



HAL
open science

Vécu de la consultation d'annonce d'une perte de grossesse précoce : étude prospective menée au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon : à propos de 32 patientes

Zoé Nicod

► To cite this version:

Zoé Nicod. Vécu de la consultation d'annonce d'une perte de grossesse précoce : étude prospective menée au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon : à propos de 32 patientes. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04492352

HAL Id: dumas-04492352

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04492352>

Submitted on 6 Mar 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ANNÉE 2023

**VÉCU DE LA CONSULTATION D'ANNONCE
D'UNE PERTE DE GROSSESSE PRÉCOCE**

**Étude prospective menée au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon
A propos de 32 patientes**

MÉMOIRE

Présenté et soutenu
En vue de l'obtention du
Diplôme d'État de SAGE-FEMME

Par

Zoé NICOD

Née le 26 avril 1999 à Besançon

Directrice de mémoire : Dr. Camille NALLET

Co-directrice de mémoire : Chloé TISSERAND

Résumé

Introduction - Dans le monde, 15,3 % des femmes enceintes vivent une perte de grossesse précoce. Or, cette réalité reste peu connue et peut constituer un traumatisme pour les femmes qui le vivent.

Méthodes - Il s'agissait d'une étude quantitative prospective descriptive réalisée du 15 juillet au 30 octobre 2022, aux urgences gynécologiques du CHU Jean Minjoz à Besançon. L'objectif principal de cette étude était de décrire le vécu des patientes à propos de l'annonce du diagnostic de leur perte de grossesse précoce. L'objectif secondaire était d'évaluer le contenu de la consultation aux urgences gynécologiques du point de vue des patientes, dans le cadre de la prise en charge d'une perte de grossesse précoce afin d'améliorer les pratiques. Un échantillon de 32 patientes ayant consulté aux urgences gynécologiques pour une perte de grossesse précoce a répondu à un questionnaire par téléphone.

Résultats - Les diagnostics de perte de grossesse précoce n'ont pas tous été annoncés aux urgences gynécologiques. Pour 22 patientes, le diagnostic a été annoncé aux urgences gynécologiques lors de la consultation étudiée ici. Cependant l'annonce n'a pas été faite au même moment de la consultation pour toutes. Une majorité de ces 22 patientes (68,18 %) n'aurait pas préféré recevoir l'information à un autre moment. Pour les autres patientes, la consultation a eu lieu immédiatement après le diagnostic posé hors du cadre du service des urgences. Globalement, la consultation aux urgences gynécologiques a été notée à 8,07/10 en moyenne sur l'ensemble de l'échantillon.

Conclusion - Malgré l'impact traumatique d'une perte de grossesse précoce, le vécu de cette consultation d'annonce du diagnostic n'a pas été jugé négativement. Il est cependant possible de progresser car pour environ 32 % des patientes, l'annonce ne s'est pas déroulée au moment qu'elles auraient souhaité. Par ailleurs, toutes les patientes ayant vécu une perte de grossesse précoce n'ont pas souhaité s'exprimer.

Mots-clés - Perte de grossesse précoce, Avortement spontané précoce, Grossesse arrêtée précoce, Fausse Couche, Vécu, Annonce du diagnostic, Urgences gynécologiques, Évaluation des pratiques professionnelles.

Abstract

Introduction - Worldwide, the overall risk of early pregnancy loss is 15.3 % of all pregnancies. However, this reality is still often misunderstood and can be deeply traumatic for women who experience it.

Methods - This was a quantitative prospective descriptive study carried out from July 15 to October 30 of 2022, at the Jean Minjot University Hospital in Besançon. This study firstly aimed at describing the experience of patients when receiving the diagnosis of an early pregnancy loss. The second objective of this study was to assess clinical practices in the gynaecological emergency department from the patients' perspective. A sample of 32 patients who visited the gynaecological emergency department for early pregnancy loss responded to a telephone questionnaire.

Results - For 22 patients, the diagnosis was announced in the gynaecological emergency department during the consultation studied here. However, the announcement was not made at the same time during the consultation for all of them. A majority of these 22 patients (68.18 %) would not have preferred to receive the information at any other time. For the remaining 10 patients, the diagnosis was made before coming to the hospital. Overall, the medical consultation in the emergency department was rated at an average of 8.07/10 for the whole sample.

Conclusion – We were surprised that women did not report a negative experience of this medical consultation. Nevertheless, there is certainly room for improvement, as for about 32 % of the patients, the announcement did not take place at the time they would have liked. Furthermore, not all patients who experienced an early pregnancy loss wished to express themselves.

Keywords - Early pregnancy loss, Spontaneous abortion, Missed early miscarriage, Early miscarriage, Experience, Diagnostic disclosure, Emergency department, Assessment of clinical practices.

Introduction

Dans l'imaginaire collectif, les grossesses se déroulent toujours bien et s'achèvent par la naissance d'un enfant. Malheureusement, 15,3 % des grossesses se terminent avant la période de viabilité du fœtus (1). L'impensable survient alors dans la vie d'une part non négligeable des femmes ou des couples vivants une grossesse. Ces futurs parents font face à la perte de cet enfant dont la vie avait souvent été projetée dès la découverte de la grossesse. Au niveau mondial, il y a environ 23 millions de pertes de grossesse précoces par an ce qui équivaut à 44 pertes de grossesse par minute (1). Toutes les femmes sont concernées par ce sujet de près ou de loin parce qu'elles l'ont vécu ou que l'une de leur connaissance l'a vécu. Néanmoins, ce sujet reste peu connu de la population générale et peu évoqué avec l'entourage proche (2). En effet, d'après un sondage réalisé en 2015 auprès de 1084 personnes vivant aux Etats-Unis, 55 % des personnes interrogées pensaient que les pertes de grossesse précoces se produisaient dans 5 % des grossesses ou moins (2). Par ailleurs, la perte d'une grossesse peut survenir à n'importe quel moment de celle-ci.

Les pertes de grossesse précoces se définissent par des pertes de grossesse avant 14 semaines d'aménorrhées (SA), selon une étude de Delabaere et al. (3). Elles comprennent les avortements spontanés précoces (ASP) aussi appelés fausses-couches précoces et les grossesses arrêtées (GA) (4). La différence réside dans l'expulsion ou non du contenu utérin. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a réalisé une étude en 2014 pour standardiser la terminologie des pertes de grossesse. Ainsi « une grossesse arrêtée précoce est un arrêt de développement, [c'est-à-dire] une stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur cranio-caudale et/ou [la] disparition d'une activité cardiaque [avant] 14 SA ». Ces dernières sont précoces par définition car nous parlons de mort fœtale in utero pour une grossesse qui s'arrête après 14 SA. « Une fausse couche précoce (FCP) est l'expulsion spontanée d'une grossesse intra-utérine [avant] 14 SA. » Elle peut être complète s'il « y a une vacuité utérine échographique et une absence de symptôme clinique [comme des] saignements ou [des] douleurs » ou incomplète si on note une « persistance de matériel intra-utérin à l'échographie » (3).

On note que le terme d'*avortement spontané* est souvent remplacé par *fausse-couche* dans le langage courant pour le différencier de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), plus souvent nommé avortement. Dans ce mémoire, nous avons

choisi de parler *d'avortement spontané précoce* afin de nous rapprocher de la terminologie anglo-saxonne de *spontaneous abortion*.

C'est en fonction du type de perte de grossesse précoce et des signes cliniques associés que le type de prise en charge est décidé. Il existe trois modes de prise en charge : chirurgicale, médicamenteuse et expectative (5). En 2010, le CNGOF a mis à jour sa publication de 2005 en argumentant en faveur du traitement chirurgical que ce soit par aspiration ou par curetage (6). Néanmoins il conclut par l'importance de tenir « compte du contexte, du profil psychologique de la patiente, de son envie de surseoir à une intervention chirurgicale, ou au contraire de son désir de laisser rapidement tout cela derrière elle [...] le choix final doit revenir à la patiente, après information claire sur les différentes attitudes possibles et sur leurs risques ».

Mais avant de réfléchir à la prise en charge d'une perte de grossesse précoce, il s'agit de l'annoncer à la patiente. Annoncer le diagnostic de la perte précoce d'une grossesse désirée ou plus généralement annoncer un diagnostic médical, revient à annoncer une mauvaise nouvelle. Une mauvaise nouvelle « est une nouvelle qui change radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son [...] être et de son [...] avenir », d'après Robert Buckman un médecin anglais dans son ouvrage traduit sous le titre de *S'asseoir pour parler* (7). Cela peut être l'annonce d'une maladie chronique, d'un cancer, d'un handicap ou d'une maladie dégénérative. Suite à une réflexion face à la difficulté de ces annonces du point de vue des patients, de leurs proches et des professionnels de santé, l'HAS a décidé de mettre en place un outil pour aider les professionnels dans l'annonce des diagnostics (8,9). C'est en comprenant le « retentissement de l'annonce » sur les patientes qu'il est possible pour les soignants d'adapter leur discours et de suivre le rythme des patientes. Pour se protéger au moment où elles reçoivent l'annonce du diagnostic, les patientes mettent en place des mécanismes de défense, d'après la psychologue Martine Ruzniewski (10). Par exemple, elles peuvent être tellement submergées par leurs émotions que cela les mène à un état de sidération. Cet état entraîne une perte d'informations car la patiente « n'entend qu'une petite partie de ce qui est dit. » Les patientes ne sont pas les seules à être touchées. « Lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle le professionnel peut se trouver confronté à différents sentiments » comme « la peur des réactions émotionnelles » ce qui peut modifier sa prise en charge. D'après l'HAS, « les médecins minimisent souvent la charge de leurs émotions personnelles lors de l'annonce. Or, les professionnels sont eux aussi soumis à l'angoisse de la situation de leurs patients et

peuvent mettre en place des mécanismes de défense qu'il est utile de reconnaître ». Le professionnel, s'il est conscient de ses limites, peut « mieux aborder l'annonce » grâce à une série de questions, proposées par l'HAS (9). Cet outil lui permet de s'interroger avant sa rencontre avec la patiente, pendant et après, de la façon suivante : « Quel rôle vais-je avoir dans la prise en charge du malade ? », « Quelles sont les limites ? », « Que sais-je des options thérapeutiques, des prises en charge possibles et de leurs conséquences ? », « Que sais-je du rapport bénéfice-risque de chacune de ces prises en charge ? », « Lui ai-je laissé la possibilité de poser toutes ses questions ? », « Suis-je en mesure de savoir ce qu'il a compris ? », « Qu'a-t-il retenu de la consultation ? ». Cela peut donc amener le professionnel de santé à reformuler, par exemple, ou à proposer une consultation de suivi. La particularité des consultations d'annonce des pertes de grossesse précoces réside dans leur caractère imprévisible. Ce ne sont jamais des consultations programmées à la différence des annonces de diagnostic de cancers par exemple. En cancérologie, il est recommandé de planifier les consultations après réception de tous les résultats biologiques ou d'imagerie et de « donner lieu à un temps spécifique » (11), d'après le référentiel organisationnel d'évolution du dispositif d'annonce d'un cancer de 2019. Les consultations d'annonce des pertes de grossesse précoces ont lieu dans la grande majorité des cas dans le service des urgences gynécologiques. Ainsi la patiente est prise en charge par des internes en médecine ou par des professionnels de santé de garde qui peuvent avoir à prendre également en charge simultanément d'autres urgences. Il s'agit d'un élément de contexte qui doit être souligné. Cela fait de la consultation d'annonce des pertes de grossesse précoces un cas à part parmi les autres types de consultation d'annonce de diagnostic pour lesquels les professionnels peuvent se préparer ou anticiper l'accueil des patients. Il existe certains ingrédients qui aident à réaliser l'annonce d'un diagnostic : le temps, l'écoute, le choix des mots et le suivi de l'annonce. « L'écoute active est une réponse à l'impact traumatique » de l'annonce, d'après l'HAS.

