausse-couche. Cette notion rejoint les conclusions de nombreuses thèses (17, 18, 19, 21, 22).

Néanmoins, une relation de confiance entre soignant et patient est fondamentale pour un soutien psychologique de qualité. Dans son travail, le Dr JUHEL A. souligne que « *la capacité à traverser cette épreuve dépend entre autre du soutien psychologique qu'elles vont recevoir* ». Elle explique également que les patientes ayant consulté leur médecin généraliste au décours de leur fausse-couche mettent en avant le lien de qualité entre elles et leur médecin généraliste.

Cette relation de confiance, parfois construite sur plusieurs années, paraît indispensable pour que les patientes s'orientent vers lui dans ce contexte. Plusieurs entretiens de notre étude soulignent cette relation privilégiée qui existe entre certaines patientes et leur médecin traitant. Par conséquent, le médecin généraliste se doit d'avoir un rôle central dans cette prise en charge.

2.2. Limites

- Relation soignant-patient

Comme expliqué précédemment, la relation entre le soignant consulté et la patiente va impacter directement la qualité du soutien reçu. Plusieurs patientes interrogées ont expliqué ne pas être allées consulter leur médecin généraliste par manque de confiance. Certaines estiment qu'il n'a pas les qualifications nécessaires au suivi d'une fausse-couche. D'autres considèrent leur médecin comme étant peu disposé à un soutien psychologique.

Cela rejoint cette étude qualitative hollandaise de 2011 qui retrouvait que les femmes victimes de fausse-couche à répétition n'envisageaient pas le médecin généraliste comme un soutien potentiel pour les grossesses suivantes. Ces dernières estimaient que le généraliste n'avait pas l'expérience nécessaire et confiaient également ne pas être à l'aise de discuter de ce sujet avec lui. (30)

Cela démontre bien l'importance de ce lien et de l'importance de l'écoute et de l'empathie du soignant pour apporter un soutien psychologique de qualité.

- L'absence de consultation dédiée

A ce jour, aucune consultation n'est dédiée à l'accompagnement des suites d'une fausse-couche. Cela a pour conséquence de limiter l'accès à une consultation « uniquement » pour une aide psychologique. En effet, la majorité des patientes interrogées dans notre étude consultait devant une plainte somatique. On peut alors supposer qu'une partie des patientes souffrant psychologiquement de cette fausse-couche, n'iront pas spontanément chercher du soutien en l'absence d'un problème physique sous-jacent.

Durant les quatre semaines qui ont suivi la fausse-couche, 69 % des patientes d'une étude (31) ont consulté leur médecin traitant. Parmi elles, seulement une patiente sur quatre estimait avoir consulté pour une détresse émotionnelle.

Les patientes consultent donc par le biais d'un motif simple sur un créneau « classique ». Or comme vu précédemment, la prise en charge d'une patiente après une fausse-couche est une consultation complexe qui nécessite de prendre du temps. L'absence de consultation dédiée ne permet pas d'anticiper la consultation afin de prévoir le temps nécessaire. Une étude australienne (32) de 2020 identifie également le manque de temps imparti par le généraliste pour apporter un soutien adapté. Elle aborde également le manque de reconnaissance financière, de ces consultations longues et complexes.

- Manque de lien hôpital-médecine de ville

Plusieurs entretiens ont pu mettre en évidence le manque de lien entre médecine hospitalière et médecine de ville. En effet, aucun compte-rendu de leur passage aux UGO ne semble être transmis de façon systématique au médecin traitant ou même remis aux patientes. De plus, la possibilité de consulter en dehors de l'hôpital après leur fausse-couche n'est que trop rarement évoquée.

Cette rupture dans la continuité des soins peut être un réel frein à la consultation pour ces patientes qui n'abordent pas spontanément le sujet. Plusieurs thèses abordent également cette problématique. (19, 23)

Le médecin généraliste, tenu au courant, serait ainsi remis au centre de la prise en charge. En voyant la patiente prendre rendez-vous, il pourrait anticiper la consultation en prévoyant un créneau de consultation plus long. Il pourrait également évoquer le sujet de lui-même et ainsi apporter, si besoin, le soutien nécessaire à sa patiente.

- Rôle du médecin généraliste oublié

Les résultats de notre étude rejoignent la littérature quant au rôle oublié du médecin généraliste concernant l'accompagnement des femmes après une fausse-couche et sur le plan gynécologique en général. Une thèse (33) de 2013 met en évidence que : « *beaucoup de patientes ignorent que le médecin généraliste peut suivre des grossesses* ». Lors de nos entretiens, plusieurs femmes n'envisagent pas le médecin généraliste comme un recours possible dans ce contexte. Certaines expriment également clairement que, pour elles, le médecin généraliste n'a pas les connaissances nécessaires pour les accompagner.

