



HAL
open science

Fausse couche, l'information de la population au service de la prise en charge

Camille Seri

► **To cite this version:**

Camille Seri. Fausse couche, l'information de la population au service de la prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2025. <dumas-05462164>

HAL Id: dumas-05462164

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05462164v1>

Submitted on 16 Jan 2026

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.



HAL Authorization

École de Sage-Femme de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Fausse couche, l'information de la population au service de la prise en charge

Camille SERI
Née le 01.05.1999
A Suresnes, Hauts-de-Seine

Mémoire présenté et soutenu le 01.04.2025
Directeur de mémoire : Professeur Mathieu LEBOEUF

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME
2025

École de Sage-Femme de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
Faculté de Médecine
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Fausse couche, l'information de la population au service de la prise en charge

Camille SERI
Née le 01.05.1999
A Suresnes, Hauts-de-Seine

Mémoire présenté et soutenu le 01.04.2025
Directeur de mémoire : Professeur Mathieu LEBOEUF

DIPLÔME D'ÉTAT de SAGE-FEMME
2025

Remerciements

Merci à **Professeur Mathieu LEBOEUF** qui a accepté de diriger ce mémoire. Merci pour vos conseils et votre encadrement.

Egalement, merci à **Mme Alexandra MUSSO**, sage-femme enseignante de l'école de sage-femme de Nice et guidante de ce mémoire. Merci pour vos précieux conseils, votre accompagnement et merci d'y avoir cru.

Je tiens également à remercier **Monsieur Toni GOUAZE**, sage-femme enseignant de l'école de sage-femme de Nice et cadre de ma promotion. Merci pour tout ce que vous faites pour nous depuis le début de l'année.

Une pensée particulière à toute **l'équipe pédagogique** de sage-femmes de l'école de Nice sans laquelle le double projet, études et sport de haut niveau, n'aurait pas pu aboutir.

Du fond du cœur, je remercie ma mère et mon beau-père d'avoir été des piliers dans mon parcours et dont l'amour inconditionnel m'a permis d'être qui je suis aujourd'hui.

Merci à ma famille pour tout leur soutien et leur amour durant ces années et depuis le début : Mamie, Papi, mon oncle Benoit.

Je tiens à exprimer ma gratitude envers toi Manu, bien plus qu'un entraîneur, qui depuis presque 10 ans maintenant m'a amenée vers le plus haut niveau, tout en m'inculquant de belles valeurs sportives et de vie.

A toi Anaïs, une véritable amie qui, armée de (beaucoup de) patience, m'a accompagnée dans ce double projet. Merci pour ton soutien indéfectible.

Profonde reconnaissance envers toi Younes pour ton soutien infailible et la personne que tu es à mes côtés.

Table des matières

1.	Introduction	8
1.1	Préambule	8
1.2	Contexte	8
1.3	Définition	9
1.4	Fréquence.....	10
1.5	Causes.....	10
1.6	Facteurs de risque	10
2.	Matériel et méthode	12
2.1	Objectif primaire.....	12
2.2	Objectif secondaire	12
2.3	Type d'étude et inclusion	12
2.4	Déroulé de l'étude	13
2.5	Analyse statistique.....	12
3.	Résultats.....	15
3.1	Caractéristique générale de la population étudiée	15
3.2	Caractéristiques sociodémographiques et antécédent de fausse couche	15
3.3	Perception de la population sur les fausses couches : causes et fréquence	16
3.4	Critère principal de jugement: score de connaissances et score d'idées reçues.....	18
3.5	Signification émotionnelle d'une fausse couche	21
3.6	Accompagnement et vécu émotionnel des répondants ayant un antécédent de fausses couche	22
3.7	Critère de jugement secondaire : vécu psychologique d'une fausse couche.....	16
4.	Discussion.....	26
4.1	Perceptions et vécu psychologique.....	26
4.2	Prise en charge psychologique et professionnels de santé	28
4.3	Points forts de l'étude	30
4.4	Limites de l'étude.....	30
4.5	Perspectives d'amélioration	31
5.	Conclusion	32
	Bibliographie	33
	Annexes	35

Liste des Tableaux et Figures

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Répartition sociodémographique des participants et antécédents de fausse couche

Tableau 2 : Score de connaissances et score d'idées reçues en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Tableau 3 : Signification émotionnelle d'une fausse couche en fonction des données sociodémographiques

Tableau 4 : Comparatif des réactions émotionnelles après une fausse couche selon différents facteurs

Tableau 5 : Étude de la corrélation entre le sentiment de solitude et l'accompagnement lors d'une fausse couche

Tableau 6 : Comparatif du score de connaissances et du score d'idées reçues selon le vécu psychologique d'une fausse couche

Listes des Figures

Graphique 1 : Causes de fausses couches selon les répondants

Graphique 2 : Analyse multivariée du score de connaissances selon les différentes caractéristiques populationnelles

Graphique 3 : Analyse multivariée du score d'idées reçues selon les différentes caractéristiques populationnelles

Graphique 4 : Analyse du soutien émotionnel et de la prise en charge médicale suite à une fausse couche

Graphique 5 : Sentiments prédominants après une fausse couche

Liste des abréviations

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

IC : Intervalle de Confiance

IF : Impact Factor

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

N : Échantillon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaines d'Aménorrhée

1. Introduction

1.1 Préambule

« La fausse couche est la première cause de consultations aux urgences gynécologiques. Courante, elle reste néanmoins méconnue. Fréquente, elle reste souvent banalisée. Pourtant, elle demeure une douleur intense, intime, morale et physique. » (3)

« Blessures silencieuses, les fausses couches engendrent encore souvent incompréhensions, honte et isolement chez de nombreuses femmes. » (3)

Chaque année, des milliers de femmes font face à cette épreuve qui entraîne des conséquences à la fois physiques : saignements, douleurs, risques d'infection ; et psychologiques : anxiété, dépression, stress post-traumatique, culpabilité. (5)

« 44 pertes de grossesse par minute », c'est le chiffre tiré du rapport de Mai 2021 de la revue médicale The Lancet (IF : 79.321), ce qui correspond à environ 23 millions sur 130 millions de grossesses chaque année. (9)

Ce chiffre élevé n'engendre pour autant pas une sensibilisation plus accrue de la population sur la connaissance des fausses couches, ni des professionnels de santé dans la prise en charge psychologique. (5)

Du côté des professionnels de santé, la fréquence est si élevée « qu'ils minimisent parfois les conséquences » selon The Lancet tandis que du côté des patients, cette épreuve, vécue comme un deuil, engendre souvent un sentiment de culpabilité et reste méconnue du grand public. (9)

1.2 Contexte

À l'échelle mondiale, l'OMS évoque le sujet de la fausse couche comme étant « tabou », « source de stigmatisation et de honte ». (1)

À travers le monde, les diverses cultures et sociétés ont des réactions et des comportements différents face à cet événement, parfois même enrichis de croyances et de mythes.

Les différents témoignages révélés par l’OMS démontrent tout de même un point commun entre toutes ces populations :

Un sentiment de culpabilité « L’accent est mis sur des facteurs liés au mode de vie, ce qui, en l’absence de réponses précises, peut amener les femmes à se sentir coupables d’avoir elles-mêmes causé leur fausse couche. » (1)

Une prise en charge pas ou peu satisfaisante « Le personnel médical a largement contribué à mon chagrin bien que je sois moi-même médecin. » (1)

Une expérience traumatisante « Ma fausse couche a été traumatisante. », « La plus traumatisante a été la première » (1)

Au niveau national, la proposition de loi enregistrée à la Présidence de l’Assemblée Nationale du 22 février 2022 révèle aussi le caractère traumatisant de cet événement, le qualifiant de « sujet tabou » et déplorant qu’il existe encore des « verrous majeurs au plan de la prise en charge physique, psychologique mais aussi en termes d’information au sein de la société ». (8)

A la suite de ce constat alarmant, une nouvelle loi datant du 8 juillet 2023 vise à favoriser l’accompagnement psychologique des femmes victimes de fausses couches. (10)

1.3 Définition

Une fausse couche spontanée est définie comme une interruption de grossesse involontaire avant la 20^{ème} semaine de grossesse (22 SA). Généralement, elle se manifeste par des douleurs abdominales, majoritairement liées aux contractions utérines, ainsi que des saignements vaginaux plus ou moins abondants. (2)

La fausse couche précoce est la perte de grossesse avant 12 semaines de grossesse (14SA).

La fausse couche tardive est la perte de grossesse entre 12 et 20 semaines de grossesse (entre 14 SA – 22 SA) (3)

Une seule fausse couche est définie comme « isolée », tandis que pour au moins trois fausses couches spontanées et consécutives avec le même partenaire, on parle de « maladie abortive » d’après le VIDAL (2), cette catégorie de fausse couche nécessite des recherches approfondies sur les causes éventuelles.