Ainsi, l'annonce de ce diagnostic peut avoir un effet traumatique sur les patientes qui le reçoivent. Ce traumatisme vient s'ajouter à celui déjà causé par la perte de grossesse elle-même. Les pertes de grossesse précoces ont un impact psychologique important sur les femmes qui les vivent puisqu'elles peuvent entraîner de l'anxiété, des symptômes dépressifs voire un stress post-traumatique (12). D'après la revue de la littérature de Séjourné et al. (12), lors d'une perte de grossesse précoce, la souffrance ressentie s'apparente dans 40 % des cas à de la tristesse et « le score moyen de chagrin

est comparable à celui des personnes ayant perdu un proche ». On note également que « la prévalence d'état de stress post-traumatique était de 25 % un mois après la perte et de 7 % quatre mois après ». Le deuil qui concerne les pertes de grossesse est appelé deuil périnatal. Ce deuil spécifique met en jeu la perte d'un être qui n'existe pas encore pour la société. La particularité des pertes de grossesse précoces vient notamment de l'absence de corps du futur enfant. Le processus de deuil est mis en difficulté car les parents ne peuvent pas voir l'objet de leur chagrin. Il n'existe pas de rituel ou de cérémonie suite à cette perte pour représenter son importance dans la vie des parents. Depuis quelques années, une communauté de parents appelés *paranges* et notamment de mères appelées *mamanges* a été mise en place pour échanger sur leur vécu sur les réseaux sociaux. Ce terme *parange* a fait l'objet d'une proposition à l'Assemblée Nationale début 2021 afin de reconnaître le statut de parents à des personnes dont « l'enfant [...] n'est plus » (13).

A ce jour, malgré la complexité et les enjeux liés à l'annonce d'une perte de grossesse précoce, la formation initiale des professionnels de santé à ce sujet est quasi inexistante. Nous avons cherché à évaluer les pratiques professionnelles du point de vue des patientes. En effet, nous souhaitons trouver la meilleure manière de prendre en charge les patientes dans un service chargé de contraintes extérieures aux professionnels de santé. Une piste pourrait résulter dans le fait de rendre la consultation d'annonce la moins traumatisante possible afin de ne pas ajouter de traumatisme à celui de la perte de grossesse précoce vécu par la patiente.

Par cette étude nous avons souhaité répondre à la question suivante : comment les patientes vivent-elles la consultation d'annonce du diagnostic de leur perte de grossesse précoce ?

La suite du mémoire est organisée de la manière suivante. Une première partie traite de la méthodologie de l'étude. Une seconde partie est consacrée à l'analyse des résultats de l'étude. Puis une discussion est proposée avant de conclure en fin de mémoire.

Méthodologie

1. Description de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative prospective descriptive réalisée du 15 juillet au 30 octobre 2022, au CHU Jean Minjoz à Besançon. L'objectif principal de cette étude était de décrire le vécu des patientes à propos de l'annonce du diagnostic de leur perte de grossesse précoce. L'objectif secondaire était d'évaluer le contenu de la consultation aux urgences gynécologiques du point de vue des patientes, dans le cadre de la prise en charge d'une perte de grossesse précoce afin d'améliorer les pratiques.

2. Matériel

2.1. Population étudiée

La population étudiée concernait les patientes qui ont consulté aux urgences gynécologiques du CHU de Besançon et qui ont reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce sur la période du 15 juillet au 30 octobre 2022.

2.2. Critères de non inclusion

Les critères de non-inclusion étaient la barrière de la langue, l'analphabétisme, l'illettrisme, l'existence d'une tutelle, l'âge inférieur à 18 ans, une perte de grossesse à un terme supérieur à 14 SA ou une grossesse extra-utérine.

3. Méthode

3.1. Déroulement de l'étude

Avant de commencer l'étude, nous avons obtenu l'autorisation auprès de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) et du chef du pôle Mère-Femme du CHU Minjoz.

Cette étude s'est déroulée en trois temps distincts.

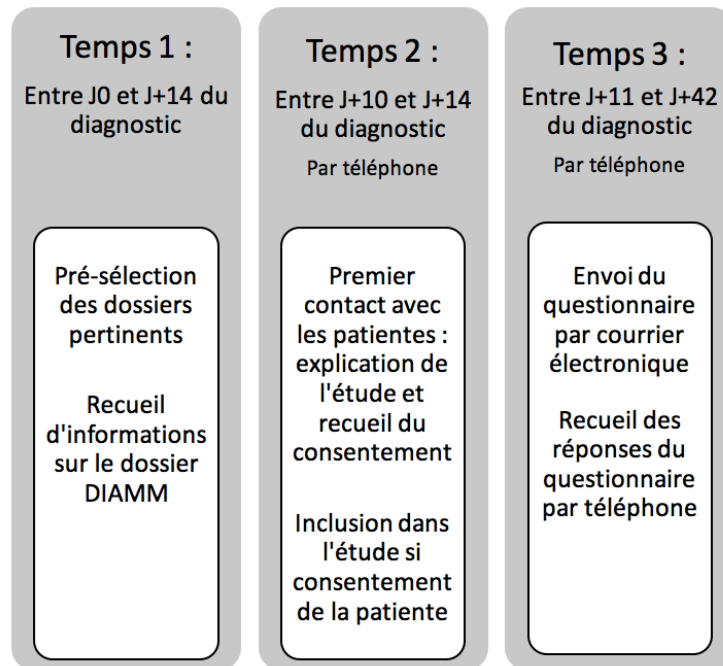


Figure 1. Schéma de l'étude

Temps 1 : Entre J0 et J+14 du diagnostic

L'étude était incluse dans le parcours de soin des patientes puisqu'elle évaluait leur vécu suite à la consultation d'annonce du diagnostic de perte de grossesse précoce aux urgences gynécologiques.

Ainsi, en tant que professionnels de santé prenant en charge les patientes, nous avons pu consulter le « Dossier Informatif Adaptatif pour le Monde Médical » (DIAMM) des patientes ayant reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce et y recueillir des informations pertinentes à l'étude afin de limiter le temps du questionnaire téléphonique.

Temps 2 : Premier contact entre J+10 et J+14 du diagnostic

Nous avons pris contact avec toutes les patientes ayant consulté aux urgences gynécologiques et ayant reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce sur la période d'étude. Ce premier contact a permis d'informer les patientes de l'existence de notre étude et de son objectif et de recueillir oralement leur consentement. Les informations des patientes ne souhaitant pas participer à l'étude ont été détruites.

Les patientes qui ont accepté de participer à l'étude ont communiqué leur adresse électronique pour pouvoir recevoir le questionnaire. Si la patiente était disponible au moment de l'appel, le questionnaire a été réalisé directement, après

réception par courrier électronique. Dans le cas contraire, un rendez-vous a été fixé entre J+11 et J+42 en fonction des disponibilités de la patiente.

Temps 3 : Entre J+10 et J+42 du diagnostic

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique aux patientes ayant consenti à participer à l'étude au moins 15 minutes avant l'heure prévue du rendez-vous téléphonique pour faciliter la compréhension des questions. L'investigateur principal a ensuite lu les questions et recueilli les réponses des patientes par téléphone.

Après le questionnaire téléphonique, et en fonction des besoins des patientes, les coordonnées d'un ou une psychologue du pôle mère-femme ainsi que des urgences psychiatriques du CHU Jean Minjot ont été proposées aux patientes. L'investigateur principal a également informé les patientes de la possibilité de consulter leur gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste si elles en ressentaient le besoin.

3.2. Méthode de mesure

Afin de mener notre étude, les outils suivants ont été utilisés :

- **Recueil de données dans le dossier médical informatisé des patientes**
 - Âge en années ;
 - Antécédents obstétricaux ;
 - Date et heure de la consultation où le diagnostic a été donné (jour de semaine ou week-end/jour férié, la journée ou la nuit) ;
 - Suite de la prise en charge pour la patiente (type de méthode : chirurgicale, médicamenteuse ou expectative).
- **Questions relatives à l'annonce du diagnostic et à la consultation aux urgences gynécologiques**

Un questionnaire a été élaboré pour répondre à nos objectifs en l'absence de questionnaire validé existant sur le sujet dans la littérature (Annexe 1).

Quatre thèmes principaux ont été abordés :

- Le moment de l'annonce de la perte de grossesse ;
- Le vocabulaire employé ;
- Le temps d'intégration et la bonne compréhension des informations reçues ;
- Le sentiment d'être écoutée.

3.3. Méthode d'analyse

Une feuille de calcul Microsoft Office Excel a été utilisée pour recueillir et consigner les différentes variables ainsi que les réponses aux questionnaires. Lors de l'inclusion dans l'étude, un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente. Ce numéro a ensuite été reporté sur tous les questionnaires.

Résultats

1. Taux de participation à l'étude

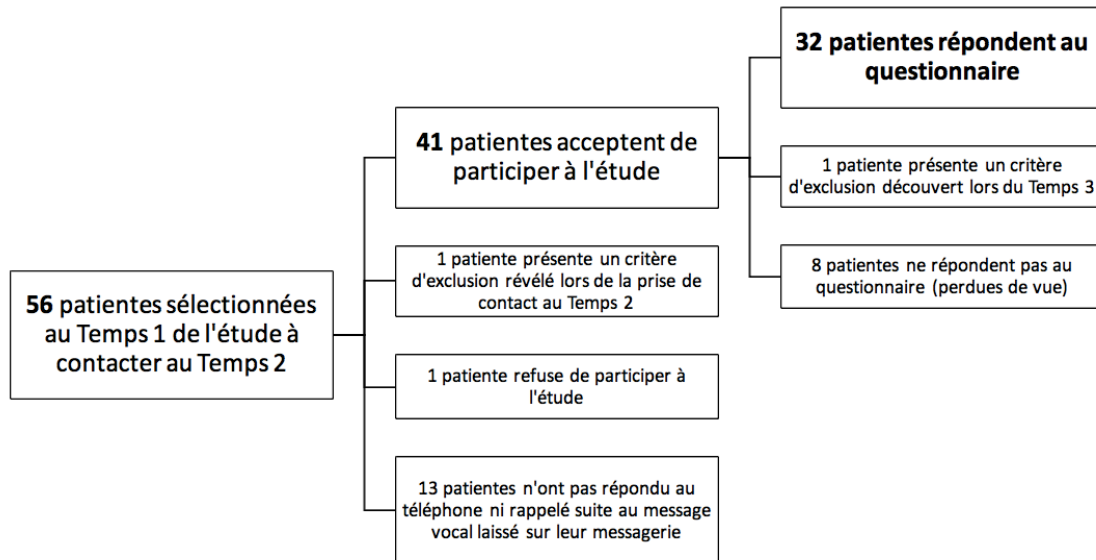


Figure 2. Taux de participation à l'étude

Parmi les 56 patientes contactées par téléphone sur la période du 15 juillet au 30 octobre 2022, 41 patientes ont accepté de participer à l'étude (voir Figure 2). Parmi ces 41 patientes, 32 ont effectivement répondu au questionnaire. Ainsi, 57,14 % des patientes contactées ont répondu au questionnaire. Parmi les patientes ayant accepté de participer à l'étude, 78,05 % ont répondu au questionnaire.