Une thèse de 2007 évoque la place que pourrait prendre le médecin au sein de la prise en charge des fausses-couches notamment médicamenteuses. De par son statut de coordinateur des soins et sa relation de confiance avec sa patiente, il serait bien placé pour apporter un accompagnement plus humain que celui apporté par les urgences. (34)

Cependant, une thèse réalisée auprès de médecins de Haute-Garonne en 2021 (35) montre que 21 % des médecins généralistes ne veulent pas rendre en charge des fausses-couches pour plusieurs raisons : manque de formation (80 %), manque de pratique de l'examen gynécologique (24 %), manque d'intérêt (16 %). Cette thèse traitait de l'accompagnement au moment de la fausse-couche et non dans les suites.

Or, dans sa pratique quotidienne, le médecin généraliste est fréquemment amené à soutenir des patients psychologiquement. De par sa disponibilité, et sa relation privilégiée avec ses patients, le médecin généraliste apparaît donc logiquement comme un recours de premier choix pour un soutien dans les suites d'une fausse-couche. Dans le cas où le médecin généraliste n'exercerait pas la gynécologie, il possède les connaissances nécessaires pour apporter des explications aux patientes et réorienter selon les besoins.

3. Perspectives

Au cours de notre étude, l'analyse des différents entretiens nous a permis de montrer que le soutien apporté aux patientes dans les suites de leur fausse-couche est perfectible. Cela nous amène à nous poser des questions sur les différentes pistes à améliorer.

Premièrement, il semble indispensable d'améliorer le lien entre l'hôpital et la médecine de ville. Il est important que le médecin traitant soit tenu au courant de la situation par le biais d'un courrier systématique ou au minimum que les patientes quittent les UGO avec un courrier à destination du médecin qui les suit.

Dans cette même idée de continuité des soins, les patientes devraient être averties de la possibilité de consulter leur médecin généraliste en cas de problème physique, mais également pour une détresse psychologique. Il faut faire connaître les aptitudes du médecin généraliste à apporter les explications et le soutien psychologique nécessaires, ainsi qu'à réorienter les patientes si besoin vers un psychologue ou un examen complémentaire.

Il peut être intéressant de donner aux patientes une fiche d'information reprenant quelques notions clés sur la fausse-couche et la place du médecin généraliste au sein de cette prise en charge. Nous avons donc créé et mis à disposition aux UGO de Saint-Nazaire une fiche d'information à destination des patientes victime de fausse-couche.

(cf annexe 5 : Fiche informative à destination des patientes)

Lors des prises en charge de demande d'interruption volontaire de grossesse, un entretien avec un psychologue est systématiquement proposé. Ce n'est pas le cas pour les fausses-couches. Il semble nécessaire de faciliter l'accès à une consultation avec un psychologue au décours d'une fausse-couche. Cela permettrait aux patientes, qui n'iraient pas spontanément vers leur médecin traitant, d'avoir recours facilement à un accompagnement psychologique.

Comme vu précédemment, cette consultation au décours d'une fausse-couche est une consultation complexe qui nécessite du temps. Nous pourrions envisager d'instaurer une consultation dédiée revalorisée financièrement à l'instar des consultations d'annonce de maladie grave revalorisées depuis le 1er novembre 2017.

La prévention a également toute sa place dans les axes à améliorer. En effet, bien que les mentalités changent ces dernières années, la fausse-couche reste un sujet tabou, notamment au sein de l'entourage des patientes. Il pourrait être intéressant d'aborder le sujet dès le collège/lycée, au moment des cours d'éducation à la sexualité. En tant que soignant, c'est également à nous de pouvoir plus facilement l'évoquer au moment où un projet de grossesse est évoqué, lors d'une première consultation de grossesse ou lors d'une consultation de suivi gynécologique.

Conclusion

L'impact psychologique d'une fausse-couche ainsi que l'importance d'une prise en charge globale avec soutien psychologique ne sont plus à prouver.

Notre étude montre qu'une consultation dédiée aurait toute sa place dans l'accompagnement des patientes. Elle leur permettrait de recevoir le soutien nécessaire pour aller de l'avant et faire le deuil de cette grossesse arrêtée précocement. La réassurance et les explications reçues ont un intérêt majeur sur la perception de cet événement ainsi que sur la possibilité d'aborder plus sereinement les grossesses ultérieures.

On comprend dans les entretiens combien il est difficile pour ces patientes d'aller chercher ce soutien et de venir en parler spontanément. L'absence de consultation dédiée systématique et les liens perfectibles entre hôpital et médecine de ville sont les deux freins majeurs identifiés dans notre étude. Il serait utile de faciliter l'accès à ce soutien en proposant systématiquement une consultation avec un professionnel de santé adapté.

La qualité du soutien reçu est dépendante de la relation de confiance entre la patiente et le soignant consulté. L'analyse des entretiens souligne l'existence de cette confiance entre patiente et médecin traitant. Le médecin généraliste, en tant que médecin de premier recours, est en mesure d'occuper une place centrale dans cette prise en charge. Il devrait donc avoir la possibilité de prendre le temps nécessaire pour aborder cette consultation complexe, afin d'accompagner au mieux ses patientes.

