

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Suivi après une interruption spontanée de grossesse (ISG) : Vécu et
souhaits des femmes au travers d'une étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2025 à 14 heures
au Pôle Formation

Par Chloé ANCELET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs :

Monsieur le Docteur François Quersin

Madame le Docteur Peggy Galiot

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Judith Ollivon

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
FC	Fausse-couche
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ISG	Interruption Spontanée de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MT	Médecin Traitant
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCS	Professions et Catégories Socioprofessionnelles
PDS	Professionnels De Santé
SA	Semaines d'Aménorrhées
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research

Table des matières

Introduction	9
Matériels et méthodes	11
Type d'étude	11
Population.....	11
Recueil des données	12
Analyse	12
Résultats	14
Caractéristiques de l'étude	14
A. Caractéristiques des entretiens	14
B. Caractéristiques des femmes	14
Analyse thématique des résultats.....	15
A. Mettre des mots sur des maux	15
1. L'importance du vocabulaire	15
2. Récits de femmes	16
3. Croyances et quête de sens	17
4. Poser les mots	19
B. La femme dans son environnement	19
1. Dans son couple	19
2. Rapport aux médias et société	20
3. Les proches	21
4. Le milieu professionnel	22
5. Le quotidien	23
C. Des émotions en tête	23
D. Vécu de la prise en soin	26
1. Relation aux professionnels de santé	26
2. Parcours de soin.....	30
3. Le pouvoir par l'information	31
E. La charge de la maternité	32
1. Être mère et deuil de maternité	32
2. Singularité au sein de l'universalité	34
3. Le vivre dans son corps.....	34
4. Vivre sa grossesse en société	37
Modélisation schématique d'un suivi idéal.....	39
Discussion	40
Comparaison à la littérature des résultats principaux.....	40
Forces et limites.....	44
Perspectives	45
Conclusion	46
Références bibliographiques.....	47
Annexes	49
Annexe 1 : Extrait du journal de bord manuscrit.....	49
Annexe 2 : Affiche de recrutement.....	50
Annexe 3 : Fiche d'information patiente	51
Annexe 4 : Guide d'entretien version initiale	52
Annexe 5 : Guide d'entretien version finale	53

Annexe 6 : Déclaration CNIL	54
Annexe 7 : Grille SRQR.....	55
Annexe 8 : Tableau caractéristiques des patientes	59
Annexe 9 : Tableau caractéristiques des entretiens	59

INTRODUCTION

L'interruption spontanée de grossesse (ISG) précoce concernerait une femme sur dix et 10 à 15% des grossesses et reste sous-évaluée (1). Elle se définit par l'arrêt spontané d'une grossesse avant 14 semaines d'aménorrhées (SA) soit 12 semaines de grossesse (2).

La prise en charge est majoritairement ambulatoire, la plupart du temps avec un traitement médicamenteux initié via les urgences gynécologiques. Le médecin généraliste a actuellement un rôle secondaire en dehors du parcours de soin lors de cette phase aiguë (3). Les patientes sont souvent insatisfaites de leur prise en charge en milieu hospitalier notamment concernant le soutien reçu (4).

Leur vécu est parfois traumatique et leur souffrance est complexe, s'apparentant à un deuil. Elles attendent des professionnels de santé une attitude empathique et d'écoute qui, si elle fait défaut, augmente la difficulté du vécu (5).

Il n'y a actuellement pas de consensus médical sur le suivi en médecine générale qui est réalisé de manière hétérogène (6). Le médecin traitant (MT) a cependant un rôle majeur à jouer notamment d'information et de soutien (7). La relation malade-médecin joue un rôle important dans la satisfaction des patientes (8).

Ce travail de thèse s'est déroulé pendant le vote d'une proposition de loi sur l'accompagnement après ISG. Un congé « fausse-couche » sans jour de carence a été instauré durant l'année 2024. Un dispositif d'accompagnement global et notamment psychologique devait être mis en place et évalué courant 2024 (9). Le vécu de l'après par les femmes et les modalités selon lesquelles elles souhaitent être accompagnées ont été peu explorées en France (10).

Quels sont le vécu et les souhaits des femmes concernant leur suivi en médecine générale après une interruption spontanée de grossesse ? Notre objectif était d'explorer leur point de vue afin d'augmenter leur niveau de satisfaction en adaptant à l'avenir la prise en soin à leurs attentes.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Il s'agissait d'une **étude qualitative**. L'analyse s'inspirait de la **phénoménologie interprétative**.

Nous avons décidé de réaliser en parallèle une étude en miroir explorant le volet médecin permettant des regards croisés sur la prise en soins.

Un journal de bord manuscrit a été tenu de la recherche du sujet à la publication de la thèse (extrait en **Annexe 1**).