2. Caractéristiques de la population

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population

Population globale (n=32)		
	n (%) ou m [min-max]	
Age (en années)	31,03	[19-48]
< 25	3	(9,38)
25-30	13	(40,63)
31-35	10	(31,25)
> 35	6	(18,75)
Antécédents obstétricaux		
Gestité	2,41	[1-6]
Parité	0,94	[0-3]
Nombre de pertes de grossesse antérieures	0,55	[0-4]
Moment de la consultation aux urgences gynécologiques		
Jour ouvrable et journée	24	(75,00)
Week-end ou Nuit	8	(25,00)
Moment de l'annonce du diagnostic		
Aux urgences gynécologiques	22	(68,75)
Avant la consultation aux urgences gynécologiques	10	(31,25)
Type de perte de grossesse précoce		
Grossesse arrêtée précoce	16	(50,00)
Avortement spontané précoce	16	(50,00)

* n= effectif m=moyenne

3. Réponses au questionnaire

3.1. Moment de l'annonce du diagnostic aux urgences gynécologiques

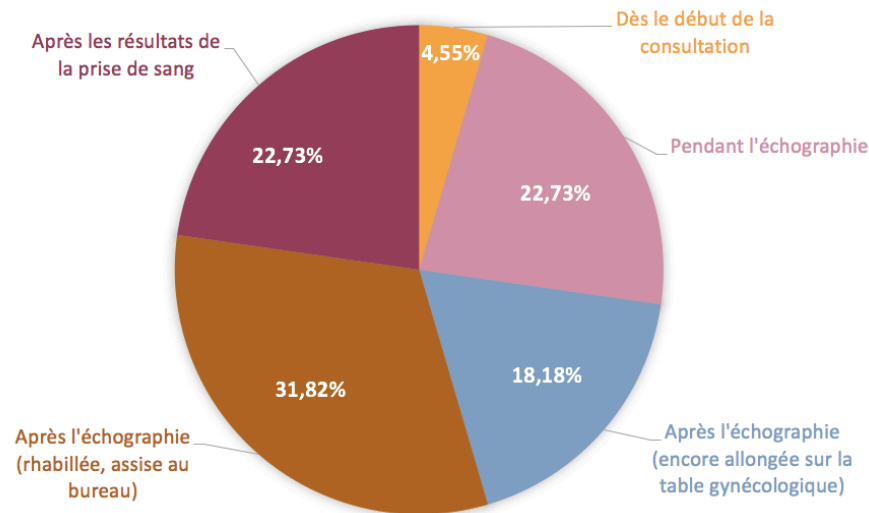


Figure 3. Moment de l'annonce du diagnostic

Parmi les 22 patientes ayant reçu l'annonce du diagnostic lors de la consultation aux urgences gynécologiques, 50 % d'entre elles ont été informées du diagnostic sur la table d'examen gynécologique et 50 % assises au bureau.

Les patientes étaient généralement satisfaites du moment de l'annonce, quel qu'il soit. En effet, 68,18 % d'entre elles n'auraient pas préféré recevoir l'information à un autre moment de la consultation. Les réponses varient parmi les cinq patientes qui auraient préféré recevoir le diagnostic à un autre moment. Par exemple, deux patientes ayant reçu le diagnostic après l'échographie, en étant rhabillées, assises au bureau auraient préféré être informées pendant l'échographie. Concernant la satisfaction des sept patientes ayant reçu le diagnostic après l'échographie, en étant rhabillées, assises au bureau, 71,43 % d'entre elles n'auraient pas changé le moment d'annonce du diagnostic. Le tableau 2 reprend pour chacune de 22 patientes leur satisfaction du moment de l'annonce du diagnostic ou à défaut le moment qu'elles auraient préféré pour recevoir cette annonce.

Tableau 2. Satisfaction du moment de l'annonce du diagnostic

Patiente	Moment de l'annonce	Satisfaction du moment de l'annonce	Moment préférable pour l'annonce
n°1	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Oui	-
n°2	Après l'échographie (encore allongée sur la table gynécologique)	Non	Plus tôt au cours de l'échographie ou bien après, rhabillée et assise au bureau
n°3	Après l'échographie (encore allongée sur la table gynécologique)	Oui	-
n°4	Pendant l'échographie	Oui	-
n°5	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Oui	-
n°6	Pendant l'échographie	Oui	-
n°7	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Oui	-
n°8	Pendant l'échographie	Sans avis	-
n°9	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Oui	-
n°10	Pendant l'échographie	Oui	-
n°11	Pendant l'échographie	Oui	-
n°12	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Oui	Pendant l'échographie
n°13	Dès le début de la consultation	Non	Tout d'un coup
n°14	Après les résultats de la prise de sang	Non	Dès le début de la consultation
n°15	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Non	Pendant l'échographie
n°16	Après les résultats de la prise de sang	Oui	-
n°17	Après l'échographie (encore allongée sur la table gynécologique)	Oui	-
n°18	Après les résultats de la prise de sang	Oui	-
n°19	Après les résultats de la prise de sang	Oui	-
n°20	Après les résultats de la prise de sang	Oui	-
n°21	Après l'échographie (encore allongée sur la table gynécologique)	Sans avis	-
n°22	Après l'échographie (rhabillée, assise au bureau)	Oui	-

Dix autres patientes n'ont pas reçu de diagnostic aux urgences gynécologiques. Neuf d'entre elles avaient reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce lors d'une échographie avant de se présenter aux urgences gynécologiques. Ces patientes avaient réalisé une échographie dans le cadre de leur suivi du début de grossesse, soit pour une échographie de datation soit pour l'échographie du premier trimestre. Pour huit patientes le diagnostic de grossesse arrêtée précoce a été posé lors de cette échographie. La neuvième patiente a reçu un diagnostic d'avortement spontané précoce à la suite d'une

échographie programmée. En revanche, la dixième patiente n'a pas réalisé d'échographie de diagnostic. Elle a « *saigné abondamment brutalement et [n'a] pas eu besoin de consulter un professionnel pour savoir ce qu'il se passait* ». À son arrivée aux urgences gynécologiques, cette patiente a été prise en charge dans le cadre d'un avortement spontané précoce hémorragique.

3.2. Environnement de la consultation d'annonce

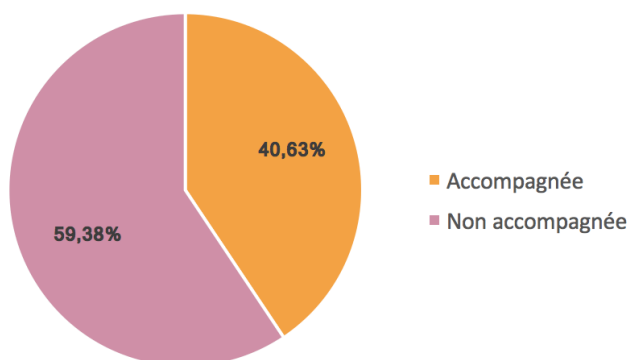


Figure 4. Patientes accompagnées ou non lors de la consultation

La majorité des patientes n'étaient pas accompagnées lors de cette consultation soit 59,38 %, soit 19 patientes. Parmi ces 19, 16 se sont exprimées sur leur désir d'être accompagnées ou non. 75 % de ces 16 patientes non accompagnées lors de la consultation auraient préféré l'être, soit 12 patientes. Ces patientes étaient venues seules majoritairement pour des raisons d'organisation familiale ou parce qu'elles pensaient venir pour un examen de contrôle. Une patiente n'avait pas souhaité être accompagnée puisque son « *conjoint avait dû rester dans la salle d'attente pendant une consultation* » la semaine précédente.

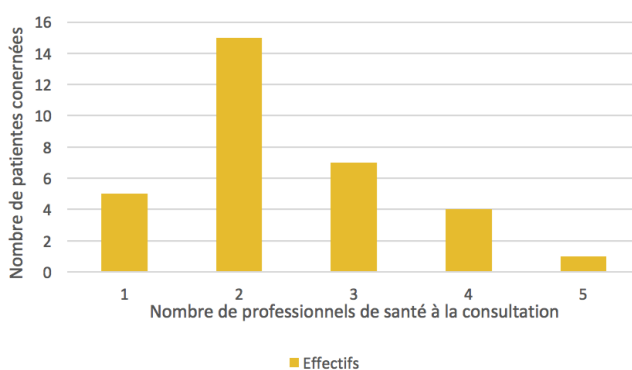


Figure 5. Nombre de professionnels de santé présents lors de la consultation

En moyenne, les patientes ont vu 2,41 professionnels de santé. 15 patientes ont vu deux professionnels de santé.

Tableau 3. Ressenti des patientes face au nombre de professionnels vus

ressenti nombre de professionnels	ressenti			
	Positif	Neutre	Négatif	Partagé
1	1	3	1	0
2	3	6	1	2
3	1	4	1	1
4	0	2	1	0
5	1	0	0	0
Effectif	6	15	4	3

Parmi les 28 patientes qui ont évalué leur ressenti face au nombre de professionnels rencontrés, 75,00 % ont eu un ressenti positif ou neutre. Le ressenti neutre a été défini pour toutes les réponses qui s'apparentaient à « *ça ne m'a pas dérangé* » ou « *cela ne m'a rien fait ressentir de particulier* ». Les six patientes qui ont eu un ressenti positif ont vu en moyenne 2,5 professionnels (de 1 à 5). Les 15 patientes qui ont eu un ressenti neutre ont vu en moyenne 2 professionnels (de 1 à 4). Les autres, c'est-à-dire les sept patientes qui ont rapporté un ressenti négatif ou partagé ont vu en moyenne 2,4 professionnels de santé (de 1 à 4). Le tableau 3 résume le ressenti des patientes face au nombre de soignants rencontrés lors de la consultation.

La consultation a été interrompue par des événements extérieurs comme par exemple, la sonnerie du téléphone du médecin ou la nécessité pour elle ou lui de s'absenter de la pièce pour 14 patientes. Dix de ces 14 patientes, soit 71,43 % d'entre elles, ont rapporté un ressenti neutre face à cette ou ces interruptions. Parmi les autres patientes, une a eu un ressenti positif. La professionnelle qui la prenait en charge a quitté la pièce pour demander un avis à un médecin sénior. Cela a « *rassuré* » la patiente et lui « *a permis de réaliser aussi émotionnellement* ». Trois patientes ont évoqué un ressenti négatif face à l'interruption de la consultation. Pour la première patiente insatisfaite, l'interruption était due à un appel téléphonique reçu pendant la consultation, débuté dans la pièce puis terminé à l'extérieur de la salle juste avant le début de

l'échographie. La patiente est « *restée déshabillée pendant tout ce temps* ». Elle a pensé qu'« *il y aurait pu avoir un drap. Même si mon conjoint me connaît, je ne voulais pas qu'il me voie de cette façon* ». Elle s'est sentie « *exposée* ». Pour la deuxième patiente, c'est lorsque « *l'interne est allée chercher la cheffe* » après l'échographie et avant d'annoncer le diagnostic que l'interruption a eu lieu. « *C'était stressant d'attendre et ne pas savoir* » a raconté cette patiente qui avait pu se rhabiller. La troisième patiente a expliqué que l'interruption a pris la forme d'un appel téléphonique pendant l'échographie endovaginale. Elle a « *été dérangée* » car selon elle « *c'est important que le médecin soit concentré pendant l'échographie* ».