Bibliographie

1. Blohm F, Fridén B, Milsom I. A prospective longitudinal population-based study of clinical miscarriage in an urban Swedish population. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007; 115: 176-183.
2. Amélie Delabaere, C. Huchon, V. Lavoue, V. Lejeune, E. Iraola, et al.. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2014, 43 (10), 756-763
3. Legendre G, Gicquel M, Lejeune V, Iraola E, Deffieux X, Séjourné N, et al. Psychologie et perte de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, févr 2014; 43(10) :908-917.
4. Cordle CJ, Prettyman RJ. A 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage. *J Reprod Infant Psychol* 1994; 12: 37-43.
5. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A. Post-traumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatric* 2001; 23:62-66.
6. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*. Mars 1996;69(1):47-58.
7. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*. déc 1993;66(4):363-372.
8. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:62-76.
9. Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D. History of Pregnancy Loss Increases the Risk of Mental Health Problems in Subsequent Pregnancies but not in the Postpartum. *PLOS ONE* [internet]. 14 Avr 2014;[cité 10 Sept 2023] ; 9(4). Disponible sur : <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0095038&type=printable>
10. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Sept 2008;37(5):435-40.
11. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse couche. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Sept 2011;40(5):437-43.
12. Nikčević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*. Sept 2007;63(3):283-90.

13. Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*. Mars 1996;40(3):235-44.
14. Prettyman RJ, Cordle C. Psychological aspects of miscarriage: attitudes of the primary health care team. *British Journal of General Practice*. Mars 1992 ; 42(356) : 97-99.
15. Wong MKY, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*. 2003; ; 53(494) : 697-702.
16. Nikcevic AV, Tunkel SA, Nicolaidis KH. Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care: Missed abortion follow-up. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1 févr 1998;11(2):123-8.
17. De farcy de pontafarcy C. Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes: la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012. [Mémoire de sage-femme]. [Brest, France] : Université de Brest. UFR de médecine et des sciences de la santé ; 2013. 74 p.
18. Pépin R. Critères de satisfaction des patientes, dans la prise en charge d'une fausse couche précoce et place du médecin généraliste au cours de cet événement. [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Sorbonne université. Faculté de médecine Sorbonne université ; 2018. 156 p.
19. Rakotoarimanana C. Fausses couches spontanées précoces : rôles du médecin généraliste et amélioration possible en Occitanie. [Thèse d'exercice]. [Montpellier, France] : Université de Montpellier. Faculté de médecine Montpellier-Nîmes ; 2022. 74 p.
20. Uranga-harismendy M. Suivi de l'Avortement Spontané Précoce : état des lieux de la pratique des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. [Angers, France] : Université d'Angers. Faculté de santé d'Angers ; 2020. [cité 24 sept 2023]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/17012085/2020MCEM12556/fichier/12556F.pdf>
21. Symphor MA. Le vécu douloureux des fausses-couches précoces: Étude qualitative à partir de 15 entretiens semi-directifs. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France] : Université de Nantes. UFR de médecine et techniques médicales ; 2013. 57 p.
22. Normand J. Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes.[Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Université Paris Est Créteil. UFR de médecine de l'UPEC ; 2019. 57 p.
23. Juhel A. Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? Etude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais.[Thèse d'exercice]. [Rennes, France] : Université de rennes. UFR de médecine de Rennes ; 2018. [cité le 24 sept 2023]. Disponible sur : <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ec8e8e72-19bc-46c7-8172-2fa4aa74d56c?inline>
24. Van den Akker OB. The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2011;6(3):1- 10.
25. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*. Mars 1996; 69(1) :47-58.

26. Seibel M, Graves WM. The psychological implications of spontaneous abortions. *J Reprod Med* 1980; 25:161-165.
27. Leppert PC, Pahlka BS. Grieving characteristics after spontaneous abortion : a management approach. *Obstet Gynecol* 1984; 64:119-122.
28. Nikcevic AV, Tinkel SA, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. Investigation of the cause of miscarriage and its influence on women's psychological distress. *BJOG*. août 1999;106(8):808-13.
29. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Avortement spontané et culpabilité : une étude qualitative. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2011;40(5):430-6.
30. Musters AM, Taminiu-Bloem EF, Van Den Boogaard E, Van Der Veen F, Goddijn M. Supportive care for women with unexplained recurrent miscarriage: patients' perspectives. *Human Reproduction*. avr 2011;26(4):873-7.
31. Friedman T. Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. *J Royal College Gen Pract* 1989; 39:456-458.
32. Sumarno V, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Whose role is it? Primary care and the provision of emotional support for women experiencing miscarriage: a pilot qualitative Australian study. *Aust J Prim Health*. 2020; 26(5) : 388-395.
33. Houlé C. Suivi de la grossesse: critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste: enquête auprès de patientes de la région dieppoise. [Thèse d'exercice]. [Rouen, France] : Université de Rouen. Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen ; 2013 [cité 9 Oct 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845751v1/document>
34. Blond A. Limites de la prise en charges des fausses couches spontanées du premier trimestre par le médecin généraliste : rédaction d'un protocole d'aide à la prise en charge. [Thèse d'exercice]. [Nantes, France]. Université de Nantes. UFR de médecine et techniques médicales ; 2007. 60 p.
35. Fest S. Fausses couches spontanées précoces en soins primaires : enquête de pratique auprès de médecins généralistes exerçant en Haute-Garonne. [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France] : Université de Toulouse III. Faculté de médecine Rangueil ; 2021. 58 p.
36. Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. déc 2014;43(10):764-75.