1.4 Fréquence

Environ 15% des grossesses confirmées se terminent en fausse couche. De nombreuses fausses couches passent inaperçues, car elles surviennent avant que la femme ne sache qu'elle est enceinte. (7)

Ainsi, on estime qu'une grossesse sur cinq se solde par une fausse couche et qu'une femme sur dix environ traverse une fausse couche dans sa vie. (8)

La plupart, environ 80 à 90% des fausses couches, sont observées précocement et elles sont, dans la majorité des cas, isolées. La répétition de fausses couches pour un même couple survient dans 1 à 3% des cas. (2) (11)

Les fausses couches tardives, elles, concernent moins d'1% des grossesses. (12)

1.5 Causes

Les fausses couches sont d'origine multifactorielle auxquelles se rajoutent des facteurs de risque ; mais il est souvent difficile de déterminer la cause exacte d'une fausse couche. (1)

Les fausses couches précoces sont principalement causées par des anomalies chromosomiques majeures qui empêcheront l'embryon de se développer ou qui entraîneront rapidement l'arrêt des battements du cœur d'après l'Institut National de Santé Publique du Québec. (4)

Les fausses couches tardives sont plus généralement la conséquence d'une malformation utérine (utérus cloisonné, utérus bicorne), d'un col de l'utérus ouvert ou raccourci car non fonctionnel (béance cervicale ou traumatisme du col) ou encore font suite à une infection ou une inflammation. (7)(17)

D'autres causes peuvent également être mises en évidence telles que les maladies maternelles (diabète non contrôlé, problèmes thyroïdiens...), les troubles hormonaux susceptibles d'altérer la capacité de l'utérus et plus rarement les traumatismes physiques : grave chute ou accident de la voie publique.(17)

1.6 Facteurs de risque

Les facteurs de risques sont définis comme étant l'ensemble des caractéristiques individuelles et environnementales qui augmentent la probabilité d'un trouble. (13)

Parmi eux, pour les fausses couches, les principaux facteurs de risque sont liés à l'âge maternel puisqu'à partir de 35 ans, le risque d'aneuploïdie et donc de fausses couches augmente. Le mode de vie est également un facteur à prendre en compte : la consommation excessive de tabac, d'alcool ou encore de substance illicite. L'obésité, le sous poids, les carences en vitamines, ou encore les événements stressants au cours de la grossesse sont aussi à considérer. (2) (14) (15)

2. Matériel et méthode

2.1 Objectif primaire

L'objectif primaire a été d'évaluer les connaissances et les idées reçues de la population sur les fausses couches avec pour principale hypothèse que « ces représentations influent sur l'expérience de cette population ou l'idée qu'elle s'en fait. »

2.2 Objectif secondaire

L'objectif secondaire a été de déterminer les facteurs susceptibles d'améliorer la prise en charge psychologique des patientes/couples ayant vécu une fausse couche avec pour seconde hypothèse que « certaines émotions ressenties par les couples comme la culpabilité ou la honte sont dues à des perceptions erronées de leur fausse couche. »

2.3 Type d'étude et inclusion

Il s'agit d'une étude transversale, à la fois descriptive et comparative. Elle a concerné l'ensemble de la population française âgée de plus de 18 ans.

La diffusion du questionnaire s'est étendue sur une période de 3 mois, entre le 1 juillet 2024 et le 31 septembre 2024.

Les critères d'inclusion ont été : être une femme ou un homme âgé(e) de 18 ans ou plus et vivre en France ou dans les départements ou régions d'outre-mer.

Les critères d'exclusions ont été : être mineur, ne pas habiter en France et appartenir au genre «je me définis autrement ».

2.4 Déroulé de l'étude

Il s'agit d'un questionnaire qui a été diffusé en ligne sur divers réseaux sociaux, lui-même a été inspiré du questionnaire de l'article « National Survey on Public Perceptions of Miscarriage » *Obstet Gynecol* (IF : 5.215) (6).

Le questionnaire anonyme a précisé l'inclusion des personnes âgées de 18 ans et plus, ainsi que celles qui vivaient en France uniquement. Il s'est voulu simple, rapide et clair avec un nombre limité de questions. Un total de 16 questions ont été adressées à l'ensemble de la population éligible et 11 questions supplémentaires ont été adressées à une population plus restreinte : femmes et conjoints de femmes ayant eu un antécédent de fausse couche.

Ce questionnaire a été constitué en 5 parties.

La première partie a concerné les caractéristiques sociodémographiques (générations, origines, situations familiales...).

La deuxième partie a concerné la gestité et la parité de la femme ou de la partenaire du répondant masculin.

La troisième partie a permis d'évaluer les connaissances de la population générale sur les fausses couches : fréquence et causes possibles.

La quatrième partie a été composée d'une échelle de Lickert sur la signification émotionnelle d'une fausse couche. Cette échelle a été graduée de 1 à 4 : 1 = Peu impactant, insignifiant ; 2 = Modérément impactant ; 3 = Très impactant ; 4 = Extrêmement bouleversant, vécu comme la perte d'un enfant.

La cinquième partie a uniquement concerné les femmes ou les conjoints de femmes ayant vécu une fausse couche ; elle a compris des questions globales sur l'antécédent de fausse couche, deux questions ouvertes qui ont permis aux femmes ou conjoints de relater les phrases évoquées par le corps médical qui les ont impactées positivement ou négativement ainsi que ce qu'ils auraient voulu entendre de leur entourage ou médecins durant cette épreuve. Y'a été rajoutée une échelle de Lickert visant à évaluer le vécu de leur fausse couche vis-à-vis du monde extérieur (entourage et médical) ainsi que plus personnellement leur propre ressenti. Cette échelle est graduée de 1 à 3 : 1 = D'accord ; 2 = Neutre/Indécis ; 3 = Pas d'accord.

2.5 Analyse statistique

Le recueil des données a été transféré sur un tableau Excel afin de traiter l'ensemble des données grâce au logiciel EasyMedStat.

Pour la troisième partie du questionnaire, qui visait à évaluer les connaissances et le taux d'idées reçues de la population générale, des « scores de connaissances » et des « scores d'idées reçues » ont été attribués à chacun des participants éligibles à cette étude.

Les questions étaient portées sur les fréquences et les causes possibles de fausses couches.

Concernant le « score de connaissances », chaque bonne réponse s'est vue attribuer un point et aucun point pour les réponses fausses ou lorsque l'option « incertain » était sélectionnée.

Le score qui a été attribué aux idées reçues était basé sur l'acceptation des fausses informations concernant uniquement les causes de fausses couches. Chaque réponse erronée, validant une idée reçue, s'est vue attribuer un point.

Les tableaux ont été établis à l'aide des tests de Kruskal-Wallis et de Mann-Whitney pour les analyses de variables qualitatives, ces dernières ayant été calculées avec un risque d'erreur alpha de 5%.

L'ensemble des probabilités qui ont été associées à ces tests sont considérées comme statistiquement significatives lorsque qu'on obtient $p\text{-value} \leq 0,05$.

L'analyse statistique a été réalisée avec EasyMedStat.

Pour les « Forest Plots » : une régression linéaire multivariée a été réalisée pour évaluer la relation entre le « score de connaissance » et les variables explicatives, de même pour évaluer la relation entre le « score d'idées reçues » et les variables explicatives.

Les données ont été vérifiées pour la multi colinéarité avec la technique de Belley-Kuh-Welsch. L'hétéroscédasticité et la normalité des résidus ont été évaluées respectivement par le test de White et le test de Shapiro-Wilk.

Une valeur de $p \leq 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

L'analyse statistique a été réalisée avec EasyMedStat.

3. Résultats

3.1 Caractéristique générale de la population étudiée

Les hommes et femmes âgés de 18 ans et plus, vivant en France, ont répondu de manière anonyme à ce questionnaire diffusé en ligne en juillet 2024. (n=452)

Dans cette étude, sur les 452 réponses recensées, 444 réponses ont été retenues pour être analysées.

Au total, 8 réponses ont été exclues pour non-conformité aux critères d'inclusion, parmi elles 2 réponses pour lesquelles les participants appartenaient à la catégorie de genre « je me définis autrement » et 6 réponses pour lesquelles les participants avaient répondu « ne vivant pas en France ».

Les principaux critères sociodémographiques mis en évidence dans cette étude étaient le genre, l'âge réparti en générations, l'appartenance à une croyance ou non, le niveau d'études et l'origine géographique. Deux autres variables paraissaient également pertinentes à étudier : l'appartenance à une profession dans le domaine de la santé et avoir un antécédent de fausse couche.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques et antécédent de fausse couche

Tableau 1 : Répartition sociodémographique des participants et antécédents de fausses couches

		Population générale	Population avec antécédent de fausse couche	Population sans antécédent de fausse couche	p-value	Odds Ratio Intervalle de confiance à 95%
		N= 444 n(%)	N = 70 n(%)	N = 374 n(%)		
Genres	Femmes	374(84,23)	60(85,71)	314(83,96)	0,84	
	Hommes	70(15,77)	10(14,29)	60(16,04)		
Âge	Génération babyboomer :1946-1965	34(7,66)	9(12,86)	25(6,68)	<0,001	
	Génération X et Y : 1966-1980	123(27,7)	34(48,57)	89(23,8)	0,086	
	Génération : Z : 1981-2006	287(64,64)	27(38,57)	260(69,52)	<0,001	0,33 [0,2 ; 0,56]
					<0,001	3,63 [2,1 ; 6,17]
Croyance	Oui	213(47,97)	29(41,43)	184(49,2)	0,287	
	Non	231(52,03)	41(58,57)	190(50,8)		
Étude	Avant BAC	38(8,56)	5(7,14)	33(8,82)	0,414	
	BAC	50(11,26)	5(7,14)	45(12,03)	0,817	
	Post BAC	356(80,18)	60(85,71)	296(79,14)	0,27	
Avoir un enfant	Oui	176(39,64)	56(80)	120(32,09)	<0,001	8,47 [4,53 ; 15,81]
	Non	268(60,36)	14(20)	254(67,91)		
Origines	Afrique du Nord	43(9,68)	5(7,14)	38(10,16)	0,626	
	Afrique subsaharienne	36(8,11)	8(11,43)	28(7,49)	0,516	
	Eurasienne	342(77,03)	53(75,71)	289(77,27)	0,337	
	Autres	23(5,18)	4(5,71)	19(5,08)	0,897	
					0,771	

Les variables « âge » et « avoir un enfant » ont été les seules variables qui comprenaient une différence statistiquement significative avec pour hypothèse H1 :

« La variable étudiée a une influence sur l'incidence de fausses couches. »

Sur notre population étudiée (n= 444), 15,76% (n=70) ont eu un antécédent de fausse couche, parmi elle 85,71% des répondants étaient des femmes (n=60) et 14,29% étaient des hommes (n=10).