27 des 32 patientes ayant participé à l'étude, soit 84,38 %, se sont senties plutôt écoutées ou tout à fait écoutées pendant la consultation. Selon elles, ce climat d'écoute a été permis par le fait qu'elles aient pu « *poser des questions* », que les professionnels se soient inquiétés de leurs interrogations et qu'elles aient senti qu'ils « *prenaient le temps* » pour elles.

3.3. Évaluation de la nécessité d'un temps de pause après l'annonce du diagnostic

Le temps de pause a été défini par l'investigateur aux patientes interrogées comme un moment où après l'annonce du diagnostic, elles ont pu être laissées seules ou avec leur accompagnant dans la salle de consultation. Le ou les professionnels de santé ont ensuite poursuivi la prise en charge et l'information à leur retour dans la pièce. Sur les 22 patientes ayant reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce lors de cette consultation, cinq ont bénéficié d'un temps de pause après l'annonce du diagnostic. Parmi les cinq, trois d'entre elles ont trouvé ce temps de pause utile car il leur a permis de « *débrief* » ou de « *réaliser* » ce qu'elles étaient en train de vivre. L'une d'elles a dit : « *c'est bénéfique. On se retrouve dans le familier parce que les médecins sont sympas mais c'est des inconnus* ». Et parmi ces 3 patientes ayant apprécié le temps de pause, seule une était accompagnée par un proche lors de la consultation. 75 % des patientes, qui n'ont pas bénéficié d'un temps de pause, n'auraient pas souhaité en avoir un, car pour la plupart, elles n'en éprouvaient pas le « *besoin* » ou souhaitaient « *partir* » pour « *rentrer chez* » elles. Quatre patientes auraient souhaité un temps de pause. Selon elles, « *ce serait comme un temps de décompression, même que 2 minutes, où on est seuls dans la pièce.* » Ce moment pourrait permettre de « *réfléchir* », de « *réaliser* », de

se « remettre de [ses] émotions » et surtout de « pouvoir écouter ce qui allait être dit ». Une des patientes qui n'a pas bénéficié d'un temps de pause a révélé ne pas avoir été « disponible » pour la suite de la consultation.

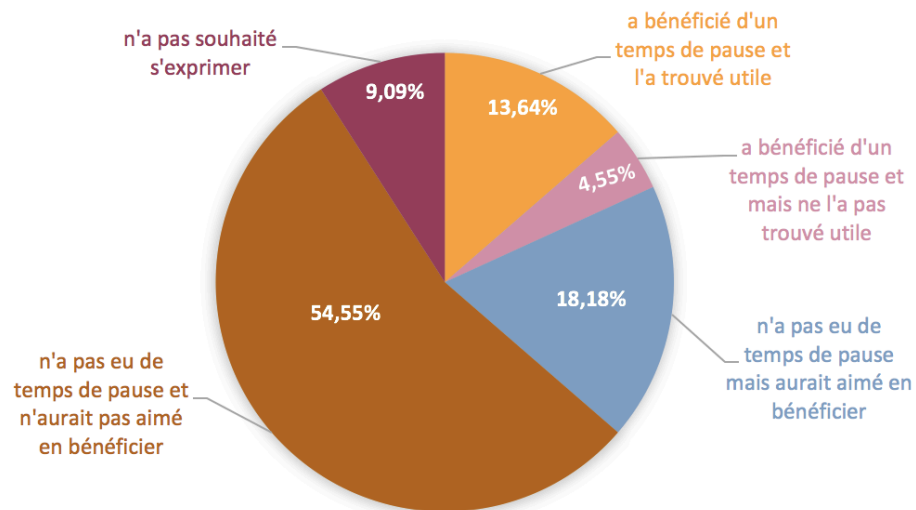


Figure 6. Évaluation de la satisfaction du temps de pause

3.4. État d'esprit et compréhension des patientes

Nous nous sommes intéressées à la possibilité que les patientes aient pensé perdre cette grossesse avant la consultation d'annonce. Parmi les 22 patientes ayant reçu le diagnostic lors de cette consultation aux urgences gynécologiques, 95,45 % d'entre elles pensaient que la grossesse n'allait pas se poursuivre ou avaient des doutes à ce sujet, soit 21 patientes. Une patiente n'avait pas imaginé que sa grossesse aurait pu s'arrêter. Elle a déclaré à ce sujet : « *Je venais pour savoir si ça allait bien, j'ai été choquée.* »

27 des 32 patientes ayant répondu au questionnaire (84,38 %) ont dit avoir compris les informations reçues lors de la consultation. Deux patientes n'ont plutôt pas compris ces informations alors que trois patientes estiment en avoir eu une compréhension partielle.

3.5. Description de la façon dont le diagnostic a été annoncé



Figure 7. Description de l'annonce du diagnostic

Les 22 patientes qui ont reçu le diagnostic aux urgences gynécologiques ont décrit la façon dont ce diagnostic leur a été annoncé. La figure 7 est un nuage de mots qui illustre leur ressenti de l'annonce du diagnostic. Les couleurs utilisées n'ont pas de signification attachée, il s'agit d'un choix esthétique. Il s'agit de la liste exhaustive des mots choisis par les patientes. La taille des mots est proportionnelle à la fréquence de leur emploi sur l'ensemble des questionnaires, ceci permet d'apprécier l'importance relative de certains mots par rapport aux autres dans le ressenti des patientes. Par exemple, le mot « *écoute* » a été employé six fois et le mot « *froide* » quatre fois.

Parmi ces 22 patientes, 22,73 % (voir figure 8), soit 5 patientes ont révélé avoir été dérangées voire choquées par des termes employés par des professionnels de santé lors de l'annonce du diagnostic de leur perte de grossesse précoce. Une première patiente a vu son vécu banalisé avec la phrase « *Ça arrive souvent* » suivie de « *Vous n'êtes pas la première ni la dernière* ». Une deuxième patiente a rapporté que la professionnelle de santé « *aurait pu le dire moins froid, là c'était comme si elle n'était pas intéressée. Elle a dit que tout était fini qu'il n'y avait plus rien à faire.* » Une troisième patiente a révélé que le médecin lui a dit « *Voilà, il faut prendre les médicaments, voilà vous allez saigner beaucoup* ». Une autre patiente a été un peu choquée quand l'externe

lui a demandé « *Est-ce que c'est une IVG ?* » alors qu'elle avait déjà expliqué plusieurs fois pourquoi elle consultait. Cela a entraîné de l'anxiété chez elle en se demandant « *Est-ce qu'ils ont lu mon dossier ? Est-ce que je vais être bien prise en charge ?* » Cette patiente a été dérangée quand on lui a parlé de « *matériel de fausse-couche* » pour parler de ce qu'elle avait expulsé. Une dernière patiente a été perturbée lorsque l'interne « *a parlé de fausse-couche ou de GEU. J'ai eu peur quand elle a parlé du bilan pour le méthotrexate [avec le fait que c'est] un produit hyper puissant* ».

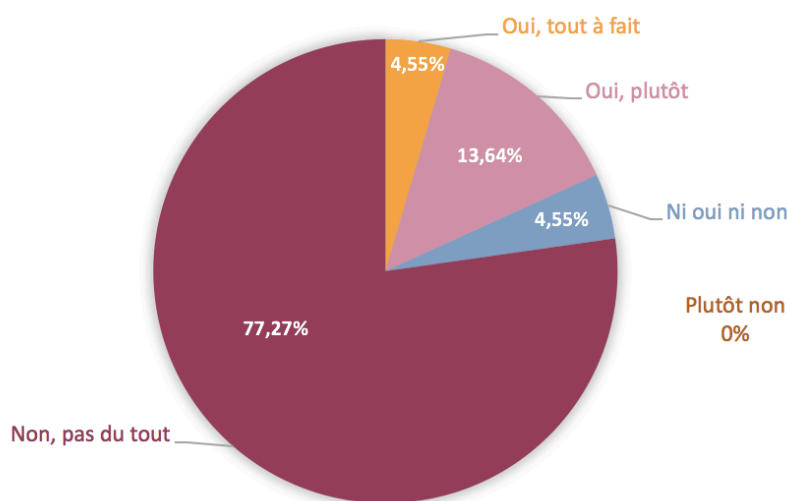


Figure 8. Termes dérangeants ou choquants employés lors de l'annonce

Sur les 22 patientes ayant reçu le diagnostic aux urgences gynécologiques, 15 patientes, soit 68,18 % (voir figure 9), ont considéré que des termes ou phrases employés lors de l'annonce de leur diagnostic les avaient aidées. Huit patientes parmi ces 15 ont été déculpabilisées par les professionnels qui les ont prises en charge. L'une d'elles a rapporté : « *On nous a rappelé que ce n'était pas de notre faute et rassuré que ce n'était pas nous le problème.* » Parfois des explications sur l'étiologie probable de la perte de grossesse ont été évoquées comme « *c'est le facteur pas de chance* », « *c'est un problème de chromosome* » ou « *c'est assez courant, surtout pour une première grossesse* ». Trois patientes ont raconté avoir reçu un « *message d'espoir* » comme par exemple, « *ça ne se [reproduira] pas forcément pour la deuxième grossesse, elle m'a dit que je pouvais continuer les essais bébé* ». Ou alors, il a une « *forte probabilité que la prochaine fois soit la bonne* ». Et encore, « *il n'y a pas besoin d'attendre, de reprendre une pilule. On peut retenter* ». Une patiente a été rassurée « *par rapport au curetage [...] dans le sens que ce n'est qu'une petite opération rapide* ». Deux patientes ont apprécié

l'information et le questionnement sur leur état psychologique. L'une des deux a confié que l'interne lui « *a demandé si ça allait psychologiquement. Elle m'a demandé si je voulais aller voir un psychologue. Elle me l'a conseillé. Du coup, je suis allée* ». La deuxième a déclaré que l'interne lui « *a suggéré de faire un suivi psy : d'aller voir un psychologue, autant moi que mon mari. Je me suis sentie suivie, que ça arrivait souvent mais que ça n'était pas banal* ». Deux autres patientes ont été aidées par des phrases prononcées lors de la consultation comme « *Vous avez le droit de pleurer* », « *Bon courage* » ou le fait qu'on lui ait « *posé la question du consentement pour mettre le spéculum, pour l'échographie* ». L'une des 22 patientes, s'est sentie aidée non « *pas [par] des mots mais des actions* ». Le fait que l'interne prenne « *le temps ; elle tourne l'écran [de l'échographe], montre sur l'écran et explique* ».

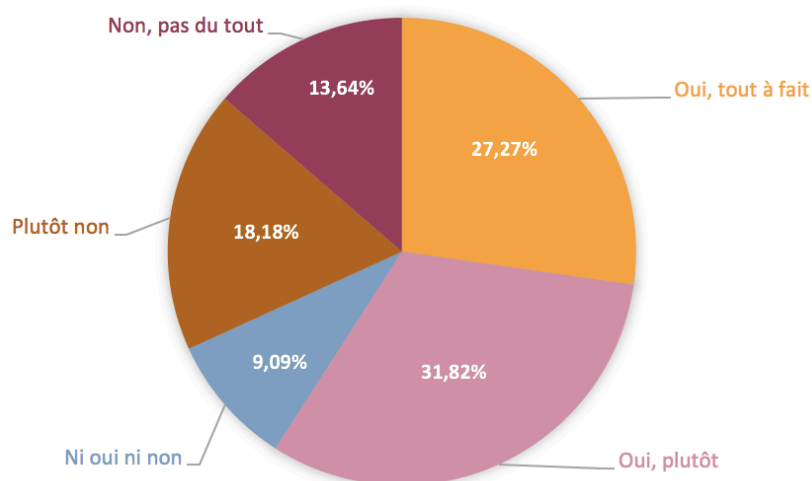


Figure 9. Termes positifs employés lors de l'annonce

3.6. Évaluation de la qualité de la consultation d'annonce par les patientes

La note moyenne de la consultation était de 8,07 sur 10 sur l'échantillon total des 32 patientes, les notes allant de 5 à 10 sur 10. Pour les 22 patientes ayant reçu le diagnostic lors de cette consultation aux urgences gynécologiques, la note moyenne était de 8,24 sur 10 avec une amplitude allant de 6 à 10 sur 10.