Annexes

1. Fiche de consentement

Une fausse couche et après ? Une thèse de médecine générale Fiche de consentement

Interne en médecine générale, je réalise ma thèse sur l'intérêt d'une consultation avec le médecin traitant après un diagnostic de fausse couche. Pour cela, je souhaite interroger des femmes sur leur vécu de "l'après fausse couche".

D'ici 1 mois, je vous contacterai pour prévoir un entretien (téléphonique ou en consultation sur l'hôpital de St-Nazaire selon votre choix)
Vous avez bien sur le droit de refuser de participer. Il suffira de me l'indiquer par mail ou au moment de mon appel

Cet entretien durera environ 20 à 30 minutes. Il sera réalisé de façon anonyme et vos coordonnées ne seront pas conservées.

Je soussignée

accepte d'être contacter par téléphone

...../...../...../...../.....

Signature :

Fait à

Le/...../.....

Axel PRIN, interne en médecine générale
axel.prin44@gmail.com

2. Guide d'entretien

Pouvez-vous vous présenter ?

Age ?

Profession ?

Situation familiale : en couple ? Mariée ?

Atcd gynécologique : combien de grossesse ? Combien d'enfant ? FCS ? IVG ?

Qui vous suit sur le plan gynécologique ? Médecin généraliste ? Gynécologue ? Sage-femme ?

Question brise glace :

Quelles difficultés avez vous rencontré après la fausse couche ?

1) Pourquoi avez vous consulter après cette fausse couche ?

Est ce que quelqu'un vous a dis d'aller consulter ? Y seriez aller de vous même ?

La FCS était le principal/seul motif ?

Qui êtes-vous aller consulter ? Pourquoi cette personne là ?

Qu'est ce que vous attendiez de cette consultation ?

2)Comment s'est déroulé cette consultation ?

Qu'est ce que vous en avez pensez ?

Quelle attitude avait le médecin ?

Étiez vous seule ?

Combien de temps de consultation?

Est ce que l'aspect physique a-t-il été abordé ? Avez vous été examinée/auscultée ?

L'aspect psychologique a t il été abordé ?

Avez vous posé des questions ?

Avez vous reçu des réponses à vos questions ?

Avez vous eu le sentiment d'être écoutée ?

Une autre consultation a t elle été proposée ? Avez vous pris le RDV ?

3) Quel intérêt a eu cette consultation pour vous?

Qu'est ce qu'elle a changé pour vous ?

Votre perception de votre fausse-couche est-elle différente ?

Pensez vous qu'une consultation avec un autre professionnel de santé serait plus adapté ? Si oui, lequel et pourquoi ?

4) Qu'est ce qui aurait pu améliorer cette consultation ?

Qu'est ce que vous auriez aimé que l'on vous dise ? Que l'on ne vous dise pas ?

5) Pourquoi ne pas avoir/ avoir consulter votre médecin traitant ?

Pour vous, qu'elle est la personne la plus adapté pour en parler ? Pourquoi ?