Population

La **population de l'étude** a été choisie par échantillonnage homogène raisonné. Les participantes ont été recrutées dans les cabinets de médecine générale du Nord et du Pas-de-Calais sur la base du volontariat. Une affiche avec une adresse mail permettait de contacter la chercheuse si elles souhaitaient témoigner (**Annexe 2**). Les cabinets choisis étaient ceux connus des deux médecins réalisant les thèses miroir via les remplacements, les anciens maîtres de stage et leurs associés, le bouche-à-oreille par les proches et les anciens co-internes. Les cabinets dans lesquels ont été déposés les affiches avaient des caractéristiques variées (rural et urbain, médecins pratiquant du suivi gynécologique ou non, âge panaché des installés).

Les critères d'inclusions étaient :

- Avoir vécu un arrêt spontané de grossesse dans les deux dernières années écoulées afin de limiter le biais de mémorisation
- Que cette ISG soit survenue avant 14SA, correspondant à l'ancienne définition de la fausse couche spontanée précoce.

Les femmes ont donné leur consentement libre et éclairé par oral après avoir reçu une fiche d'information présente en **Annexe 3**.

Recueil des données

Le **recueil des données** a été fait par entretiens individuels ouverts. Trois de ces entretiens ont été réalisés avec le médecin de la thèse miroir. La majorité d'entre eux a eu lieu au domicile des femmes à leur demande, entre février 2024 et mai 2025.

Le guide d'entretien initial était divisé en deux parties : une première partie permettait de recueillir les caractéristiques des participantes dont leur âge, leur catégorie socio-professionnelle et leur parité. Une deuxième partie reposait essentiellement sur une unique question ouverte à laquelle des questions de relance pouvaient être ajoutées pour compléter les informations recueillies. Il a été révisé au fur et à mesure du recueil. La première et la dernière version sont disponibles en **Annexes 4 et 5**.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits manuellement par les chercheuses à l'aide d'un logiciel de frappe de texte.

Le recueil a été autorisé par la CNIL suite à la déclaration numéro 2023-161 (**Annexe 6**).

Les données ont été anonymisées par codage du nom des femmes et retrait des noms propres et éléments distinctifs potentiellement identifiants.

Cette étude était hors Loi Jardé, ne nécessitant pas la consultation d'un CPP.

Analyse

Leur **analyse** a été faite par phénoménologie interprétative. Pour respecter la démarche idiographique de cette méthode, chaque entretien a été analysé indépendamment des autres. L'annotation initiale des verbatims en étiquettes de sens a été réalisée à l'aide du logiciel Taguette®. L'analyse a bénéficié d'une triangulation par double codage en aveugle des deux chercheuses puis confrontation des résultats. Les étiquettes ont ensuite été regroupées par thèmes puis thèmes superordonnés.

Cette étude a été confrontée aux critères de scientificité de la grille SRQR. Elle se trouve en **Annexe 7**.

La chercheuse ne déclarait aucun lien d'intérêt ni aucun financement concernant ce travail.

RESULTATS

Caractéristiques de l'étude

A. Caractéristiques des entretiens

Huit entretiens ont eu lieu entre février 2024 et mai 2025. Leur durée varie entre 33 minutes et 1h14 minutes avec une durée moyenne de 48 minutes. Leurs modalités sont décrites dans le tableau 1 (**Annexe 8**).

Aucune femme n'a souhaité modifier son entretien a posteriori.

La suffisance des données a été estimée par la chercheuse après le 8^{ième} entretien devant l'absence de nouveaux thèmes émergents mais n'a pas pu être confirmée par deux entretiens complémentaires par manque de temps et des difficultés de recrutement.

B. Caractéristiques des femmes

Leurs caractéristiques détaillées sont dans le tableau 2 (**Annexe 9**).

La femme la plus jeune avait 21 ans et la plus âgée 36 ans.

Elles habitaient toutes en milieu urbain selon la grille communale de densité proposée par l'INSEE en 2025 (11).

La plupart avaient un MT déclaré. Elles avaient également toutes accès à un service d'urgences gynécologiques à moins de 10 kilomètres du domicile.

Leurs milieux professionnels étaient variés et sont classés selon la PCS 2020 de l'INSEE (12).

Analyse thématique des résultats

A. Mettre des mots sur des maux

1. L'importance du vocabulaire

Importance des mots utilisés par les professionnels de santé (PDS)

Les femmes accordaient de l'importance au vocabulaire utilisé pour mettre des mots sur leur vécu, d'autant plus s'il venait d'un PDS.

F8 : « et qu'on m'a dit devant moi « On le jette à la poubelle » »

Ressenti sur le terme fausse-couche (FC)

Le terme « Fausse-couche » pouvait être perçu comme violent, ancien et lié à un imaginaire négatif et désagréable. Ce terme était utilisé pour sa praticité et l'habitude d'usage, et perçu comme populaire.