Près de la moitié des femmes ayant eu un antécédent de fausses couches sont âgées 45 à 60 ans soit 48,6%.

Les taux de fausses couches entre la génération babyboomer et la génération Y et Z avoisinait une femme sur quatre (respectivement 9/34 et 34/123) tandis que pour la génération Z qui comprenait 90,6 % des répondants entre 18 et 30 ans le taux de fausses couches est de 27/287.

On n'a cependant observé pour les autres variables aucune corrélation avec l'antécédent de fausse couche.

3.3 Perception de la population sur les fausses couches : causes et fréquence

On a observé que 55,4% des participants ont estimé à juste titre qu'environ 20% des grossesses se soldaient en fausse couche.

La majorité, 38,3%, a pensé à tort que plus d'une femme sur deux a déjà vécu une fausse couche dans sa vie. Seulement 21% ont pensé à raison que 10% des femmes ont déjà vécu une fausse couche dans leur vie.

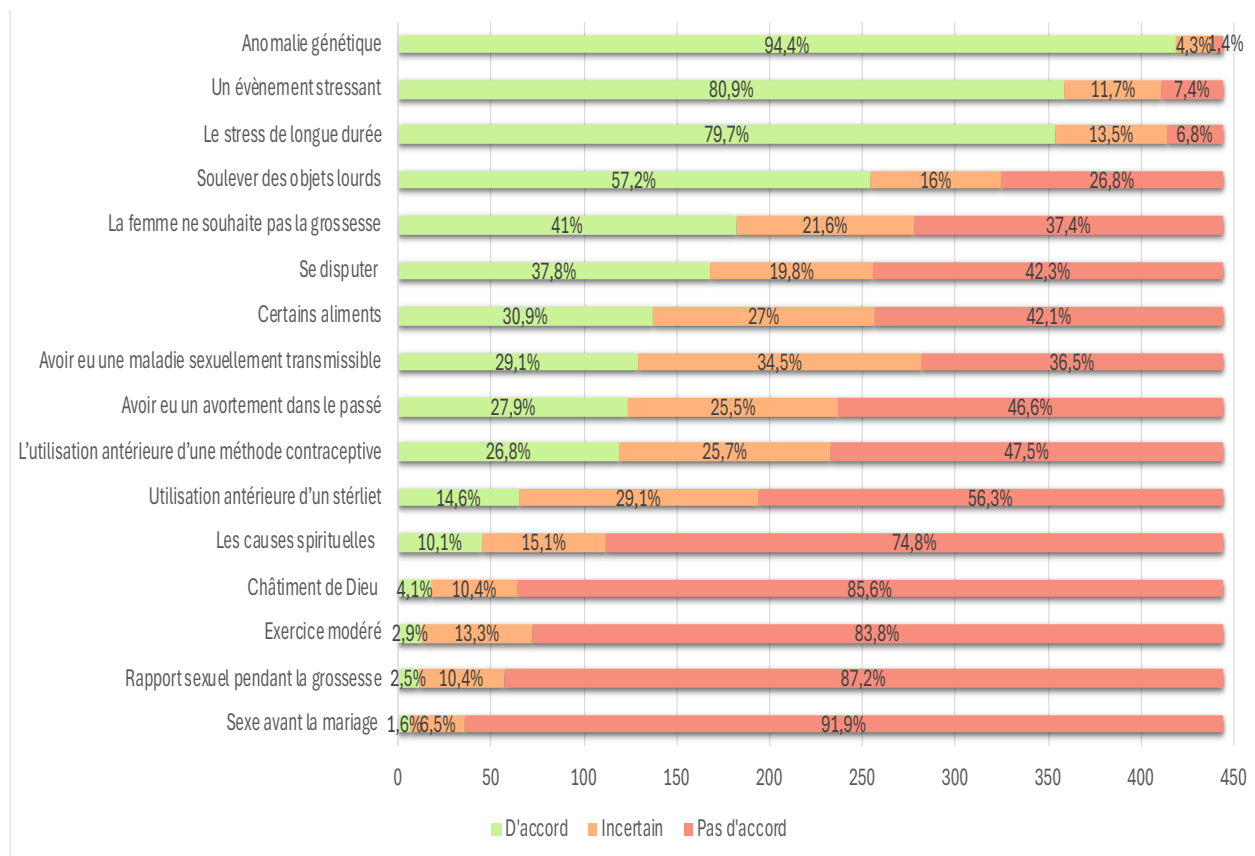
Au contraire, les hommes ont eu tendance à sous-estimer la fréquence de fausses couches par grossesse, 57,1% ont estimé qu'une fausse couche était rare et qu'elle concernait tout au plus 5% des grossesses.

Ils ont été néanmoins plus proches de la réalité concernant le pourcentage de femmes ayant vécu au moins une fausse couche dans leur vie, 48,6 % ont estimé à raison qu'une femme sur dix a traversé cette épreuve au moins une fois dans sa vie.

L'anomalie génétique a été choisie à raison par la majorité des participants, 36,7%, comme la cause la plus fréquente d'une fausse couche.

Une minorité, 9,7% a tout de même estimé à tort que les problèmes psychologiques ou le destin étaient les causes les plus fréquentes de fausse couche, dépassant les raisons médicales telles que les anomalies génétiques (chromosomiques), les pathologies maternelles ou malformations utérines.

Graphique 1 : Causes de fausses couches selon les répondants



Une grande majorité des participants 94,4% (n= 419) ont convenu à juste titre que l'anomalie génétique constitue une cause de fausse couche.

La plupart d'entre eux ont également pensé qu'un événement stressant (80,9% ; n=359) et le stress de longue durée (79,7% ; n = 354) étaient des causes de fausses couches.

Il est important de souligner qu'un grand nombre d'idées reçues sur les causes de fausses couches ont été validées à tort par les participants : « la femme ne souhaite pas la grossesse » (41%), « se disputer » (37,8%), « certains aliments » (30,9%) ou encore « l'utilisation de méthode contraceptive antérieure » (26,8%).

3.4 Critère principal de jugement : score de connaissances et score d'idées reçues

Tableau 2 : Score de connaissances et score d'idées reçues en fonction des caractéristiques sociodémographiques

		Score de connaissance Min=1/Max=17 Moyenne ± écart-type	p-value	Score d'idées reçues Min=0/Max=13 Moyenne ± écart-type	p-value
Genres	Femmes	10,01±3,51	0,0015	7,08±3,24	0,0016
	Hommes	8,69±2,76		8,27±2,65	
Âge	Génération babyboomer :1946-1965	9,94±3,21	<0,001	7,06±3,23	<0,001
	Génération X et Y : 1966-1980	10,82±3,17	0,55	6,28±2,87	0,8
	Génération : Z : 1981-2006	9,34±3,48	<0,001	7,72±3,21	<0,001
			0,004		<0,001
Croyance	Oui	9,43±3,33	0,03	7,65±3,16	0,017
	Non	10,14±3,49		6,92±3,17	
Étude	Avant BAC	8,92±3,76	<0,001	8,13±3,60	<0,001
	BAC	7,82±3,06	0,05	9,06±2,85	0,059
	Post BAC	10,17±3,06	0,01	6,93±3,08	<0,001
			<0,001		<0,001
Enfants	Oui	10,82±3,23	<0,001	6,31±3,00	<0,001
	Non	9,13±3,40		7,9±3,14	
Professionnel de santé	Oui	11,42±3,42	<0,001	5,82±3,14	<0,001
	Non	8,84±3,06		8,13±2,89	
Fausse-Couche	Oui	10,44±3,39	0,073	6,56±3,13	0,03
	Non	9,68±3,43		7,40±3,18	
Origines	Afrique du Nord	8,05±3,46	<0,001	9,16±3,08	<0,001
	Afrique subsaharienne	7,94±3,25	0,002	9,06±3,16	<0,001
	Eurasienne	10,31±3,33	0,002	6,75±3,06	<0,001
	Autres	8,43±2,84	<0,001	8,61±2,57	0,042

Pour le score de connaissances, à l'exception des personnes ayant eu ou non un antécédent de fausse couche, l'ensemble des variables étudiées ont conclu à une différence significative selon une analyse bivariée menant à accepter l'hypothèse H1 qui est :

« Il existe une différence de connaissances sur les fausses couches entre les populations étudiées ».

La variable « être professionnel de santé » a obtenu la meilleure moyenne de score de connaissances sur les fausses couches (11,42). Les répondants ayant un enfant ainsi que la génération X et Y ont obtenu la seconde place dans le score de connaissances avec 10,82 de moyenne.

Pour le score d'idées reçues, plus la moyenne était haute plus le nombre d'idées reçues sélectionnées par les répondants était élevé. L'ensemble des variables ont également conclu à une différence significative selon une analyse bivariée menant à accepter l'hypothèse H1 : « Il existe une différence d'idées reçues sur les fausses couches entre les populations étudiées ».