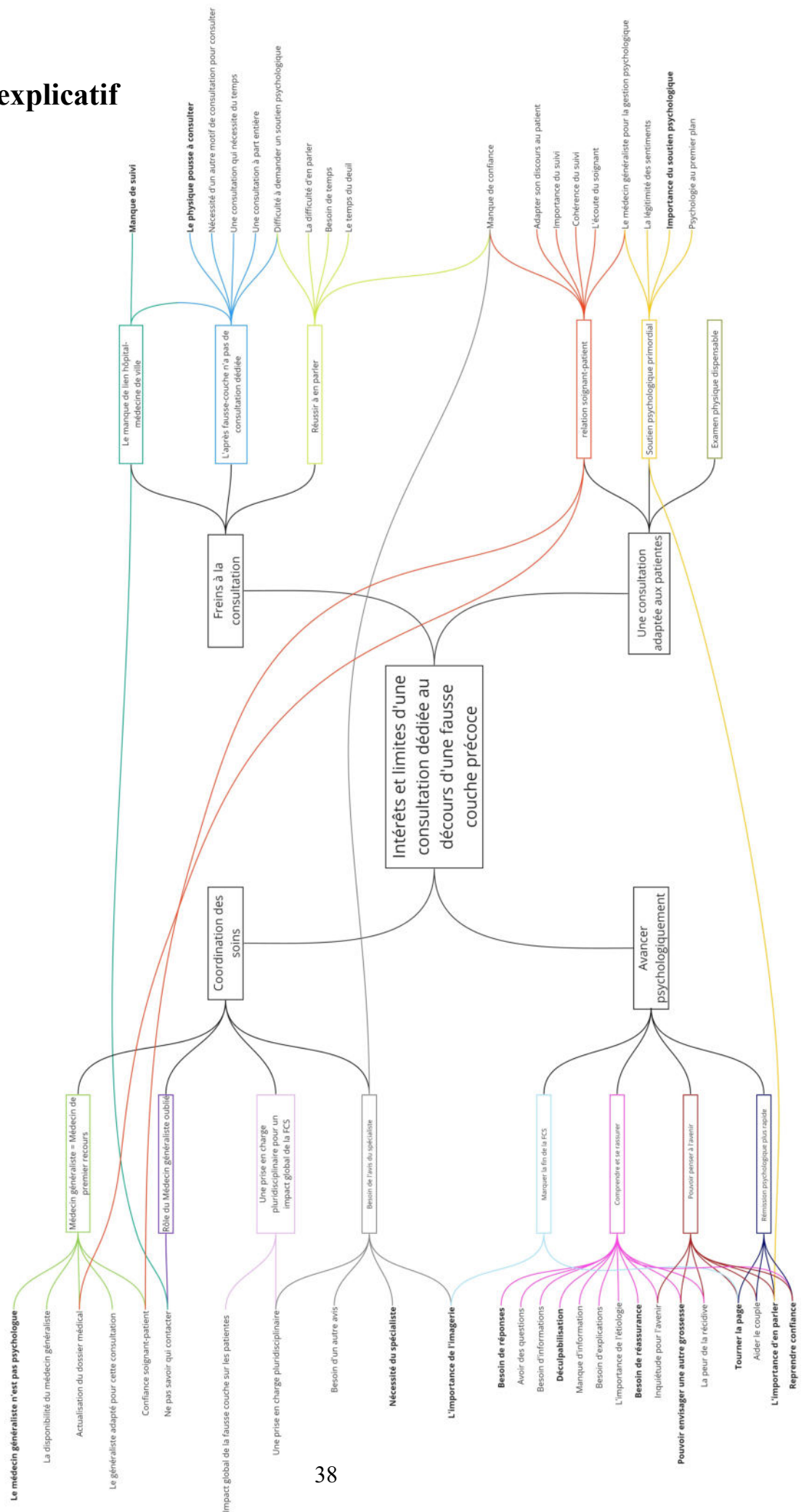
6) Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer la prise en charge après une fausse couche ?

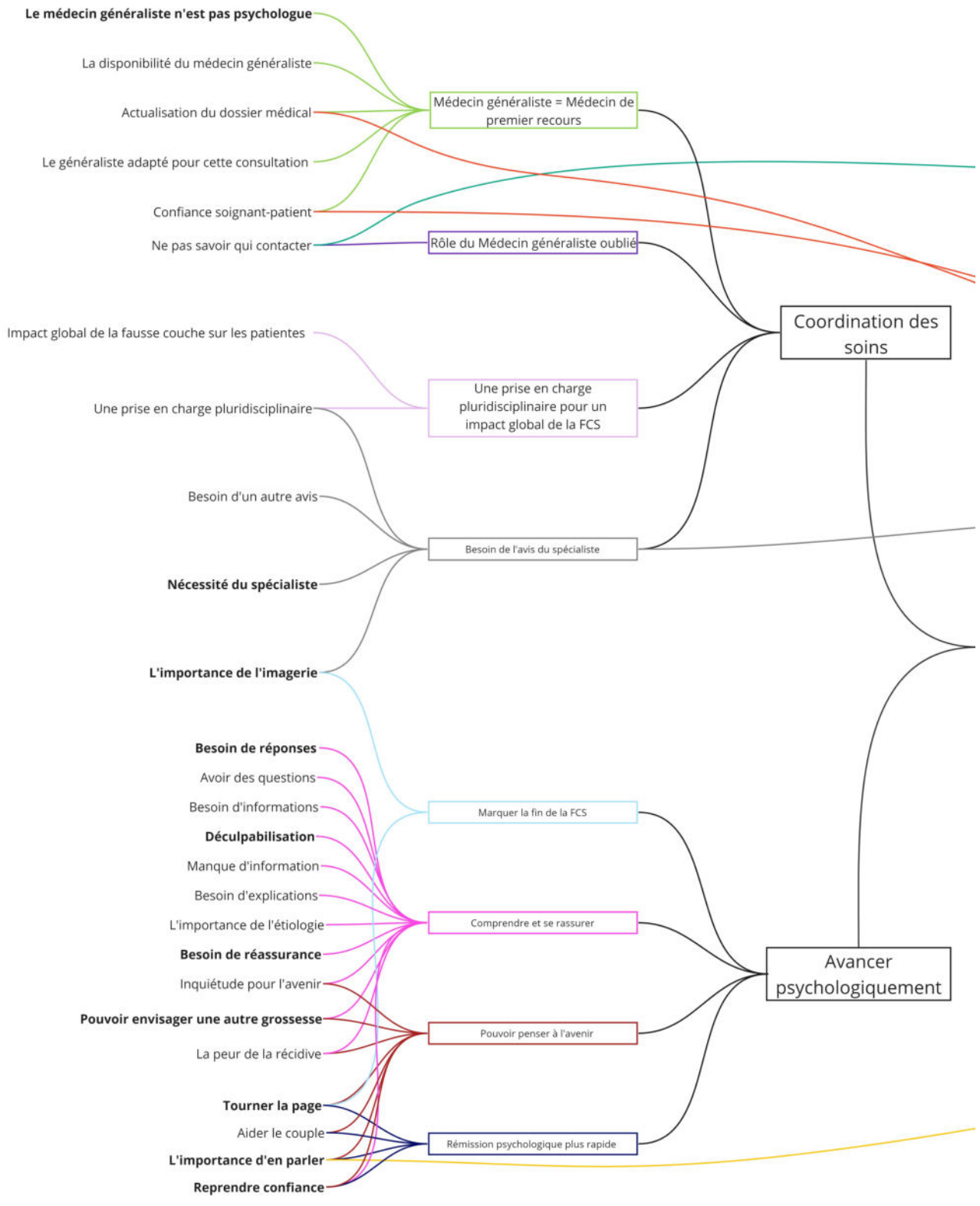
Comment les soignants pourrait améliorer l'accompagnement des femmes après une fausse couche ?