F3 : « Parce que y'a rien de faux là-dedans, fin c'est... puis en plus ça fait un peu daté en fait. J'trouve même le terme couche par rapport à l'accouchement, c'est un peu moyenâgeux. « Elle est morte en couches » fin voilà, ça fait un peu daté. »

F6 : « Ça a été un terme qui a été utilisé pendant x années donc forcément fin pour moi de ma génération j pense que ça reste aussi dans des mœurs. »

Ressenti sur terme interruption spontanée de grossesse (ISG)

Les femmes relevaient une confusion par analogie avec le terme interruption volontaire de grossesse (IVG). Certaines trouvaient qu'il niait l'existence d'une grossesse, réduite à son interruption. D'autres ressentaient le terme comme adapté correspondant à leur vécu.

F5 : « C'est vrai que ça peut porter à confusion quand on dit « J'ai vécu un arrêt de grossesse » parce que y'a des gens qui peuvent comprendre bah j'ai mis fin volontairement à ma grossesse. »

F6 : « *Interruption spontanée... Bah oui c'est ça, c'est le terme. C'est une interruption qui arrive comme ça, oui c'est spontané. Oui c'est bien qualifié je trouve. C'est adapté. »*

2. Récits de femmes

Évènement de vie de femme

L'ISG était décrite comme une épreuve inéluctable, un évènement de vie propre aux femmes qui ne pourra jamais être délégué.

F1 : « *C'est vraiment une épreuve que... que voilà encore... que seules les femmes connaissent. »*

F6 : « *y'a d'autres femmes qui passeront aussi par cette étape. J'ai une petite fille, peut-être qu'un jour elle fera aussi une fausse-couche, je lui souhaite vraiment pas de tout mon cœur mais si ça fait partie de la vie ? »*

Représentations symboliques

Dans leur récit, certaines femmes se représentaient l'ISG comme une punition. Le rejet de la grossesse par le corps est revenu à plusieurs reprises.

F5 : « *Et même elle elle le dit einh, ouais j'ai été punie de ce que j'ai fait au mois d'avril »*

F6 : « *Ou moi-même, c'est peut-être moi mon corps qui n'accepte plus les grossesses. »*

Sororité et contribuer au collectif

Les femmes témoignaient pour contribuer à améliorer le vécu et la prise en charge collective, avec l'idée de sororité. Cela s'inscrivait dans une volonté plus large de discuter la place sociétale de la maternité.

F5 : « *Parce que du coup elle m'a raconté son récit et c'est vrai que du coup comme je me suis sentie bah entre guillemets soutenue, mais comme y'a ce lien qui rapproche du coup.*

»

F2 : « *Fin j pense que c'est important d'en parler même si ça s'voit pas et on a le droit de dire qu'on est heureuse d'être enceinte et on a le droit de dire qu'on est effondrée parce qu'on a perdu notre bébé. Donc ouais y'a plein de combat autour de la maternité qu'il faut mener. »*

F8 : « J'peux en parler et si ça peut aider des femmes à ne plus être dans ce cas comme moi à vivre ce genre de choses, il faut. »

Récits de l'entourage

Vivre une ISG déclenchait de nombreux récits de l'entourage. Les femmes en étaient surprises. Son expérience permettait pour certaines femmes le soutien alors que d'autres ne l'estimaient pas nécessaire.

F5 : « Autant la fausse-couche quand les gens ont su, y'en a certains qui ont su que j'en ai faite une, ils m'ont dit « moi aussi » j'étais là en mode « ah bon bah punaise ». Effectivement quand on en parle autour de nous on s'dit bah en fait y'a plus de gens qui en ont fait qu'on ne le pense en fait. »

3. Croyances et quête de sens

Question de la légitimité

Les femmes se sentaient souvent illégitimes à consulter. Certaines sous-estimaient leur valeur par rapport à une femme avec une grossesse évolutive.

F5 : « Parce que j'avais pas non plus prendre la place de quelqu'un qui en aurait entre guillemets vraiment besoin, qui avait une vraie urgence avec un bébé dans le ventre ou j'en sais rien »

Croyances liées à la précocité

Beaucoup de femmes établissaient une corrélation inverse entre la précocité de la grossesse et la souffrance générée par sa perte. Certaines doutaient même de son existence.

F4 : « Pis moi je me dis bah j'étais à deux mois de grossesse, je me dit pt 'être c'est rien du tout en fait dans mon corps. »

Quête de sens

Les femmes recherchaient un sens à l'ISG allant au-delà de la causalité scientifique qui leur était insuffisante.

F5 : « J'me suis dit en fait c'était peut-être un mal pour un bien c'était peut-être pas le moment, peut-être que les conditions étaient pas réunies. »

F3 : « Encore une fois ça c'est le... fin oui c'est rationnel c'est bien einh... mais le rationnel il a un petit peu ses limites. »

Croyances sur ISG

Les femmes avaient différentes croyances sur la cause de l'ISG. La plus ancrée était la responsabilité du stress.