3.7. Remarques et axes d'améliorations de la consultation par les patientes

En fin de questionnaire, les patientes ont été invitées à donner leurs remarques ou propositions d'amélioration de la consultation liée à leur perte de grossesse précoce. Cela a donné lieu à de nombreuses propositions qui peuvent être regroupées en plusieurs catégories. On retrouve dans l'étude des remarques liées à :

- la prise en charge à l'accueil des urgences ;
- l'attente pendant et avant la consultation ;
- le déroulement de la consultation ;
- l'annonce du diagnostic en elle-même ;
- la relation soignant-soigné ;
- la proposition d'un arrêt de travail ;
- la recommandation d'un ou une psychologue ;
- le manque d'informations liées à l'après-perte de grossesse ;
- la prise en charge chirurgicale.

À propos de la prise en charge à l'accueil des urgences, les patientes auraient souhaité qu'on leur demande d'abord le motif d'entrée aux urgences. En effet, le recueil de leur identité leur a paru long. Elles ont remarqué un manque de pudeur quant au motif de leur présence aux urgences vis-à-vis des personnes dans la salle d'attente. Nous avons sélectionné quelques remarques des patientes.

« C'est seulement au bout de 10 minutes qu'on m'a demandé pourquoi je venais alors que c'est important. »

« J'ai dû répéter trois fois le motif de ma consultation alors que je savais que je venais pour une grossesse arrêtée. »

« Je suis arrivée aux urgences en pleurant et la dame de l'accueil demande le motif de consultation tout fort devant tout le monde. À cause de la vitre, elle n'entend pas donc il faut parler fort et répéter. »

L'attente en général a été mentionnée à 17 reprises par les patientes concernant l'attente en salle d'attente et pendant la prise en charge. L'attente a été jugée trop longue et accompagnée d'un manque d'informations. De plus, les patientes n'avaient pas accès ni au réseau téléphonique GSM ni au réseau téléphonique et étaient mal installées. L'absence de réseau a rendu difficile voire impossible la communication avec

l'entourage. La cohabitation avec les patientes enceintes en fin de grossesse (grossesse visible) ou sur le point d'accoucher au sein de la salle d'attente était difficile du point de vue psychologique. S'il n'y avait pas de nécessité médicale de rester aux urgences, les patientes ont apprécié pouvoir sortir dans l'attente des résultats de la prise en sang et revenir après.

« Attente de 1h30. Attente très longue, on ne comprend pas. À l'accueil, ils pourraient dire : on est désolé, il y aura de l'attente car il y a des autres personnes. »

« C'était juste long. J'étais dans un état de fatigue. Je n'étais pas dans une bonne installation. J'aurais été mieux allongée. »

« Attente de trois quarts d'heure pas trop dérangeante. L'aide-soignante venait me voir toutes les 10 minutes. C'est passé vite. » [en attendant le médecin de garde dans le box des urgences.]

« C'est long d'autant plus qu'il n'y a pas de réseau et que j'étais inquiète. »

« La salle d'attente avec les femmes enceintes, ça met mal à l'aise, c'est ce que j'ai le plus mal vécu. »

« Je suis repartie pendant 1h30 en attendant les résultats de la prise de sang parce que j'habitais à côté. C'était bien, ça. »

« On m'a changé de salle plusieurs fois. J'aurais pu sortir un coup avant les résultats de la prise de sang. »

Le déroulement de la consultation a fait l'objet de nombreuses remarques au niveau du respect de la pudeur et de l'appréciation du consentement quand il est respecté mais ce n'est pas toujours le cas. Des remarques ont aussi porté sur la consultation du dossier médical et des informations qu'il contient.

« J'aurais aimé pouvoir être couverte d'un drap ou autre pendant que je suis installée sur le siège pour l'échographie. » [La patiente a attendu déshabillée sur le siège d'échographie pendant une interruption de la consultation.]

« C'est bien de mettre un paravent pendant l'échographie, il n'y en a pas dans toutes les salles. »

« J'ai patienté dans une salle mais avec une autre patiente. Il y avait quand même un paravent entre nous deux. » [En attendant le médecin sénior]

« À chaque fois qu'elle faisait un acte ou un soin, elle me demandait si j'étais prête, si j'avais mal. Elle a pris le temps. Elle me demandait : « Si vous avez mal vous me le dites. » Pendant l'échographie, elle m'expliquait : « Vous voyez, etc. » Elle me

demandait : « Est-ce que je vous fais mal ? » « Est-ce que vous voulez que j'aille doucement ? »

« Là, on m'a posé la question du consentement pour mettre le spéculum, pour l'échographie, mais pas à la consultation de contrôle. »

« Elle a pris le temps de regarder le dossier. »

« C'est pénible à l'arrivée de devoir répéter trois fois la même chose : à l'infirmière, à l'externe et à l'interne. »

« C'est lourd. On m'a redemandé plusieurs fois les mêmes informations et de reraconter pourquoi j'étais là. J'avais mes comptes rendus de consultation avec moi. J'aurais aimé que mes comptes rendus soient lus ou que les professionnels regardent mon dossier avant de venir me voir. » [Les questions répétées lui ont provoqué de la crainte et de l'anxiété.] « Est-ce qu'ils ont lu mon dossier ? » « Est-ce que je vais être bien prise en charge ? »

Concernant l'annonce du diagnostic en elle-même, les patientes ont rapporté qu'elles auraient souhaité que les praticiens s'adaptent à elles. Elles auraient aimé une explication avec des mots simples en nommant ce qui se passe. Une annonce bien réalisée a pu permettre à une patiente d'en parler à ses proches non présents à la consultation. Par ailleurs, les patientes auraient souhaité qu'on leur propose un temps de pause après cette annonce.

« Je ne l'ai pas mal vécu. Et c'est dur d'annoncer. Elle me l'a bien annoncé, ça m'a aidé à l'annoncer au papa et à mon petit garçon. Ça n'aurait pas pu être mieux. »

« C'est important de prendre le temps d'expliquer avant de donner le verdict. Expliquer ce qui se passe (comme les signes cliniques ou par exemple qu'il n'y a pas ou plus d'activité cardiaque) et de dire qu'il faut mettre fin à cette grossesse. » [Il s'agissait de la prise en charge d'une grossesse arrêtée précoce]

« Ce qui m'a vraiment dérangée c'est le fait de ne pas dire le diagnostic pendant l'écho. Elle m'a dit : « Rhabillez-vous, je vais tout vous expliquer. » Alors je lui ai demandé ce qu'il se passait et elle m'a redit : « Rhabillez-vous et je vais tout vous expliquer. »»

« Ce serait mieux d'annoncer la chose de manière moins froide, en plus expliqué. Me dire que j'avais fait une fausse-couche par exemple, là elle ne me l'a pas dit. »

« Ça pourrait être bien de poser la question pour savoir si on veut un temps de pause. » [Après l'annonce du diagnostic]

La relation soignant-soigné a une place importante dans les remarques des patientes puisque qu'elles sont 10 à l'évoquer. Les patientes ont révélé des bonnes expériences comme des mauvaises, constituant un échantillon hétérogène. La place des étudiants ainsi que la pédagogie vis-à-vis des patientes est abordée. La prise en compte de la douleur par l'équipe médicale a pu diverger entre les patientes.

« Il faut plus prendre en considération la personne. »

« Il faut prendre le temps avec les patientes, notamment avec les pertes de grossesse. On sent qu'elles n'ont pas le temps. »

« Il faut avoir de l'empathie. »

« C'est la première fois où on me l'a dit de la bonne manière et que la prise en charge était au top, j'ai été prise en charge avec bienveillance. C'était parfait. Enfin il n'y a pas de perfection mais ça s'en approche. » [Il s'agit d'une patiente ayant vécu plusieurs pertes de grossesse précoces.]

« Mais quand je parlais, l'interne ne tapait pas sur son PC, elle me regardait dans les yeux. La communication non verbale me rassurait. »

« C'était comme en classe, il lui explique comment faire [le médecin à l'étudiant]. Ils chuchotent entre eux. » *« Le médecin a chuchoté « C'est fichu... » au stagiaire. »* [Le stagiaire n'a pas réussi à mettre le spéculum alors le médecin lui a expliqué comment faire.] Pendant l'explication et l'examen au speculum, la patiente a dit s'être « sentie à l'écart ». La patiente demande pendant le questionnaire téléphonique : *« Est-ce que c'est possible de choisir qu'on me touche qu'une seule fois ? parce que ça gêne, ça dérange. »*

« Il aurait dû tourner l'écran pour me montrer que le cœur ne bat pas. » [Pendant l'échographie]

« Je n'ai pas été jetée dehors après. On m'a gardé plus de sept heures comme j'avais très mal. J'étais incapable de rentrer chez moi dans cet état. Et on ne m'a pas laissée toute seule. L'infirmière venait souvent voir comment j'allais et si la douleur partait. »

Un médecin a dit à une patiente de : *« ne pas appeler et de ne pas venir si [j'ai] des douleurs parce que c'est normal avec le médicament [GYMISO®]. Ce sont des douleurs normales. »* *« J'étais choquée par ce qu'il a dit. »*

Le thème de l'arrêt de travail a fait l'objet de six remarques. Les patientes auraient aimé qu'on leur propose un arrêt de travail au cours de cette consultation.

« L'arrêt de travail c'est pour de la convalescence autant psychologique que physique. »

« C'est gênant de devoir demander l'arrêt de travail. Ce serait mieux s'il était proposé. »

« On m'a posé la question de l'arrêt de travail : c'était bien ! »

« On ne m'a pas proposé d'arrêt de travail, là. [...] C'est la PMA qui me l'a fait du coup. Je n'ai pas osé demander aux urgences. »

Huit patientes ont insisté sur l'importance de la prise en compte de leur état psychologique au moment de la consultation et l'intérêt de leur fournir les coordonnées d'un ou une psychologue.

« J'aurais apprécié qu'elle me demande comment je me sens. »

« On n'a pas évoqué l'aspect psychologique. On ne m'a pas demandé comment j'allais et je n'ai pas eu de proposition de rencontrer un psychologue. Je ne sais pas si c'est parce que le diagnostic m'avait déjà été annoncé avant de venir aux urgences gynécologiques. »

« J'aurais aimé qu'on me dise qu'il était possible de parler avec un psychologue. Mon conjoint a trouvé un numéro sur le papier qu'on m'a donné avant que je parte mais j'aurais aimé qu'on me le dise oralement. »

« Elle m'a suggéré de faire un suivi psychologique mais ne m'a pas donné des coordonnées. »

Dix patientes ont remarqué qu'elles avaient manqué d'informations liées à l'après-perte de grossesse, à la fois concernant la suite de la prise en charge médicamenteuse, par exemple, mais aussi sur le plus long terme. Elles auraient souhaité avoir des informations écrites pour compléter celles reçues oralement et pouvoir les lire à distance de la consultation. En effet, le choc de l'annonce et le volume total des informations à intégrer est source d'oubli au retour à domicile. Des informations sur les professionnels de santé à consulter par la suite ont pu manquer.