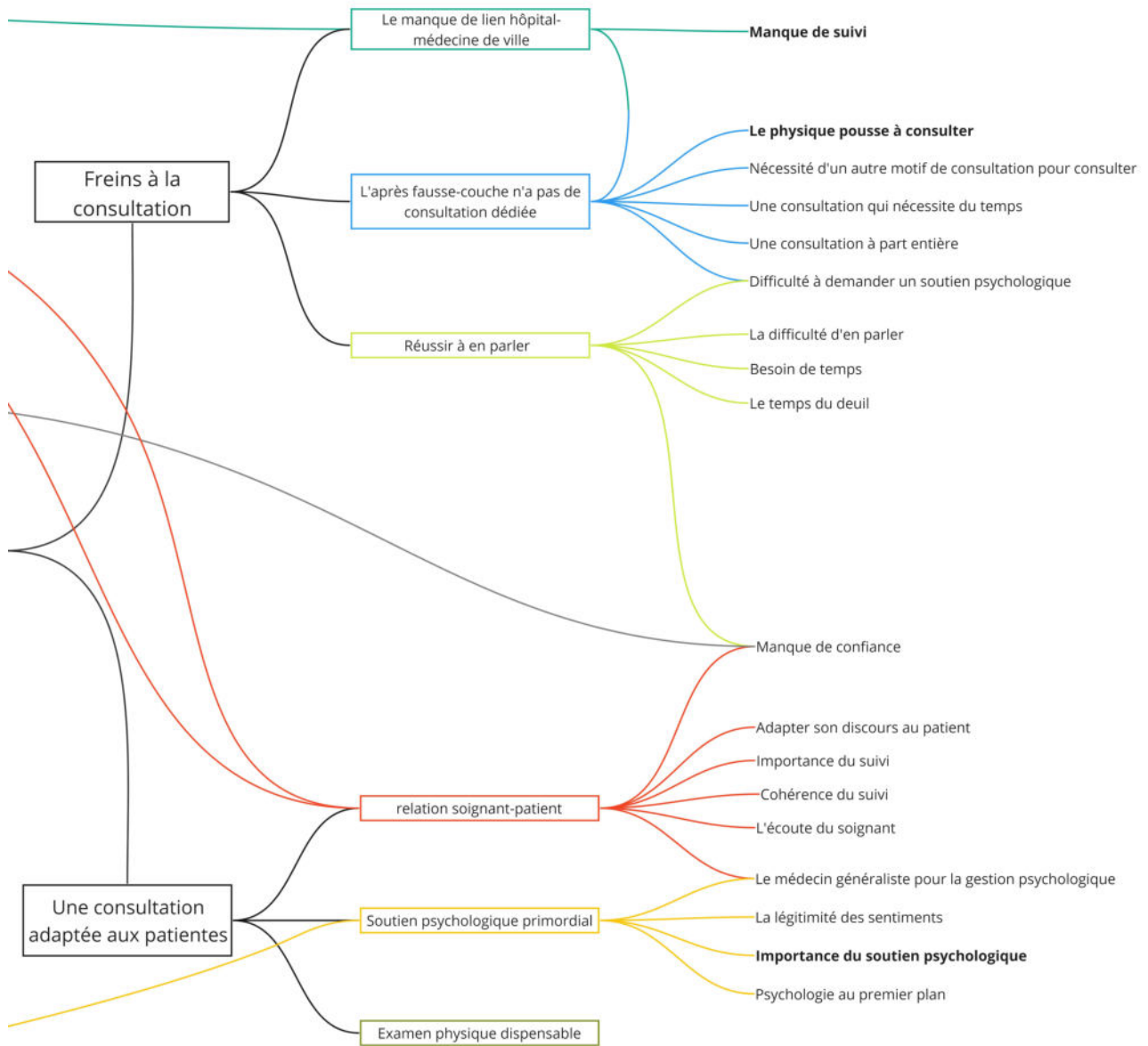
Estimiez vous être suffisamment informée avant de faire une fausse couche ?