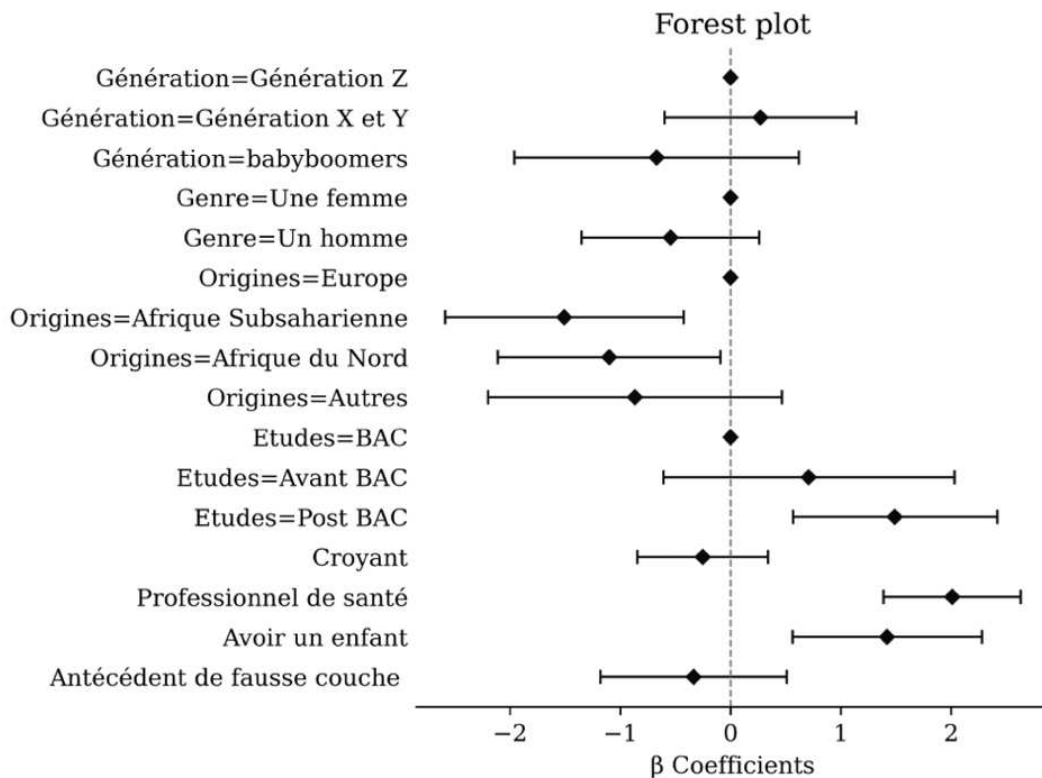
Les scores d'idées reçues les plus élevés ont été retrouvés chez les répondants originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique Subsaharienne avec une moyenne de 9,16 et 9,06.

A l'inverse, les répondants qui ont été plus sceptiques face aux fausses informations étaient les professionnels de santé, les personnes ayant un enfant ainsi que les participants ayant fait des études supérieures.

Concernant l'âge, la génération babyboomer s'est située entre les deux autres générations et n'a pas conclu pas à une différence significative de score d'idées reçues par rapport aux autres générations :

$$\text{Moy}_{\text{génération X et Y}} < \text{Moy}_{\text{babyboomer}} < \text{Moy}_{\text{génération Z}}$$

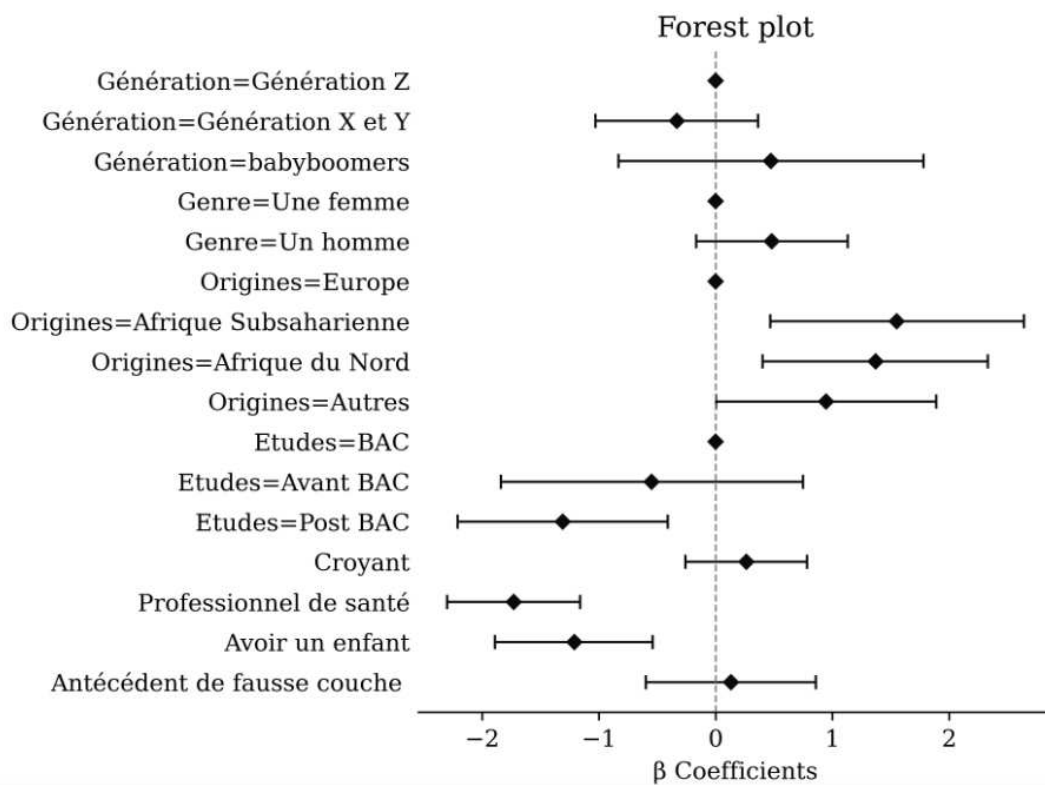
Graphique 2 : Analyse multivariée du score de connaissances selon les différentes caractéristiques populationnelles



En analyse multivariée, il en est ressorti les mêmes résultats qu'en analyse univariée pour les variables « études supérieures », « professionnels de santé » ainsi qu'« avoir un enfant » et ce, malgré l'influence des autres variables.

Pour le reste, bien qu'on a remarqué une différence, par exemple les femmes ont un meilleur score de connaissances que les hommes, elle n'était pas statistiquement significative.

Graphique 3 : Analyse multivariée du score d'idées reçues selon les différentes caractéristiques populationnelles.



En analyse multivariée, le score d'idées reçues était statistiquement significativement plus important chez les personnes originaires d'Afrique et ce, malgré l'influence des autres variables.

Les différences d'idées reçues étaient aussi présentes entre les générations, le genre et les croyances personnelles mais elles n'étaient pas statistiquement significatives en relation avec les autres variables.

3.5 Signification émotionnelle d'une fausse couche

Tableau 3 : Signification émotionnelle d'une fausse couche en fonction des données sociodémographiques

Variables	Extrêmement impactant, « vécu comme la perte d'un enfant »	Très impactant	Modérément impactant	Peu impactant, « Insignifiant »	p-value
	N= 201 n(%)	N = 176 n(%)	N = 53 n(%)	N = 14 n(%)	
Génération					0.5
Génération X et Y	57 (28.36)	46 (26.14)	14 (26.42)	6 (42.86)	
Génération Z	127 (63.18)	115 (65.34)	38 (71.7)	7 (50.0)	
Babyboomers	17 (8.46)	15 (8.52)	1 (1.89)	1 (7.14)	
Genre					0.865
Un homme	29 (14.43)	29 (16.48)	9 (16.98)	3 (21.43)	
Une femme	172 (85.57)	147 (83.52)	44 (83.02)	11 (78.57)	
Origines					0.214
Afrique Subsaharienne	18 (8.96)	11 (6.25)	4 (7.55)	3 (21.43)	
Afrique du Nord	17 (8.46)	20 (11.36)	5 (9.43)	1 (7.14)	
Autres	16 (7.96)	4 (2.27)	3 (5.66)	0 (0.0)	
Europe	150 (74.63)	141 (80.11)	41 (77.36)	10 (71.43)	
Études					0.198
Avant BAC	24 (11.94)	10 (5.68)	4 (7.55)	0 (0.0)	
BAC	22 (10.95)	17 (9.66)	9 (16.98)	2 (14.29)	
Post BAC	155 (77.11)	149 (84.66)	40 (75.47)	12 (85.71)	
Croyant					0.363
Oui	103 (51.24)	84 (47.73)	21 (39.62)	5 (35.71)	
Non	98 (48.76)	92 (52.27)	32 (60.38)	9 (64.29)	
Professionnel de santé					0.022
Oui	59 (29.35)	76 (43.18)	24 (45.28)	6 (42.86)	
Non	142 (70.65)	100 (56.82)	29 (54.72)	8 (57.14)	
Avoir un enfant					0.961
Oui	82 (40.8)	69 (39.2)	20 (37.74)	5 (35.71)	
Non	119 (59.2)	107 (60.8)	33 (62.26)	9 (64.29)	
Antécédent de fausse couche					0.169
Oui	32 (15.92)	22 (12.5)	12 (22.64)	4 (28.57)	
Non	169 (84.08)	154 (87.5)	41 (77.36)	10 (71.43)	

Il existait une différence statistiquement significative entre la variable « professionnel de santé » et la signification émotionnelle d'une fausse couche.