« Ça pourrait être bien d'avoir accès à un livret d'informations (avec des questions-réponses comme : quand est-ce que l'utérus reprend sa taille d'avant ? Combien de temps durent les saignements ? Au bout de combien de temps je peux reprendre les rapports ? Au bout de combien de temps on peut retomber enceinte ? »

« Et aussi pour la suite, qu'on propose que c'est possible d'aller voir sa gynécologue ou sa sage-femme ou son médecin. J'avais des questions sur le après, j'ai pu les poser à mon médecin. »

« J'ai dû rappeler les urgences parce que je n'avais pas compris. Je saignais beaucoup. Je n'ai pas eu d'information écrite et la notice des médicaments n'était pas claire. »

Pour une patiente concernée par la prise en charge chirurgicale, la consultation d'anesthésie a été difficile à cause de la localisation du bureau de l'anesthésiste entre les urgences gynécologiques et les salles de naissances et donc l'attente avec des femmes enceintes de façon visible. Une deuxième patiente a été confrontée à l'absence de choix du mode d'anesthésie. Pour une troisième, l'attente avant la prise en charge chirurgicale a été vécue comme stressante en raison du risque d'expulsion à domicile.

« C'est un choc d'aller là où les femmes accouchent. C'est moralement dur. »

« Je voulais faire l'opération mais pas en étant totalement endormie. J'avais très peur de me faire endormir comme ça. J'ai demandé à l'anesthésiste si c'était obligé de faire l'opération avec l'anesthésie générale. Et elle m'a dit que c'est moi qui avais choisi de faire l'opération donc c'est moi qui ai décidé que j'allais avoir une anesthésie générale. » [Cette patiente a été prise en charge dans le cadre d'une grossesse arrêtée précoce à 7SA+6j.]

« Le délai pour avoir l'opération était très long. On m'a dit pour me rassurer que je n'aurais peut-être pas besoin de l'opération comme je risquais de faire la fausse-couche à la maison en attendant l'opération. Du coup j'avais la peur au ventre pendant l'attente. »

Discussion

Notre étude a été réalisée sur la période du 15 juillet au 30 octobre 2022. Elle avait pour objectif principal de décrire le vécu des patientes à propos de l'annonce du diagnostic de leur perte de grossesse précoce. Par ailleurs, évaluer le contenu de la consultation aux urgences gynécologiques du point de vue des patientes, dans le cadre de la prise en charge d'une perte de grossesse précoce afin d'améliorer les pratiques constituait notre objectif secondaire.

Nous avons interrogé 32 patientes à l'aide d'un questionnaire téléphonique élaboré au début de l'étude en l'absence de référence dans la littérature. Le but était de donner la parole aux patientes victimes d'une perte de grossesse.

1. Analyse des résultats et lien avec la littérature

Le passage aux urgences gynécologiques fait partie intégrante de la prise en charge des pertes de grossesse précoces en France mais l'annonce du diagnostic n'a pas toujours lieu à l'hôpital. Au Royaume-Uni, par exemple, il existe des services d'évaluation des grossesses précoces appelés « Early Pregnancy Assessment Unit » (14).

L'annonce du diagnostic aux urgences gynécologiques a eu lieu principalement après l'échographie où la patiente était rhabillée ou pas encore, pendant l'échographie, après les résultats de la prise de sang et pour une patiente, dès le début de la consultation (voir la figure 3). Or le moment de l'annonce n'a pas eu d'importance pour 68,18 % des 22 patientes ayant reçu le diagnostic aux urgences. Elles n'auraient pas voulu changer le moment de l'annonce. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les patientes veulent simplement savoir si leur grossesse se poursuit ou non. Pour les autres, l'annonce n'aurait pas forcément été possible à un autre moment. Par exemple, il est nécessaire d'attendre les résultats de la prise de sang avant de se prononcer pour les patientes concernées.

Par ailleurs, parmi les patientes interrogées, 10 sur 32 sont venues consulter aux urgences gynécologiques, après l'annonce de leur diagnostic (voir le tableau 1). Pour les 22 restantes, une seule patiente n'imaginait pas que sa grossesse n'allait pas se poursuivre. Ainsi la quasi-totalité des patientes ont des forts doutes sur le fait que leur grossesse se poursuive à leur arrivée aux urgences gynécologiques. On peut noter que les professionnels de santé ont devant eux dans la quasi-totalité des cas des patientes averties. Malgré tout, ces patientes sont sensibles à la qualité de l'annonce et leur lucidité ne diminue pas la difficulté de la perte. Suite à une perte de grossesse précoce, les patientes ressentent une douleur comparable à celle de la perte d'un être cher. Elles sont également en quête d'explications liées à leur perte, comme cela a été souligné par

l'étude de Lok et Neugebauer (15). Ainsi, les patientes ont besoin d'une prise en charge pédagogique et sans rapport avec leur intuition.

Le nombre de professionnels de santé intervenant au cours de la consultation, en majorité deux, est inhérente à l'organisation du CHU (voir la figure 5). Les patientes le ressentent de manière neutre ou positif dans les trois quarts des cas. De plus, le tableau 3 montre qu'il n'apparaît pas de relation de causalité entre un nombre particulier de professionnels étant intervenus et le ressenti des patientes face à ce nombre de professionnels. Ces constatations semblent indiquer que l'organisation des urgences gynécologiques convient à ce type de prise en charge.

Près d'une consultation sur deux a été interrompue par un événement extérieur comme par exemple, la sonnerie du téléphone du médecin ou la nécessité pour elle ou lui de s'absenter de la pièce, ce qui est lié à l'activité intrinsèque d'un service d'urgences. Pour dix patientes cela a été ressenti comme neutre ce qui peut s'expliquer par leur connaissance de l'activité intense des urgences. Les trois patientes avec un ressenti négatif de l'interruption l'ont mal vécu car pour l'une d'elle sa pudeur n'a pas été respectée. La deuxième a été inquiète que l'interne soit allée chercher de l'aide et la troisième aurait préféré que l'appel téléphonique ait lieu après l'échographie endovaginale, à l'extérieur de la pièce, par exemple. Bien que les urgences aient un mode de fonctionnement entraînant de nombreuses interruptions, on s'aperçoit que c'est plus la manière de gérer l'interruption que l'interruption en elle-même qui pose problème aux patientes. L'amélioration de cette gestion est possible comme la présence d'un drap pour préserver l'intimité des patientes.

Même si on peut penser qu'un temps de pause dans la consultation juste après l'annonce du diagnostic soit un élément important du vécu positif de la consultation, il apparaît que cela n'est pas le cas. En effet, la figure 6 montre que 54,55 % des patientes (12 des 22 patientes concernées) n'ont pas eu de temps de pause et n'auraient pas souhaité en bénéficier. La question du temps de pause ne leur a été d'ailleurs posée qu'au moment du questionnaire de l'étude. Elles ont toutes justifié leur ressenti car elles souhaitaient rentrer chez elles. On ne peut donc pas présager de la manière dont elles auraient réagi si on leur avait proposé ce temps de pause au cours de la consultation. On observe sur cette figure que seulement près de 32 % des patientes ont trouvé le

temps de pause utile ou auraient aimé en bénéficier. Les patientes qui ont bénéficié de ce temps de pause ont dit que cela leur a permis de réaliser la situation et ainsi d'être disponible mentalement pour la suite de la consultation. C'est exactement ce qu'auraient voulu les patientes en demande d'un temps de pause qu'elles n'ont pas eu. Ces dernières n'étaient en effet que peu attentives pour la fin de la consultation. L'ensemble des réponses sur ce sujet indique qu'il ne faut pas rendre le temps de pause post-diagnostic obligatoire mais par contre le proposer systématiquement aux patientes.

La grande majorité des patientes rapportent une bonne compréhension globale des informations reçues. En effet, elles constituent 27 des 32 patientes formant l'échantillon total. Les patientes interrogées révèlent néanmoins un manque d'informations concernant la suite de leur prise en charge et l'après perte de grossesse précoce. Il apparaît utile de réaliser un livret d'informations à destination des patientes vivant une perte de grossesse précoce et de leur entourage. Ce livret pourrait reprendre des explications données à l'oral sur la posologie des médicaments prescrits dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse, la durée et l'abondance normale des saignements et les raisons qui pourraient amener à une nouvelle consultation. Des informations concernant le fonctionnement de leur corps après la perte de grossesse précoce (volume de l'utérus, cycle hormonal, montée de lait, etc.) ou la reprise de la sexualité par exemple, pourraient compléter ce livret. Enfin, le volet deuil périnatal devrait figurer en bonne place accompagné de ressources (livres, sites internet, réseaux sociaux, etc.) avec notamment une aide pour que les patientes puissent l'expliquer à leurs enfants et leur entourage. Des coordonnées d'associations et de professionnels spécialisés pourraient également y figurer. Voici la liste des associations utiles sur ce sujet : Empreintes, Hespéranges, Petite Émilie, Nos tous petits, Naître et vivre, Agapa, L'Enfant Sans Nom - Parents Endeuillés (ESNPE), Association SPAMA : Soins Palliatifs et Accompagnement en Maternité (16–23). L'association Coccinelle organise des rencontres entre parents victimes de deuil périnatal et a une antenne à Besançon (24).

Par ailleurs, les patientes sont demandeuses de la prise en compte de leur état psychologique par les professionnels de santé lors de la consultation aux urgences gynécologiques. Huit d'entre elles évoquent cet aspect des choses. Certaines d'entre elles souhaiteraient bénéficier d'aide psychologique en ayant accès aux coordonnées d'un ou une psychologue. Celles qui ont bénéficié de l'attention à leur état psychologique

et de coordonnées l'ont apprécié. L'une d'elle a apprécié la prise en compte de l'état mental de son conjoint aux urgences gynécologiques. Ainsi le livret dont il a été question au paragraphe précédent pourrait être complété avec une liste de coordonnées de psychologues spécialisés dans la prise en charge du deuil périnatal des patientes et de leur partenaire. L'étude de Murphy et al. n'a pas réussi à mettre en évidence qu'une prise en charge psychologique des patientes victimes d'une perte de grossesse précoce avait un impact sur les conséquences psychologiques à long terme liées à cette perte (25). Une prise en charge psychologique obligatoire et systématique des patientes ne semble ainsi pas nécessaire. Néanmoins, l'étude de Legendre et al. signale qu'au vu des scores d'anxiété et de dépression élevés à la suite immédiate de la perte de grossesse, un soutien psychologique pourrait être proposé pour aider les patientes dans ces moments (26). Le mémoire de sage-femme de Valentine Cornu rapporte que les professionnels interrogés (médecins et internes) « ne [...] proposaient pas systématiquement » de suivi psychologique aux patientes à la suite de l'annonce d'une perte de grossesse précoce (27). En effet, « 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 figures 7 à 9 montrent la manière dont l'annonce du diagnostic a été perçue par les 22 patientes qui ont reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce lors de la consultation aux urgences gynécologiques.

La figure 7 rend compte de la perception par les patientes de la façon dont l'annonce du diagnostic a été faite par les professionnels de santé, en utilisant les mots employés par les patientes. Les mots les plus utilisés sont « écoute », « bienveillance » et « empathie » respectivement six, cinq et six fois chacun dans l'étude pour les mots positifs. Sur les 38 mots différents retrouvés dans le questionnaire, seuls 10 d'entre eux peuvent apparaître négatifs comme le mot « froide » choisi quatre fois. On peut noter la qualité de l'annonce et l'effort porté pour qu'elle soit bien perçue par les patientes.