7) Pourquoi avez vous accepté de participer à cette thèse ?

3. Modèle explicatif







4. Caractéristiques des patientes

Caractéristiques des patientes					
Patiente	Age	Situation personnel	Profession	ATCD Gynécologique	Suivi gynécologique
1	33	En couple	Réceptionniste	G3P0 (2 FCS + 1 GEU)	Médecin généraliste
2	27	PACS	Responsable SPA	G2P1 (1 FCS)	SF et Gynécologue
3	35	Mariée	Administratif CPAM	G2P0 (2 FCS)	Gynécologue
4	35	PACS	Éducatrice spécialisée	G3P2 (1 FCS)	Gynécologue
5	31	Mariée	Dessinatrice en bâtiment	G2P0 (2 FCS)	Sage-femme
6	31	En couple	Gérante d'un hôtel	G1P0 (1 FCS)	Gynécologue
7	25	En couple	ATSEM	G2P1 (1 FCS)	Médecin généraliste
8	23	En couple	Aide soignante	G4P1 (1 FCS + 2 IVG)	Sage-femme
9	29	En couple	Téléphonie	G1P0 (1 FCS)	Sage-femme
10	31	PACS	Croix rouge	G1P0 (1 FCS)	Médecin généraliste
11	32	PACS	Factrice	G5P0 (4 FCS + 1 IVG)	Gynécologue
12	35	PACS	Assistante maternelle	G2P1 (1 FCS)	Gynécologue

Caractéristiques des patientes				
Patiente	Suivi PMA	Terme de la FCS	TTT de la FCS	Professionnel consulté
1	Non	12+4 SA	Chirurgical	Médecin généraliste
2	Non	8 SA	médicamenteux	Gynécologue
3	Oui	9 SA	Médicamenteux puis chirurgical	Médecin généraliste
4	Non	6 SA	Spontanée	Médecin généraliste
5	Non	8 SA	médicamenteux	Psychologue
6	Non	10+3 SA	Chirurgical	Gynécologue
7	Non	8 SA	Médicamenteux	Médecin généraliste
8	Non	5 SA	Spontanée	Sage-femme
9	Non	8-9 SA	Médicamenteux	Médecin généraliste
10	Non	6 SA	Spontanée	Sage-femme
11	Oui	4 SA	Médicamenteuse	Médecin généraliste
12	Non	5 SA	Spontanée	Gynécologue

5. Fiche informative à destination des patientes



* Une fausse couche, c'est quoi ?

Une fausse couche, c'est l'arrêt spontané d'une grossesse avant 22 semaines d'aménorrhée. On parle de fausse couche précoce quand celle-ci survient dans les 3 premiers mois de la grossesse.

← C'est un événement fréquent qui touche environ **une grossesse sur six**.

* Quelles sont les causes d'une fausse couche ?

La grande majorité des fausses couches sont causées par des **anomalies de chromosomes** qui ne permettent pas la poursuite de la grossesse. Les fausses couches peuvent être aussi provoquées par une malformation de l'utérus, des anomalies des vaisseaux sanguins, des troubles hormonaux...

Ce n'est pas dû à une faute de votre part. Sachez que les activités quotidiennes (exercice physique, travail, relations sexuelles...) ne provoquent pas de fausse couche.

← En général, on ne recherche la cause qu'en cas de fausse couche à répétition.

* Quels sont les symptômes d'une fausse couche ?

Une fausse couche peut se manifester par :

- Des **douleurs abdominales** ou dans le **bas du dos**, parfois très intenses, qui peuvent ressembler à des douleurs de règles. Ces douleurs correspondent aux **contractions de l'utérus**.
- Des **saignements** (appelés métrorragies) généralement rouges vifs, plus ou moins épais. Ils peuvent être très abondants et impressionnants par leur quantité. Il est également possible d'expulser spontanément la grossesse qui peut ressembler à une poche souple et de couleur rouge.

← La fausse couche peut également n'entraîner **aucun symptôme particulier** et n'être découverte qu'au moment d'une échographie, on parle alors de grossesse arrêtée.

* Comment réagir face à ces symptômes ?

Si les douleurs et les saignements ne sont pas trop importants, vous pouvez vous adresser à votre **médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme**. Ceux-ci pourront vous indiquer la conduite à tenir.