La fausse couche a été considérée comme la perte d'un enfant pour 86,7% des « non professionnels de la santé » contre 81,8% des « professionnels de santé », ce qui correspondait à l'échelle de la population étudiée à un peu plus d'une personne sur deux non professionnelle de santé (54,5%) contre environ un tiers des acteurs de la santé (30,5%).

Pour le reste, les données socio-démographiques recueillies ne montraient pas une différence statistiquement significative sur l'impact, la signification émotionnelle d'une fausse couche.

3.6 Accompagnement et vécu émotionnel des répondants ayant un antécédent de fausse couche.

Tableau 4 : Comparatif des réactions émotionnelles après une fausse couche selon différents facteurs

Variables	Antécédents de fausse couche N= 70 n (%)	Extrêmement impactant « vécu comme la perte d'un enfant » N=32 n(%)	Très impactant N=22 n(%)	Modérément impactant N=12 n(%)	Peu impactant, Insignifiant N= 4 n(%)	p-value
Période						0,158
Fausse couche précoce	65(92,86)	27 (84.38)	22 (100.0)	12 (100.0)	4 (100.0)	
Fausse couche tardive	5(7,14)	5 (15.62)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Soins médicaux apporté						0,08
Oui	48(68,6)	24 (75.0)	17 (77.27)	6 (50.0)	1 (25.0)	
Non	22(31,4)	8 (25.0)	5 (22.73)	6 (50.0)	3 (75.0)	
Entourage au courant						0,527
Personne	4(5,7)	1 (3.12%)	1 (4.55)	1 (8.33)	1 (25.0)	
Proches uniquement	19(27,1)	10 (31.25)	5 (22.73)	4 (33.33)	0 (0.0)	
Proches et professionnels de santé	47(67,1)	21 (65.62)	16 (72.73)	7 (58.33)	3 (75.0)	
Raison donnée						0,246
Aucune	45(64,3)	19 (59.38)	16 (72.73)	9 (75.0)	1 (25.0)	
Oui	25(35,7)	13 (40.62)	6 (27.27)	3 (25.0)	3 (75.0)	

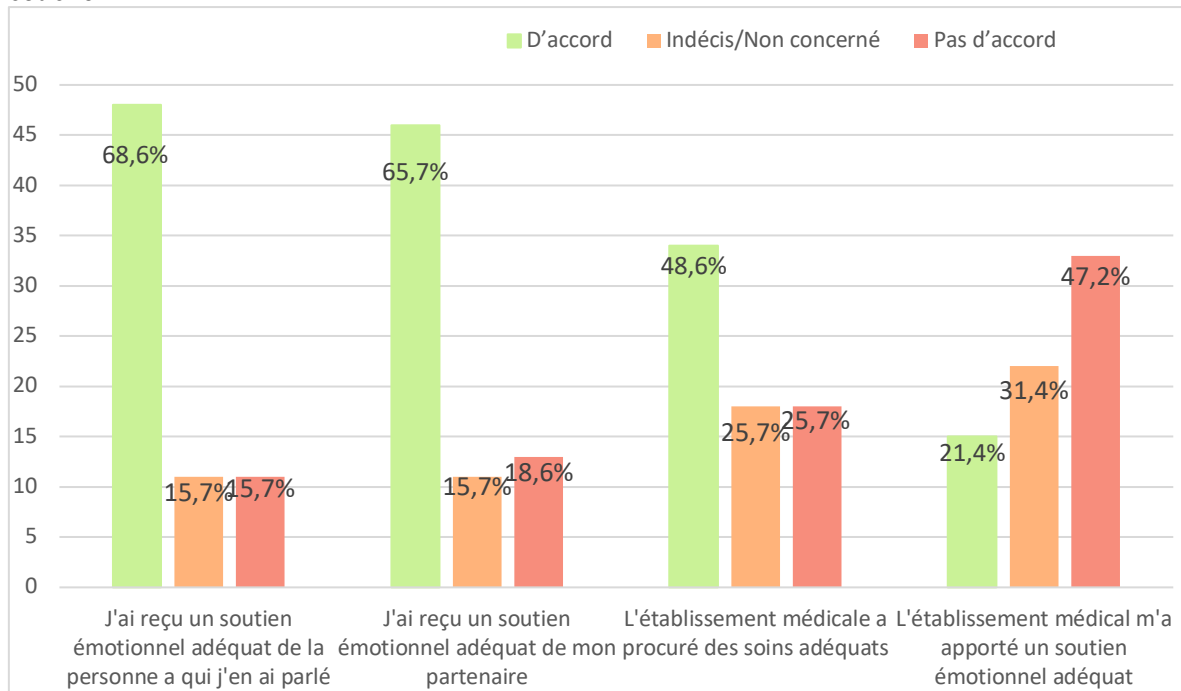
Parmi les répondants ayant fait une fausse couche, 92,86 % ont fait une fausse couche précoce, 7,14 % une fausse couche tardive. 68, 6% ont reçu des soins médicaux, 5,7% n'en n'ont pas parlé à leur proche ou à un professionnel de santé et pour 64,3% de ces répondants aucune raison ne leur a été donnée.

En cherchant à déterminer les facteurs susceptibles d'exercer une influence sur l'impact émotionnel d'une fausse couche, on a retrouvé des différences marquées en fonction de certaines variables, bien que statistiquement non significatives.

Concernant la période, 100% des répondants ayant un antécédent de fausse couche tardive ont considéré avoir perdu un enfant contre 41% des participants ayant un antécédent de fausse couche précoce et 25,7% ont considéré la fausse couche comme peu à modérément impactante. Parmi ceux qui en ont parlé uniquement à leur entourage, 52,6% l'ont considérée comme extrêmement bouleversante contre 44% de ceux qui ont pu échanger avec un professionnel de santé au-delà des soins médicaux apportés.

3.7 Critère de jugement secondaire : Vécu psychologique d'une fausse couche

Graphique 4 : Analyse du soutien émotionnel et de la prise en charge médicale suite à une fausse couche



La majorité des répondants estimaient avoir reçu un soutien émotionnel adéquat de la part de la personne envers qui ils se sont confiés (68,6%) ou de leur partenaire (65,7%).

Près d'une personne sur deux a estimé que l'établissement médicale a procuré des soins médicaux adéquats (48,6%).

Cependant ils ont été une majorité, quasiment la moitié (47,2%) a estimé que l'établissement médical ne leur a pas apporté un soutien émotionnel adéquat. Seuls 21,4% des participants se sont sentis satisfaits de la prise en charge psychologique de l'établissement.

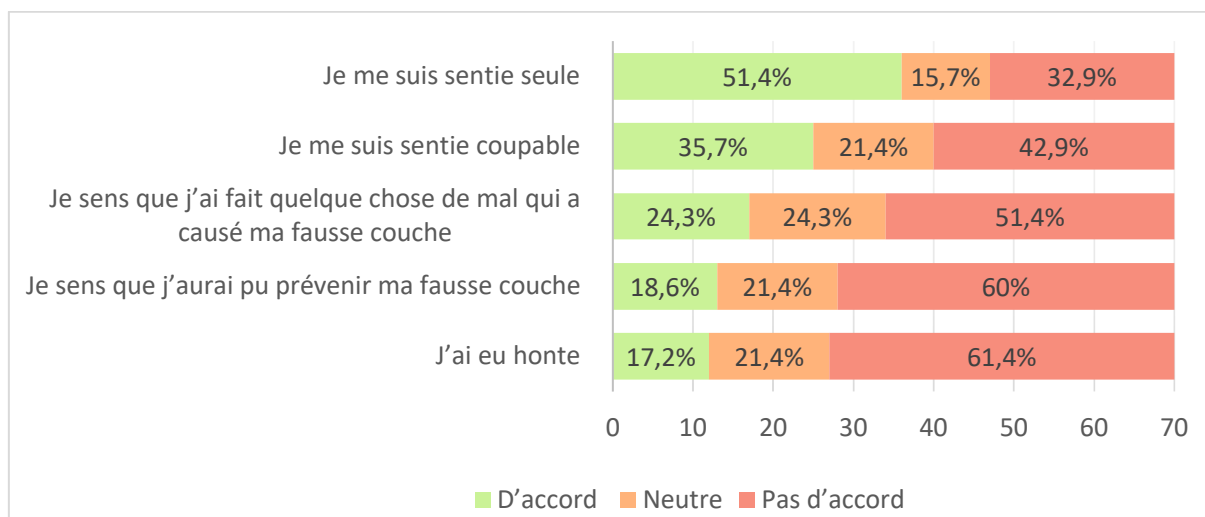
Pour illustrer ce constat, quelques phrases tirées d'expériences personnelles en milieu hospitalier qui ont impacté négativement les répondants :

« Vous avez déjà un enfant » / « C'est courant, pas besoin d'arrêt ce n'est rien » / « Vous pouvez adopter » / « C'est bon y'a plus rien »

« L'interne de garde aux urgences, après avoir retiré des restes de tissus trophoblastiques de mon col, me le mettant sous les yeux "vous voyez !! Ça c'est un embryon" »

« C'est comme un mini accouchement sans le bonheur qui vient avec à la fin » « vous êtes jeune vous en referez d'autres »

Graphique 5 : Sentiments prédominants après une fausse couche



« Je me suis sentie seule » a été l'émotion ressentie par plus de la moitié des répondants ayant un antécédent de fausse couche (51,4%).