La figure 8 nous montre que malgré le caractère très douloureux de l'annonce, la très grande majorité des patientes ne se rappellent pas de termes dérangeants ou choquants employés par les professionnels, soit 77,27 % d'entre elles. Cinq patientes ont été dérangées à des degrés divers par un ou des termes employés.

La figure 9 illustre la part des mots aidants ou positifs dans les annonces avec 68,18 %, soit 15 patientes qui rapportent avoir entendu des mots aidants ou positifs lors de l'annonce du diagnostic. On peut noter l'impact de ces termes positifs ou vus comme aidants sur les patientes puisqu'elles s'en souviennent encore au moment de leurs réponses au questionnaire, à distance de la consultation aux urgences gynécologiques.

Dans les remarques libres en fin de questionnaire, les patientes se sont exprimées à propos de l'annonce du diagnostic en elle-même. Elles auraient souhaité que les professionnels de santé utilisent des mots plus simples sans minimiser la situation. Ainsi, il leur serait plus facile de communiquer à ce sujet avec leur entourage.

Face à ce constat, les praticiens pourraient s'appuyer sur les qualificatifs choisis par les patientes pour progresser. Cela constitue en effet une forme de feedback anonyme précieux pour les professionnels et les étudiants. Une liste des termes choquants à ne plus employer et de termes vus comme aidants à utiliser pourrait être mise à la disposition des praticiens dans le but d'améliorer encore le niveau de la prise en charge des patientes. Il pourrait exister des séances de simulation d'annonce du diagnostic de perte de grossesse précoce, comme dans l'étude de Shanks et al. (28). Malgré les résultats non significatifs de cette étude, les sujets étant des internes en médecine, on pourrait imaginer une issue différente si l'étude était réalisée en France et avec des étudiants plus jeunes comme des externes. En 2021, Valentine Cornu dans son mémoire a interrogé 10 médecins à l'aide d'entretiens semi-dirigés (cinq internes et cinq chefs) travaillant aux urgences gynécologiques de deux hôpitaux d'Île de France. L'objectif « final était de montrer une variation dans les pratiques ainsi que des difficultés pouvant rendre l'annonce insatisfaisante ». Les professionnels ont été interrogés au sujet de la formation théorique ou pratique reçue sur les annonces de mauvaise nouvelle et surtout les pertes de grossesse précoces. La formation reçue semble dépendre des cursus, des lieux de stage ou d'enseignement. « 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 professionnels ayant bénéficié d'une formation théorique ne l'ont pas jugé suffisante. « 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. » De plus, l'utilisation de simulations ou jeux de rôles permettrait de ne pas s'entraîner sur les patientes et de consolider la théorie (27). En 2022, une étude menée sur des échographistes en Île de France renforce l'idée qu'une « formation à l'annonce »

pourrait être bénéfique (29). En effet, réaliser une annonce est difficile du point de vue des soignants comme nous l'avons évoqué en introduction.

Bien qu'une marge de progression existe, les 32 patientes notent à plus de 8 sur 10 leur perception de leur passage aux urgences. 10 étant la note maximale. Cette note s'améliore passant de 8,07 à 8,24 si on ne considère que les 22 patientes ayant reçu le diagnostic de perte de grossesse précoce aux urgences gynécologiques. Rappelons qu'il s'agit d'une moyenne, ce faisant, il est important de ne pas oublier l'amplitude afin de continuer à toujours progresser vers une meilleure prise en charge.

La prise en charge à l'accueil des urgences gynécologiques a fait l'objet de nombreuses remarques notamment sur le fait que les patientes auraient aimé qu'on leur demande pourquoi elles sont venues avant de leur demander leur identité et ce de manière plus discrète. Une sensibilisation du personnel accueillant les patientes à ce problème semble possible afin d'améliorer l'expérience des patientes à leur arrivée aux urgences.

Les patientes ont parfois noté un manque de respect de leur pudeur ou du consentement. Ces patientes constituent un très faible pourcentage des patientes interrogées montrant ainsi la prise de conscience sur ce point des professionnels de santé. Il paraît nécessaire de poursuivre l'effort mené en la matière. Les patientes y sont d'autant plus sensibles depuis la dénonciation des violences gynécologiques. Un ouvrage de 2017, écrit par Mélanie Déchalotte, a permis de révéler une partie des violences gynécologiques en France (30).

À la dernière question du questionnaire, certaines patientes ont évoqué le fait qu'elles auraient souhaité qu'on leur propose un arrêt de travail. À ce sujet, en Nouvelle-Zélande, les femmes ayant vécu une fausse-couche ont droit à un congé payé de trois jours ainsi que leur partenaire, depuis le 24 mars 2021 (31). En France, début 2022, une proposition de loi a été déposée afin d'améliorer la prise en charge des pertes de grossesse précoces (32). Cette proposition prévoit de revoir la prise en charge médicale et psychologique des pertes de grossesse précoces. Et l'article 2 propose de créer un congé spécial de trois jours sur le modèle de la Nouvelle-Zélande. Néanmoins, cette proposition de loi a été retirée au cours de l'été 2022. Il paraît logique dans l'attente d'une

proposition adaptée du législateur de proposer des arrêts de travail aux patientes vivant une perte de grossesse précoce. Cela pourrait permettre de supprimer des consultations inutiles chez des médecins généralistes. Les arrêts de travail dans ces situations ont plusieurs fonctions : une patiente n'est pas en état de travailler si elle subit d'importantes douleurs ou si elle saigne abondamment. Dans le cas des prises en charges médicamenteuses, la patiente a besoin d'avoir accès à des toilettes à proximité, de manière intime et prolongée ce qui n'est pas compatible avec un environnement professionnel. De plus la patiente peut ne pas être en capacité psychologique de travailler pendant quelques jours suite à cette perte. Un arrêt de travail d'une semaine pourrait lui permettre de vivre le début de son deuil plus sereinement.

Concernant, la prise en charge du côté anesthésique, une patiente n'a pas pu choisir le mode d'anesthésie pour la prise en charge chirurgicale de sa grossesse arrêtée précoce à 7SA+6j. La patiente avait peur de subir une anesthésie générale. D'après les recommandations de 2014 du CNGOF, dans le cadre d'une perte de grossesse précoce, « l'aspiration chirurgicale doit être préférée au curetage car elle est plus rapide, moins douloureuse et moins hémorragique » (33). Il n'existe pas de recommandations anesthésiques concernant la prise en charge chirurgicale des pertes de grossesse précoces. Or la technique d'aspiration chirurgicale est la même pour la technique instrumentale dans le cadre des IVG que pour la prise en charge chirurgicale des pertes de grossesse précoces. D'après les recommandations de 2016 du CNGOF au sujet de l'IVG, on note une absence « de différence cliniquement significative en termes de risque entre anesthésie générale et anesthésie locale ». « Le type d'anesthésie doit être laissé au choix de la femme après explication du rapport bénéfice-risque » (34). En 2001, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a établi en partenariat avec notamment la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) des recommandations pour la prise en charge des IVG. Ces recommandations ont été mises à jour en 2010 (35). « La patiente doit être informée sur les différentes modalités d'anesthésie possibles (anesthésie générale ou anesthésie locale) ; le choix du type d'anesthésie revient à la patiente. »

2. Critique de l'étude

2.1. Limites de l'étude

Pour la réalisation de cette étude, nous avons choisi d'interroger les patientes par le moyen d'un questionnaire. La limite induite par cette méthodologie est qu'en l'absence de questionnaire validé, nous avons dû le réaliser, à partir de la littérature scientifique.

Le recrutement des patientes s'est révélé difficile dans le sens où toutes les patientes n'ont pas souhaité participer à l'étude. Leur témoignage aurait peut-être changé la portée des résultats. L'étude de Punches et al. (36) confirme les difficultés que nous avons observé dans le recrutement des patientes vivant une perte de grossesse précoce pour participer à des études même dans le but d'améliorer leur prise en charge.

2.2. Forces de l'étude

A notre connaissance, il n'existe pas d'études scientifiques similaires réalisées en France qui prennent en compte le vécu de la consultation d'annonce du diagnostic aux urgences gynécologiques dans le cadre des pertes de grossesses précoces. Il s'agit d'un sujet encore tabou dans notre société et d'intérêt majeur d'un point de vue de santé publique comme le montre le titre de l'étude de Quenby et al. « Miscarriage matters » (1). Des études ont été réalisées sur le vécu de la perte de grossesse en elle-même en évaluant l'anxiété, les signes dépressifs, l'état de stress post-traumatique à la découverte de la perte de grossesse puis à distance mais celles-ci ne se sont pas intéressées au vécu même de la consultation d'annonce (1,12,26).

Même si le taux de réponse à l'étude est de 57,14 % par rapport à toutes les patientes contactées, la méthodologie a permis d'augmenter le taux de réponses à un maximum de questions par le choix de réaliser des questionnaires téléphoniques. Le questionnaire était lu à la patiente et rempli simultanément avec elle. Cela a pris plus de temps à l'investigateur principal de téléphoner aux patientes plutôt qu'une réponse par courriel mais lui a permis de recueillir un maximum de réponses. En effet, les neuf patientes n'ayant pas répondu au questionnaire après avoir consenti à participer à l'étude, (voir Figure 2), avaient affirmé qu'elles répondraient au questionnaire par courriel mais ne l'ont pas fait.

3. Perspectives et ouverture

Toutes les patientes ayant vécu une perte de grossesse précoce n'ont pas souhaité s'exprimer. En effet, parmi les 56 patientes contactées au Temps 2 de l'étude, 42,86% des patientes n'ont pas souhaité aborder leur vécu de cette consultation. Il est donc naturel de se demander si celles qui n'ont pas répondu ont un moins bon vécu de la consultation que celles qui ont accepté de participer à l'étude.

Il serait intéressant de mener une étude multicentrique nationale afin de vérifier la portée des résultats de cette étude et ce sur une période plus longue en tenant compte de la variabilité inter-établissement de santé.

Il serait important de mobiliser les organismes de santé publique dans leurs missions d'information à destination du public et des professionnels de santé. Un livret d'information post-diagnostic fait pour les patientes et leur entourage pourrait être distribué lors de leur passage aux urgences gynécologiques, vers les professionnels de santé qui assurent leur suivi gynécologique et échographique. Le réseau périnatalité de Franche-Comté a établi un livret d'informations avec la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) concernant le deuil périnatal mais s'adresse aux pertes de grossesses tardives. Le guide de l'HAS « Annoncer une mauvaise nouvelle » (8) à destination des professionnels pourrait être enrichi d'une partie dédiée à l'annonce du diagnostic des pertes de grossesse précoces.

Conclusion

Les pertes de grossesse précoces touchent un nombre important de femmes et ont un impact sur elles.