Si les douleurs et les saignements sont importants, vous pouvez vous présenter **directement aux urgences** de l'hôpital le plus proche de chez vous. Un bilan sanguin et une échographie pourront vous être proposés.

Dans le cas de grossesses débutantes, encore non visibles à l'échographie, il est parfois nécessaire de suivre l'évolution de l'hormone de grossesse avec des prises de sang toutes les 48h. **Plusieurs consultations** sont alors nécessaires pour confirmer la fausse couche.

* Quels sont les traitements possibles ?

Selon les situations, plusieurs traitements sont possibles avec chacun leur avantages et leurs inconvénients.

Premièrement, dans le cas où les douleurs et saignements restent gérables par la patiente, il peut être envisager de laisser la nature faire les choses (**expectative**). Des antalgiques sont alors prescrits et la patiente est convoquée généralement une semaine plus tard pour vérifier la fin de la fausse couche.

Si l'expectative n'est pas possible ou si la patiente ne le souhaite pas, deux autres solutions s'offrent à elle :

- La **méthode médicamenteuse** : elle consiste à prendre un médicament, le misoprostol, en comprimés, qui va provoquer des contractions de l'utérus et une ouverture du col de l'utérus. Cette méthode permet aux patientes de rester à domicile. Ce médicament peut cependant entraîner des douleurs et des saignements plus ou moins abondants, ainsi que des nausées, vomissements et diarrhées. Ces symptômes sont en général de courte durée. La patiente est reconvoquée plusieurs jours plus tard, pour vérifier la fin de la fausse couche
- La **méthode chirurgicale** : appelée aspiration endo-utérine, c'est une intervention chirurgicale sous anesthésie locale ou générale qui permet d'aspirer la grossesse dans l'utérus, avec un petit tube qui passe par voie vaginale. Cette méthode est la plus efficace et aucun contrôle échographique n'est à effectuer par la suite. La patiente peut, dans la majorité des cas, rentrer chez elle le soir même. Cependant, comme toute intervention chirurgicale, elle comporte certains risques, notamment liés à l'anesthésie et au passage du col utérin.

← *Si les douleurs ou les saignements sont trop importants, ou en cas d'échec de la méthode médicamenteuse, il faut envisager la méthode chirurgicale.*

* Et après ?

Une fausse couche peut être un événement **douloureux psychologiquement** dans la vie d'une femme et avoir retentissement important sur vous et votre conjoint.

La tristesse, l'anxiété, le stress, l'incompréhension ou encore la culpabilité sont des sentiments normaux et fréquents dans les suites d'une fausse couche. Il ne faut pas hésiter à **en parler** autour de vous. Vous pouvez alors vous adresser à votre médecin généraliste, votre sage-femme ou gynécologue. Ils pourront vous écouter, vous aider ou simplement vous apporter **des réponses et vous accompagner**.

← Le médecin traitant peut être un véritable soutien dans cette étape de votre vie.

**Vu, le Président du Jury,
Monsieur le professeur Stéphane
PLOTEAU**

**Vu, le Directeur de Thèse,
Madame le docteur Marie FLEVIN**

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : PRIN

PRENOM : Axel

Titre de Thèse : INTÉRÊTS ET LIMITES D'UNE CONSULTATION DÉDIÉE AU DÉCOURS D'UNE FAUSSE-COUCHE PRÉCOCE: ENTRETIENS AUPRÈS DE PATIENTES DU BASSIN NAZAIRIEN

RÉSUMÉ

La fausse-couche spontanée précoce (FCSP) est un événement qui touche de nombreuses femmes. Elle peut avoir de lourdes conséquences, notamment sur le plan psychologique. Cependant, l'accompagnement après une fausse-couche est encore perfectible.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les intérêts et les limites d'une consultation dédiée au décours d'une FCSP.

Cette étude qualitative a été effectuée par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de 12 patientes du bassin Nazairien du 17/01/2023 au 22/05/2023.

L'analyse des entretiens a démontré l'importance de cette consultation. Elle permet de rassurer et déculpabiliser les patientes. Cette consultation apparaît comme un véritable marqueur de la fin de la fausse-couche et permet aux patientes de tourner la page. Ce travail a également pu mettre en lumière que la qualité du soutien psychologique est dépendante de la relation de confiance entre le soignant et la patiente.

Cependant l'absence de consultation dédiée à l'accompagnement psychologique après une fausse-couche et le manque de lien entre l'hôpital et la médecine de ville entraînent un réel frein à la consultation pour les patientes ne venant pas chercher d'elle-même ce soutien. De plus, le médecin généraliste, qui pourrait avoir un rôle central dans cette prise en charge, est bien souvent mis à l'écart.

Ainsi, systématiser le soutien psychologique, valoriser le rôle du médecin généraliste et encourager la prévention sont des pistes d'amélioration.

MOTS-CLES

Fausse couche spontanée précoce, médecin généraliste, soutien psychologique, consultation dédiée.