Plus d'un tiers de ces participants (35,7%) se sont sentis coupables de leur fausse couche.

Soulignons que le sentiment de honte associé à leur antécédent de fausse couche était présent chez 17,2% des interrogés.

Tableau 5 : Étude de la corrélation entre le sentiment de solitude et l'accompagnement lors d'une fausse couche

Variables	Antécédent de fausse couche N=70 n(%)	D'accord N= 36 n(%)	Désaccord N= 23 n(%)	Indécis N= 11 n(%)	p-Value
Soins médicaux					0.923
Yes	48(68,6)	24 (66.67)	16 (69.57)	8 (72.73)	
No	22(31,4)	12 (33.33)	7 (30.43)	3 (27.27)	
Entourage au courant					0.243
Non	4(5,7)	1 (2.78)	1 (4.35)	2 (18.18)	
Proche uniquement	19(27,1)	10 (27.78)	8 (34.78)	1 (9.09)	
Proches et médical	47(67,1)	25 (69.44)	14 (60.87)	8 (72.73)	
Est-ce qu'un membre de votre famille ou de votre entourage a fait une fausse couche ?					0.328
Yes	51(72,8)	29 (80.56)	15 (65.22)	7 (63.64)	
No	19(27,2)	7 (19.44)	8 (34.78)	4 (36.36)	

Les personnes qui ont reçu des soins médicaux se sont senties quasiment autant seules que les personnes qui n'en n'ont pas reçus, 50% (24/48) contre 54,5%. (12/22)

Il en va de même pour ceux qui se sont confiés uniquement à un proche et ceux qui en ont en plus parlé à un professionnel médical (hors cadre des soins médicaux) 52,6 % (10/19) contre 53,2% (25/47).

A la question « Si un(e) ami(e) ou un membre de ma famille me révèle qu'elle ou son conjoint a fait une fausse couche, je me sens moins seul(e) » 67,2 % des participants ayant un antécédent de fausse couche ont répondu positivement.

Cependant, plus de la moitié (56,8 %) des personnes interrogées ayant un vécu de fausse couche, personnellement et par le biais de leurs proches, ont déclaré s'être senties seules.

Tableau 6 : Comparatif du score de connaissances et du score d'idées reçues selon le vécu psychologique d'une fausse couche

	Score de connaissances Moyenne ± écart-type	P-value	Score d'idées reçues Moyenne ± écart-type	P-value
Je me suis sentie coupable		0,197		0,189
D'accord	10,12 ± 3,54		6,92 ± 3,4	
Désaccord	11,23 ± 3,61		5,8 ± 3,19	
Indécis/Non concerné	9,4 ± 2,38		7,47 ± 2,26	
Je sens que j'ai fait quelques choses de mal qui a causé ma fausse couche		0,036		0,096
D'accord	8,82 ± 3,24		8,12 ± 3,16	
Désaccord	11,28 ± 3,64		5,78 ± 3,25	
Indécis/Non concerné	10,29 ± 2,42		6,65 ± 2,29	
Je sens que j'aurai pu prévenir ma fausse couche		0,027		0,09
D'accord	8,38 ± 3,1		8,48 ± 3,13	
Désaccord	11,14 ± 3,44		5,95 ± 3,13	
Indécis/Non concerné	10,27 ± 2,91		6,6 ± 2,61	

Les trois variables étudiées avaient pour point commun d'évoquer le sentiment de culpabilité. Les personnes en désaccord avec ce ressenti ont une moyenne plus élevée dans le score de connaissances calculé. Cette différence était statistiquement significative pour la variable « je sens que j'ai fait quelque chose de mal qui a causé ma fausse couche » et « je sens que j'aurai pu prévenir ma fausse couche »

En ce sens, pour le score d'idées reçues, bien que la différence n'ait pas été statistiquement significative, on retrouve un écart notable entre les répondants évoquant ces sentiments de culpabilité et ceux qui ne le ressentent pas.

Pour la variable « je sens que j'aurai pu prévenir ma fausse couche » la moyenne du score d'idées reçues était de 8,48 contre 5,95 pour ceux qui étaient en désaccord avec cette proposition.

4. Discussion

Les représentations, collectives ou individuelles, jouent un rôle essentiel dans le sens que l'on peut donner à une fausse couche et dans l'accompagnement psychologique qui en découle.

Ainsi, cette étude nous permet d'avoir une vue d'ensemble sur les perceptions de la population française au sujet des fausses couches et ce que cela implique.

4.1 Perception et vécu psychologique

Concernant la fréquence, la majorité des répondants (55,4%) estime à raison que les fausses couches représentent environ 20% des grossesses en France ce qui reflète une certaine sensibilisation du sujet. Toutefois, une part non négligeable des répondants, près d'une personne sur trois, sous-estime leur fréquence, pensant qu'elles concernent moins de 5% des grossesses. Cette minimisation peut accentuer le sentiment de solitude des femmes qui vivent cet événement, émotion majoritairement retrouvée dans les réponses des participants ayant eu un antécédent de fausse couche (51,4%).

L'évaluation des causes perçues des fausses couches révèle également des idées reçues ancrées dans la conscience collective. Si la majorité (94,4%) reconnaît à juste titre que les anomalies génétiques sont une cause majeure de fausses couches, beaucoup attribuent à tort cet événement à des facteurs extérieurs :

Pour 57,2% des répondants, porter un objet lourd est cause de fausse couche, 41% estiment que ne pas souhaiter la grossesse constitue une cause de fausse couche, 30,9 % valident l'idée que certains aliments provoquent une fausse couche.

A propos des méthodes contraceptives, plus de la moitié des répondants (52,5%) pensent ou doutent, à défaut, sur une corrélation possible entre contraception antérieure et la cause de fausse couche.

Ces croyances erronées sont susceptibles de renforcer le sentiment de culpabilité des femmes après une fausse couche.

Effectivement dans notre étude, 62,9% des femmes ayant vécu cet événement ressentent au moins un des trois sentiments suivants : « Je me suis sentie coupable » - « Je sens que j'ai fait quelque chose de mal qui a causé ma fausse couche » - « Je sens que j'aurais pu prévenir ma fausse couche »

L'analyse montre que 84,9% des femmes qui ressentent ces sentiments de responsabilité croient en au moins une cause erronée (charge lourde, contraception, alimentation, etc.). Cette méconnaissance a pour conséquence d'amplifier le sentiment de culpabilité en les amenant à ressasser des actions qu'elles pensent, à tort, avoir influencé la perte de leur grossesse.

Cette étude démontre que les caractéristiques sociodémographiques impactent de manière significative ces idées reçues de la population sur les fausses-couches :

A propos du genre, les femmes obtiennent un meilleur score de connaissances que les hommes et ont moins d'idées reçues. Cela s'explique par un plus grand intérêt des femmes pour les sujets liés à la santé reproductive.

En ce qui concerne le statut parental, on retrouve un biais de confusion, car ils ont une probabilité augmentée d'avoir déjà fait au moins une fausse couche dans sa vie : 80% des personnes ayant un antécédent de fausse couche ont des enfants (56/70).

Au sujet de l'âge, les générations X et Y s'informent via des sources plus traditionnelles (journaux, radio) qui offre un meilleur discernement. Contrairement à la génération Z, qui elle, est davantage exposée aux réseaux sociaux, notamment les 18-30 ans qui représentent 90,6% des répondants appartenant à la génération Z.

Les croyances ont un impact notable, elles influent sur le mode de vie ou encore la pensée et s'accompagnent également d'adhésion plus forte à certains récits symboliques. Les personnes croyantes sont plus susceptibles de croire à certaines idées reçues.

Quant aux origines culturelles, chaque région du monde est influencée par ses traditions, de ce fait les facteurs socio-culturels, l'expérience parentale et le parcours éducatif de chacun influencent la perception de chaque population et la transmission d'informations erronées sur les fausses couches.

Aussi, le niveau d'études joue un rôle dans l'appréciation de l'information recueillie mais également dans le développement de la culture générale.

Bien que les connaissances et les idées reçues soient significativement différentes au sein d'une même population et en lien avec leurs données sociodémographiques, pour la majorité de ces caractéristiques sociodémographiques, aucune corrélation n'a été établie avec la signification émotionnelle d'une fausse couche, près de 85 % de l'ensemble des répondants l'estimant comme très impactante voire extrêmement impactante, vécue comme la perte d'un enfant.

4.2 Prise en charge psychologique et professionnels de santé

Ce constat est non vérifié par une variable : « professionnel de santé », pour laquelle nous retrouvons une différence statistiquement significative entre les acteurs de santé et ceux qui ne le sont pas corrélée à la signification émotionnelle d'une fausse couche.

Elle démontre que la majorité des non professionnels de santé le vive ou le vivrait comme « extrêmement impactant, comme la perte d'un enfant » (5/5 sur l'échelle de Lickert) 142/279 soit 50,9% (contre 59/165 (35,7%)) alors que l'on retrouve un jugement plus nuancé pour la majorité des acteurs de la santé qui le vive ou le vivrait comme « très impactant » (4/5 sur l'échelle de Lickert) 77/165 soit 46,1% (contre 100/279 (35,8%)).

D'autre part, le graphique 4 évoque un dysfonctionnement dans l'accompagnement psychologique du corps médical auprès des personnes ayant un antécédent de fausse couche avec un total de 47,2% des répondants insatisfaits de leur prise en charge psychologique.