Nous nous étions posé au départ de ce mémoire une question afin de répondre à l'objectif principal de l'étude : comment les patientes vivent-elles la consultation d'annonce du diagnostic de leur perte de grossesse précoce ? Cette étude descriptive permet de faire un état des lieux des consultations aux urgences gynécologiques du point de vue des patientes, vivant une perte de grossesse précoce. L'utilisation de données prospectives à partir de 32 questionnaires téléphoniques donne un aperçu du vécu de cette consultation. Ainsi, d'après les résultats et leur analyse, on a pu constater que l'annonce était, en moyenne, bien vécue par les patientes. Pour cela, nous nous

sommes appuyés sur plusieurs paramètres : l'écoute ressentie lors de la consultation, la description de la manière dont l'annonce a été faite, les termes employés et la notation globale estimée par les patientes sur une échelle de 0 à 10. La réponse à la question de recherche se révèle alors par la notation que les patientes ont su donner lorsqu'il leur a été demandé d'évaluer globalement l'annonce de leur perte de grossesse précoce. L'immense majorité des patientes se sont senties écoutées pendant la consultation, ont pu poser des questions et obtenir des réponses. Les trois mots les plus utilisés pour qualifier l'annonce du diagnostic par les patientes sont « écoute », « empathie » et « bienveillance ». De plus, les termes choisis par les professionnels lors de l'annonce n'ont pas dérangé ou choqué les trois quarts des patientes et se sont révélés utiles ou aidants pour plus de deux tiers des patientes. En cela le service des urgences gynécologiques peut être fier d'avoir bien su prendre en charge ces patientes face à leur perte de grossesse précoce. Cependant cette note excellente de plus de 8 sur 10 ne doit pas cacher les disparités inter-patientes et la réalité beaucoup plus complexe de leur vécu. En effet, l'étude de l'annonce du diagnostic de la perte de grossesse précoce aux patientes venues consulter les urgences met en lumière un processus complexe et une grande disparité dans les situations. Le service a su répondre globalement aux attentes des patientes en étant capable d'écoute et de bienveillance à leur égard dans la plupart des situations comme cela a été souligné précédemment.

Bien sûr des pistes d'améliorations de la prise en charge sont toujours possibles et nous les donnons en fin de mémoire. Tous les professionnels de santé ont cette mission d'offrir la meilleure prise en charge qu'il soit. Or cette prise en charge se révèle complexe dans un service sous pression qui doit sans cesse revoir ses priorités. En effet il ne faut pas minimiser la douleur et le désarroi des patientes face au drame qu'elles vivent alors même qu'elles se présentent rarement dans une situation où leur pronostic vital est engagé. Par ailleurs, trouver que l'annonce se passe toujours bien occulterait les cas les plus difficiles. Cette annonce marquera les patientes pour longtemps et toutes ne pourront pas faire systématiquement la part des choses entre le vécu de l'annonce du diagnostic d'une part et la douleur de la perte de grossesse précoce de l'autre. Ainsi, on peut se demander si la notation très positive de la consultation du ressenti moyen des patientes pourrait encore être amélioré.

Malgré cela, la formation des médecins à l'annonce des pertes de grossesse précoces par le biais de séances de simulation, par exemple, pourrait être bénéfique pour les patientes comme pour les soignants.

La présence de sages-femmes aux urgences gynécologiques pourrait être également une piste d'amélioration du vécu de la consultation d'annonce d'une perte de grossesse précoce. En effet, les sages-femmes suivent des patientes dans le cadre de leur suivi gynécologique, leur suivi de grossesse, les accompagnent au moment de l'accouchement. De plus, elles accompagnent les patientes et les couples dans le cadre des pertes de grossesse tardives. Les sages-femmes sont formées pour la prise en charge des femmes enceintes dans le bonheur comme dans la souffrance, et peuvent à ce titre représenter une ressource précieuse pour le service des urgences gynécologiques et ces patientes.

Bibliographie

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*. 1 mai 2021;397(10285):1658-67.
2. Bardos J, Hercz D, Friedenthal J, Missmer SA, Williams Z. A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstet Gynecol*. juin 2015;125(6):1313-20.
3. Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al. Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse: consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2014;43(10):756-63.
4. Avortement spontané - Gynécologie et obstétrique [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%20cologie-et-obst%20catrique/anomalies-de-la-grossesse/avortement-spontan%20c3%A9>
5. Walter MA, Alvarado MS. Clinical Aspects of Miscarriage. *MCN Am J Matern Child Nurs*. févr 2018;43(1):6-12.
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2010;34(5):12.
7. Buckman R, Kason Y, Cohen L. S'asseoir pour parler: l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Issy-les-Moulineaux, France: MASSON; 2001. x+211.
8. [mauvaisenouvelle_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
9. [fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf) [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/fiche_methode_annoncer_une_mauvaise_nouvelle_v1.pdf
10. Ruszniewski M, Zittoun RP. Face à la maladie grave: patients, familles, soignants. Paris, France: Dunod; 1999. x+206.

11. Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer .pdf.
12. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche: revue de travaux. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2008;37(5):435-40.
13. Nationale A. Proposition de résolution n°3883 visant à la reconnaissance du mot « parange » pour désigner les parents ayant perdu un enfant [Internet]. Assemblée nationale. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3883_proposition-resolution
14. Hall J, Silverio S, Barrett G, Memtsa M, Goodhart V, Bender-Atik R, et al. Women's experiences of early pregnancy assessment unit services: a qualitative investigation. BJOG Int J Obstet Gynaecol. déc 2021;128(13):2116-25.
15. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. avr 2007;21(2):229-47.
16. Empreintes Association - Accompagnement du deuil [Internet]. Empreintes. Disponible sur: <https://www.empreintes-asso.com/>
17. Hespéranges – Association d'aide au deuil périnatal [Internet]. Disponible sur: <https://www.hesperanges.fr/>
18. Homepage | Petite Emilie [Internet]. AssoConnect. Disponible sur: <https://petite-emilie.assoconnect.com/page/1471220-homepage>
19. Nos tout-petits – Accompagnement du deuil périnatal [Internet]. 2020 Disponible sur: <http://www.nostoutpetits.fr/>
20. Naître et vivre, association de lutte contre la mort inattendue du nourrisson et d'accompagnement de parents endeuillés [Internet]. Disponible sur: <https://naitre-et-vivre.org/>
21. Agapa. Agapa - Accueil, écoute et soutien [Internet]. Agapa. Disponible sur: <https://association-agapa.fr/>
22. L'Enfant Sans Nom - Parents Endeuillés [Internet]. Disponible sur: <https://lenfantsansnom.fr/>
23. SPAMA: Soins Palliatifs et Accompagnement en MAternité [Internet]. Association SPAMA. Disponible sur: <https://www.association-spama.com/>
24. Rencontres deuil périnatal/fausses-couches | Besançon | Association Coccinelle [Internet]. coccinelle. Disponible sur: <https://www.association-coccinelle.fr/rencontredeuil-p%C3%A9rinatal-grossesses-spontan%C3%A9ment-arr%C3%AAt%C3%A9es>
25. Murphy FA, Lipp A, Powles DL. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 14 mars 2012; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008679.pub2>
26. Legendre G, Gicquel M, Lejeune V, Iraola E, Deffieux X, Séjourné N, et al. Psychologie et perte de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2014;43(10):908-17.
27. Cornu V. L'annonce de fausses-couches par les médecins: Étude qualitative dans deux hôpitaux d'Île-de-France. avr 2021;54.
28. Shanks A, Brannn M, Bute J, Borse V, Tonismae T, Scott N. Breaking Bad News: A Randomized Trial Assessing Resident Performance After Novel Video Instruction. Cureus [Internet]. 5 juin 2021; Disponible sur:

- <https://www.cureus.com/articles/60837-breaking-bad-news-a-randomized-trial-assessing-resident-performance-after-novel-video-instruction>
29. Blanchet E, Chantray AA, Sauvegrain P, Anselem O. Attitudes et vécu des échographistes lors de l'annonce d'une anomalie fœtale. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. déc 2022;50(12):753-61.
 30. Déchalotte M. *Le livre noir de la gynécologie*. Paris, France: First Editions; 2017. 487 p.
 31. La Nouvelle-Zélande crée un congé payé après une fausse couche. *Le Monde.fr* [Internet]. 25 mars 2021 ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2021/03/25/la-nouvelle-zelande-cree-un-conge-paye-apres-une-fausse-couche_6074422_3210.html
 32. Nationale A. Proposition de loi n°5100 pour une meilleure prise en charge de la fausse couche [Internet]. Assemblée nationale. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b5100_proposition-loi
 33. Beucher G, Dolley P, Stewart Z, Lavoué V, Deffieux X, Dreyfus M. Obtention de la vacuité utérine dans le cadre d'une perte de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2014;43(10):794-811.
 34. Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2016/RPC_2016_IVG.pdf
 35. 2_ANAES_Prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines.pdf [Internet]. Disponible sur: https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_ANAES_Prise-en-charge-de-l-interruption-volontaire-de-grossesse-jusqu-a-14-semaines.pdf
 36. PUNCHES BE, JOHNSON KD, ACQUAVITA SP, FELBLINGER DM, GILLESPIE GL. Barriers to Research Recruitment of Women Experiencing a Pregnancy Loss in the Emergency Department. *Adv Emerg Nurs J*. déc 2017;39(4):280-7.

Annexe

Questionnaire

1. A quel moment de la consultation l'annonce du diagnostic vous a-t-elle été faite ?
- Dès le début de la consultation
 - Pendant l'échographie
 - Après l'échographie
 - À un autre moment :

2. Auriez-vous préféré recevoir l'information à un autre moment au cours de la consultation ?
- Oui, tout à fait
 - Oui, plutôt
 - Ni oui ni non
 - Plutôt non
 - Non, pas du tout

Si oui, lequel ?

3. Lors de votre consultation, étiez-vous accompagnée par un proche (conjoint.e ou autre) ?
- Oui
 - Non

4. Si vous étiez seule, auriez-vous préféré être accompagnée ?
- Oui
 - Non

5. Combien de professionnels sont intervenus au cours de votre consultation ?
.....

6. Qu'est-ce que cela vous a fait ressentir ?
.....
.....

7. Est-ce qu'avant d'arriver à cette consultation, vous aviez pensé à la possibilité que votre grossesse puisse ne pas se poursuivre ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Ni oui ni non
- Plutôt non
- Non pas du tout

8. La consultation a-t-elle été interrompue par des événement extérieurs comme par exemple, la sonnerie du téléphone du médecin ou la nécessité pour elle ou lui de s'absenter de la pièce, etc. ?

- Oui
- Non

9. Qu'est-ce que cela vous a fait ressentir ?

.....
.....

10. Avez-vous eu un temps de pause après l'annonce du diagnostic et avant la suite de la consultation ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous trouvé ça utile ?

Si non, est-ce que vous auriez aimé avoir ce temps de pause ?

Pourquoi ?

11. De manière générale, avez-vous compris les informations reçues au cours de cette consultation (notamment au sujet des possibles causes de votre perte de grossesse précoce, la suite de la prise en charge, etc) ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt

- Ni oui ni non
- Plutôt non
- Non, pas du tout

12. Pouvez-vous citer 3 qualificatifs pour décrire la façon dont le diagnostic vous a été annoncé ?

-
-
-

13. Est-ce que certains termes employés lors de l'annonce du diagnostic vous ont dérangée voire choquée ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Ni oui ni non
- Plutôt non
- Non, pas du tout

Si oui, quels mots ?

14. À l'inverse, est-ce que certaines phrases ou mots prononcés lors de l'annonce vous ont aidée ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Ni oui ni non
- Plutôt non
- Non pas du tout

Si oui, quels mots ?

15. Vous êtes-vous sentie écoutée lors de cette consultation ?

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Ni oui ni non
- Plutôt non
- Non, pas du tout

Pourquoi ?

16. Pour nous aider dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, pouvez-vous évaluer la qualité de cette consultation entre 0 et 10 (avec 0 étant très mauvais et 10 le mieux possible compte tenu du contexte qui vous amenait à consulter).

Quel chiffre choisiriez-vous ?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

17. Avez-vous des remarques ou conseils d'amélioration pour les professionnels de santé à propos de cette consultation aux urgences gynécologiques ?

.....
.....
.....