Enfin, une majorité de nos répondants ayant un antécédent de fausse couche évoque un ressenti négatif quant aux propos tenus par les professionnels de santé lors de leur prise en charge médicale : « je vais vous examiner mais ça ne servira à rien », « ce n'est pas grave, ça arrive », « qu'est-ce que vous voulez qu'on y fasse ? » « La prochaine fois vous m'en faite qu'un -Perte de grossesse gémellaire ».

« Il y a un manque d'empathie de la part des professionnels de santé »

Ces résultats soulignent davantage la nécessité d'amélioration de la prise en charge psychologique de l'équipe médicale qui serait un véritable atout dans l'accompagnement auprès des couples en souffrance.

Nous savons que du fait de leur formation et les expériences qu'ils rencontrent dans leur pratique, les professionnels de santé acquièrent des connaissances approfondies dans le domaine médical. Ce qui permet dans un premier temps de rationaliser les éventuelles causes de fausse couche, ainsi de réduire le sentiment de culpabilité et d'avoir une meilleure compréhension de la situation ce qui leur offre des outils pour accompagner les couples durant ces épreuves.

D'autre part, l'exposition répétée à des situations difficiles amène les professionnels de santé à acquérir progressivement des mécanismes de protection. Ajouté à la rationalisation, cela peut

parfois entraîner des situations de simplification excessive, de perte de l'aspect humain voire une banalisation du sujet à la suite de la confrontation récurrente à ces événements.

Il est tout de même important de rappeler que cette distance émotionnelle et ce sentiment « d'accoutumance » face à la répétition de situations difficiles ne sont pas vrais pour tous les professionnels de santé, chacun ayant sa propre sensibilité et manière de réagir.

La prévention des fausses couches est difficile, elles sont rarement dues à une cause identifiable et il y a de multiples facteurs de risques ce qui rend la prévention spécifique complexe. De plus ce sujet, l'impact psychologique et émotionnel qu'elle engendre rend délicat le « bon moment » pour en parler en amont.

Même si la majorité des répondants, 85% considère ou considérerait la fausse couche comme très impactante, voire extrêmement impactante « vécue comme la perte d'un enfant », une minorité des répondants 15% (67/444) l'estime comme modérément voire peu impactante.

Il est important de noter que ce constat est indépendant des caractéristiques sociodémographiques de notre population étudiée, du terme (précoce ou tardif), des soins médicaux apportés ou de la connaissance de la cause de leur fausse couche pour ceux qui en ont l'antécédent. Ceci souligne le fait que l'expérience de la fausse couche est propre à chacun et qu'il n'y a pas qu'une façon de vivre ce deuil.

Cet événement souvent décrit comme traumatisant, s'accompagne souvent de sentiments de culpabilité et de solitude. Ainsi, pour atténuer cette douleur, deux choses paraissent essentielles : l'information et l'accompagnement.

Une meilleure connaissance, relative à la fréquence et aux causes de fausses couches, permettrait d'avoir moins d'idées reçues et de vivre psychologiquement le sentiment de culpabilité de manière amoindrie.

Pour ce faire, les professionnels de santé devraient adopter un discours qui se veut rassurant quant à la non-responsabilité de la femme et les accompagner de manière adaptée et individualisée en fonction du ressenti émotionnel de chacune, même au sein du couple, quatre hommes sur dix ayant vécu une fausse couche avec leur partenaire ne se sont pas sentis

assez soutenus lors de cette épreuve, dont un sur dix s'est senti coupable et deux sur dix se sont sentis seuls.

Il est important de prendre en considération le couple dans son ensemble car cela peut mener à de l'incompréhension, de l'isolement de l'un des partenaires, voire impacter la relation et donc entraver le soutien mutuel qui permet au couple d'avancer dans le processus de deuil.

Aussi, il serait bénéfique que les professionnels de santé soient informés sur les différentes associations ou groupes de parole concernant les fausses couches pour rediriger leurs patientes afin qu'elles se sentent moins seules et entourées par des personnes qui ont traversé les mêmes épreuves qu'elles.

4.3 Points forts de l'étude

Le sujet des fausses couches est un problème de santé publique actuel qui touche de nombreuses femmes mais qui demeure encore trop marginalisé voire sous-estimé, conduisant à des conséquences psychologiques importantes et une mauvaise connaissance du sujet qui se transmet avec les générations.

L'étude menée autour de ce sujet a permis de mettre en lumière de nombreuses corrélations significatives entre de multiples facteurs susceptibles d'impacter les conséquences psychologiques, liées à la perception de la fausse couche par les différents types de population, entraînant un manque de connaissances qui contribue parfois à véhiculer des idées reçues.

4.4 Limites de l'étude

Il peut être intéressant de prendre en compte certains biais qui pourraient altérer la qualité globale des réponses. Par exemple, on pourrait relever un biais lié au questionnaire puisque le calcul du score de connaissances et du score d'idées reçues se base uniquement sur les causes et les fréquences de fausses couches, notamment avec des réponses qui sont suggérées et non ouvertes, ce qui pourrait exercer une certaine influence sur les participants.

Aussi, certaines variables présentent un échantillon relativement petit, comme les hommes ayant vécu une fausse couche avec leur partenaire (n=10) ou le nombre de femmes qui ont elles-mêmes vécu une fausse couche (n=70), cas de figure pour lesquels une analyse statistique pourra difficilement aboutir à des observations représentatives de la population générale.

4.5 Perspectives d'amélioration

Un nouveau texte de loi datant du 7 juillet 2023 et entré en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2024 a pour objectif l'amélioration de la prise en charge psychologique des fausses couches à travers la mise en place de différents moyens, parmi eux : (10)

- Un parcours pluridisciplinaire permettant de former le personnel médical aux conséquences psychologiques. Ainsi, ce dernier participerait à l'accompagnement et l'information des femmes et des couples autour du sujet de la fausse couche, les traitements ainsi que les dispositifs de suivi. (10)
- Des indemnités journalières : « (...) en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée, l'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est accordée sans délai. » (10)

Pour l'ensemble des répondants du questionnaire concernés par les fausses couches, cette dernière est survenue avant la mise en vigueur de cette loi, il serait donc être intéressant d'évaluer l'effet de cette nouvelle loi a posteriori.

5. Conclusion

Alors qu'elle touche environ 20% des grossesses et près d'une femme sur dix, la fausse couche reste aujourd'hui en France un sujet tabou avec de nombreuses interrogations qui subsistent autour de ses causes.

Notre étude, menée à travers un questionnaire, révélait que de nombreuses idées reçues sur les causes de fausses couches persistaient, telles que l'implication de certains aliments, le fait d'avoir eu une contraception dans le passé ou encore de s'être disputé.

Ces résultats démontraient l'importance de l'information des femmes/couples ayant vécu une fausse couche afin de déconstruire les idées reçues qui impactent le vécu psychologique lors de cet évènement souvent décrit comme traumatisant et rempli d'auto-accusations.

Du fait de leur formation, les professionnels de santé sont au premier plan dans cette démarche. Leur rôle est essentiel dans la transmission de ces informations pour accompagner les femmes et les couples dans ce processus de deuil, en les aidant à surmonter ce sentiment de culpabilité.

Ainsi, cette prise en charge psychologique, qui se surajoute à une prise en charge médicale considérée ici comme satisfaisante (48,6% des répondants), serait un véritable atout dans l'accompagnement de cette épreuve.

Bibliographie

1. OMS : pourquoi est-il vital de parler de la perte d'un bébé ? Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
2. VIDAL 2013 Les causes des fausses couches. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/sante/grossesse/conception-suivi-grossesse/fausses-couches/causes.html>
3. CNGOF La fausse couche un mal banal, Podcast « L'écho des Gynéco 1^{er} épisode » 2019 Disponible sur : <https://cngof.fr/accueil/ressources-documentaires/lecho-des-gynecos/>
4. INSPQ Fausse couche et deuil, Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/grossesse/sante-pendant-grossesse/fausse-couche-deuil>
5. France info. Pour une meilleure prise en charge des fausses couches. Disponible sur : <https://www.radiofrance.fr/franceinfo/podcasts/le-billet-sciences/44-fausses-couches-se-produisent-chaque-minute-dans-le-monde-7957331>
6. Jonah Bardos ¹, Daniel Hercz ², Jenna Friedenthal ³, Stacey A Missmer ⁴, Zev Williams. National Survey on Public Perceptions of Miscarriage. Disponible sur <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4443861/>
7. Le Manuel MSD : Avortement spontané, perte de grossesse. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-de-la-femme/troubles-en-d%C3%A9but-de-grossesse/fausse-couche>
8. Assemblée Nationale N° 5100 - Proposition de Loi « pour une meilleure prise en charge de la fausse couche » : Exposé des motifs
9. Siobhan Quenby ¹, Ioannis D Gallos ², Rima K Dhillon-Smith ², Marcelina Podsek ², Mary D Stephenson ³, Joanne Fisher ⁴, Jan J Brosens ⁵, Jane Brewin ⁶, Rosanna Ramhorst ⁷, Emma S Lucas ⁵, Robert Anderson ⁹, Shahd Daher ⁹, Lesley Regan ¹⁰, Maya Al-Memar ¹⁰, Tom Bourne ¹⁰, David A MacIntyre ¹⁰, Raj Rai ¹⁰, Ole B Christiansen ¹¹, Mayumi Sugiura-Ogasawara ¹², Joshua Odendaal ⁵, Adam J Devall ², Phillip R Bennett ⁸, Stavros Petrou ⁹, Arri Coomarasamy ², Miscarriage Matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33915094/>
10. Légifrance - LOI N° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche.

11. Gynéco Online Fausse couche à répétition une nouvelle approche Disponible sur <https://www.gyneco-online.com/fertilite/fausses-couches-repetition-une-nouvelle-approche>
12. ScienceDirect Epidemiology of Loss Pregnancy, disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231514002373>
13. MILDECA – Gouvernement – Facteurs de risque et facteur de protection. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231514002373>
14. Cochrane - Supplémentation en vitamines pour prévenir les fausses couches. Disponible sur : https://www.cochrane.org/fr/CD004073/PREG_supplementation-en-vitamines-pour-prevenir-les-fausses-couches
15. Dépêche – ApmNews - L'obésité est associée à un plus grand risque de fausse couche tardive et d'enfant mort-né disponible sur : <https://www.apmnews.com/freestory/10/149946/l-obesite-est-associee-a-un-plus-grand-risque-de-fausse-couche-tardive-et-d-enfant-mort-ne>
16. Parents : Fausse couche tardive : définition, cause, prévention et prise en charge Disponible sur : <https://www.parents.fr/grossesse/sante/fausses-couches/fausse-couche-tardive-definition-causes-prevention-prise-en-charge-1023104>
17. Chihiro Banno¹, Mayumi Sugiura-Ogasawara², Takeshi Ebara³, Shoko Ide¹, Tamao Kitaori¹, Takeshi Sato¹, Kiwamu Ando⁴, Yoko Morita⁵, Attitude and perceptions toward miscarriage: a survey of a general population in Japan Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31761902/>
18. N Brier¹, Journal of emergency nursing (IF: 0,795): Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9916974/>

Annexe : Questionnaire

Partie 1 : Socio-démographique	
Questions	Réponses possibles
Q1- Êtes-vous ?	Un homme Une femme Je me définis autrement
Q2- Année de naissance :	
Q3- Quelle est votre situation familiale ?	Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Vivant en couple Célibataire
Q4- Où résidez-vous ?	En France Autres pays
Q5- Quelles sont vos origines ?	Afrique du Nord Afrique Subsaharienne Amérique du Nord Amérique Central Amérique du Sud Asie Europe occidentale et du Nord Europe de l'Est Océanie
Q6- Avez-vous des croyances spirituelles ?	Oui Non
Q7- Quel est votre niveau d'études ?	Brevet Lycée, BEP/CAP BAC BAC+2 et plus Autres ...
Q8- Êtes-vous un professionnel de santé ?	Oui Non

Partie 2 : Gestité / Parité	
Questions	Réponses possibles
Q1- Avez-vous vous ou votre partenaire, déjà été enceinte (test de grossesse positif) ?	Oui Non
Q2-Combien d'enfants avez-vous ? (Hors adoption)	0 1 2 3 4 ou plus
Q3-Avez-vous, vous ou votre partenaire des antécédents de fausse(s) couche(s) ?	Oui Non

Partie 3 : Évaluation des connaissances de la population générale sur les fausses couches	
Questions	Réponses possibles
Q-1 Selon vous, quel est le pourcentage de grossesses en France qui se terminent en fausse couche ?	1% 5% 20% 50% 75%
Q-2 Selon vous, quel est le pourcentage de femmes ayant vécu au moins une fausse couche dans leur vie ?	1% 5% 10% 25% 50% 75%
Q-3 Selon vous, quelle est la cause <u>la plus fréquente</u> d'une fausse couche ?	Le destin Anomalie génétique Problèmes psychologiques Pathologie ou problème de santé Mode de vie (tabac, alcool, drogue)
Q-4 Évaluez si les éléments suivants sont <u>la cause</u> d'une fausse couche :	D'accord Incertain Pas d'accord
Anomalie génétique	
Un événement stressant/traumatisant	
Le stress de longue durée	
Soulever des objets lourds	
La femme ne souhaite pas la grossesse	
Se disputer	
Certains aliments	
Avoir eu une maladie sexuellement transmissible	
Avoir eu un avortement dans le passé	
L'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive	
Utilisation antérieure d'un stérilet	
Les causes spirituelles	
Châtiment de Dieu	
Exercice modéré	
Rapport sexuel avant le mariage	
Sexe avant le mariage	

Partie 4 : Signification émotionnelle d'une fausse couche	
Question	Réponses possibles
Sur une échelle de 1 à 4, que signifierait pour vous une fausse couche sur le plan émotionnel ?	1 Peu impactant, insignifiant 2 Modérément impactant 3 Très impactant 4 Extrêmement impactant, vécu comme la perte d'un enfant

Partie 5 : Vécu d'une fausse couche	
Questions	Réponses possibles
Q1- Indiquez la (ou les) périodes(s) de cette (ou ces) fausse(s) couche(s)	Avant 14 semaines d'aménorrhée (12 semaines de grossesse) Entre 14 et 22 semaines d'aménorrhée (entre 12 et 20 semaines de grossesse)
Q2- Avez-vous eu accès à des soins médicaux pour cette (ou ces) fausse(s) couche(s) ?	Oui Non
Q3-A qui avez-vous parlé de cette (ou ces) fausse(s) couche(s) ?	Partenaire Parents Fratrie Ami Personnel de santé/ Médecin Aucune personne
Q-4 Évaluation des affirmations suivantes	D'accord Neutre/Non concerné Pas d'accord
J'ai reçu un soutien émotionnel adéquat de la personne à qui j'en ai parlé	
J'ai reçu un soutien émotionnel adéquat de mon partenaire	
L'établissement médical a procuré des soins médicaux adéquat	
L'établissement médical m'a apporté un soutien émotionnel adéquat	
Je me suis sentie coupable	
Je me suis sentie seule	
J'ai eu honte	
Je sens que j'ai fait quelques choses de mal qui a causé ma fausse couche	
Je sens que j'aurais pu prévenir ma fausse couche	
Q-5 A-t-on trouvé une cause à cette (ou ces) fausse(s) couche(s) ?	Oui Non
Q-6 Quelle(s) raison(s) le personnel médical vous a-t-il donné pour cette (ces) fausse(s) couche(s) ?	Réponses libres
Q-7 Quelles étaient selon vous, la raison de cette ou ces fausses couches ?	Réponses libres
Q-8 Évaluation de l'affirmation suivante : Si une amie ou un membre de ma famille me révèle qu'elle ou son conjoint a fait une fausse couche je me sentirais moins seule	Oui Non
Q-9 Est-ce qu'un membre de votre famille ou de votre entourage a fait une fausse couche ?	Oui Non
Q-10 Y a-t-il des phrases évoquées par des professionnels de santé et/ou de votre entourage qui vous ont impacté positivement ou négativement ? Si oui lesquelles ?	Réponses libres
Q-11 Qu'auriez-vous voulu entendre de la part de vos proches ou personnels soignants ?	Réponses libres

Résumé

Titre : Fausse couche, l'information de la population au service de la prise en charge

Objectif : Bien que fréquente, les fausses couches sont souvent banalisées et méconnues, l'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances de la population afin de trouver une corrélation entre perceptions et vécu psychologique.

Méthode : Une étude transversale a été réalisée sur l'ensemble de la population française âgée de plus de 18 ans par le biais d'un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux sur une période de 3 mois en 2024. Il est composé d'un total de 26 questions dont 10 sont spécifiquement destinées aux personnes ayant un antécédent de fausse couche.

Résultats : La fréquence des fausses couches a plutôt été bien estimée par les répondants, 55,4% estimant qu'environ 20% des grossesses se soldent par une fausse couche. Cependant, de nombreuses idées reçues sur les causes de fausses couches ont été validées à tort par les participants : « méthode contraceptive antérieure » (26,8%) ou encore « la femme ne souhaite pas la grossesse » (41%). 84,9% des femmes qui ont ressenti un sentiment de culpabilité croyaient en au moins une cause erronée. Enfin seuls 21,4% des participants se sentent satisfaits de la prise en charge psychologique de l'établissement médical.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'impact des idées reçues sur le vécu psychologique des fausses couches et que la prise en charge psychologique se veut d'être renforcée.

Mots clés : Fausse couche – France – Idées reçues – Culpabilité – Prise en charge psychologique

Abstract

Title: Miscarriage: Educating the public to enhance care

Objective: Although miscarriages are common, they are often trivialized and misunderstood. The objective of this study is to assess the knowledge of the population to find a correlation between perceptions and psychological experience.

Method: A cross-sectional study was conducted on the entire French population aged over 18 years through a questionnaire distributed on social networks over a period of 3 months in 2024. It is composed of a total of 26 questions, 10 of which are specifically intended for people with a history of miscarriage.

Results: The frequency of miscarriages was rather well estimated by the respondents, with 55.4% estimating that about 20% of pregnancies end in miscarriage. However, many misconceptions about the causes of miscarriages were wrongly validated by the participants: "previous contraceptive method" (26.8%) or "the woman does not want the pregnancy" (41%). 84.9% of women who felt a sense of guilt believed in at least one erroneous cause. Finally, only 21.4% of participants feel satisfied with the psychological support provided by the medical establishment.

Conclusion: These results highlight the impact of misconceptions on the psychological experience of miscarriages and that psychological support needs to be strengthened.

Keywords: Miscarriage - France - Misconceptions - Guilt - Psychological support