F3 : « Après y'a tout le côté contradictoire de « faut pas que je stresse trop parce que c'est pas bon » mais en même temps voilà « faut pas que je me stresse », de me dire ça ça va pas me faire moins stresser donc c'est un peu... voilà c'est un peu contradictoire. »

Question centrale de la cause

Les femmes avaient du mal à accepter l'absence de cause précise connue. Cette donnée manquante augmentait la culpabilité et l'anxiété.

F5 : « Mais inconsciemment on cherche tous une explication une excuse qui fait que, on s'dit c'est à cause de ça, et c'est p'têtre un peu ça où j'aurais aimé avoir plus d'accompagnement »

F5 : « Comment ça y'a pas d'explications, on est dans un monde où y'a tellement d'études scientifiques de machins de trucs, ça me paraissait impossible qu'y'ait pas eu entre guillemets d'élément déclencheur ou qu'y'ait pas eu de... Je sais pas comment expliquer qu'y'ait pas eu quelque chose qui ait provoqué la chose en fait. »

Qualité du souvenir

Certaines femmes avaient un souvenir précis des événements, pour d'autres une temporalité plus floue malgré un vécu précis.

F1 : « Mais ouais ça... là le fait d'en reparler ça reste quand même.... Je revois un peu les images de tout ce qu'il s'est passé ouais c'est quand même ça reste quelque chose de...qui marque je pense. »

4. Poser les mots

Avoir un espace de parole et verbaliser

Pouvoir poser les mots sur les émotions et le vécu était capital dans le processus de deuil.

L'espace de parole était offert par les proches ou les PDS mais pouvait faire défaut.

F6 : « *Faut savoir accepter les choses mais surtout faut mettre des mots en fait, faut dire les choses faut dire ce qu'on ressent en fait, c'est pas anodin c'est...* »

F3 : « *C'est pas parce qu'on est entouré par le conjoint la famille les amis... On leur dit pas la même chose qu'on dirait à un psychologue qu'on reverra ou qu'on reverra pas. Parce que y'a pas de jugement, ce qui est dit reste au sein de la pièce donc on se sent plus libre aussi. C'est son boulot d'accueillir toute la souffrance et le mal-être, c'est un peu moche à dire -rire-. Mais voilà tout à l'heure je disais j'étais un peu mal à l'aise à en parler avec telle ou telle copine par rapport à son projet bébé, bah ouais. Euh... ouais. Je pense que.... Fin... Même quand on est très très bien entouré par son entourage, d'avoir un professionnel dont c'est le boulot c'est autre chose.* »

Se libérer de la loi du silence

L'ISG était perçue comme un sujet tabou. Certaines femmes voulaient libérer la parole autour du sujet.

F6 : « *Et je sais qu'elle en a parlé à beaucoup de monde, parce qu'elle elle disait « Je comprends pas c'est tabou, personne en parle ». Et à chaque fois elle me disait « Personne en parle, personne en parle». »*

F3 : « *Comme j'disais tout à l'heure d'en parler ça libère la parole de « ah moi aussi j'ai vécu ça ». »*

B. La femme dans son environnement

1. Dans son couple

Place et vécu du conjoint

Le conjoint avait une place importante dans l'accompagnement physique, logistique et émotionnel des femmes en aigüe. L'ISG était perçue par certaines femmes à travers eux comme un échec. Beaucoup étaient surpris et blessés de sa survenue.

A l'inverse certains n'étaient pas impliqués par les femmes.

F3 : « *Fin j'veux dire il m'a accompagnée pour le curetage etc il a insisté pour rester avec moi autant que possible, il est venu me chercher, euh voilà il a fait tout ce qu'il pouvait faire. »*

F4 : « *Même pour moi comme pour le papa. Parce que pour lui aussi parce qu'il se projetait déjà avec son enfant et puis ben du jour au lendemain on nous dit bah c'est arrêté quoi. »*

Retentissement sur le couple et asymétrie du vécu homme/femme

Les femmes reprochaient à leurs conjoints la rapidité de leur deuil. L'ISG bouleversait le couple. Certaines auraient souhaité plus d'écoute et d'empathie de la part de leur conjoint.

F3 : « *Sachant que voilà mon conjoint était déjà passé à autre chose et je nous sentais en décalage par rapport à ça. »*

2. Rapport aux médias et société

Vision de l'évolution en cours

L'évolution sociétale et législative autour de l'ISG soulevait des points de vue divers et personnels. La volonté gouvernementale d'améliorer la prise en charge était perçue positivement. Une femme trouvait que le débat sur le terme était anecdotique.

F3 : « *Et c'est pour ça que je pense que d'en parler, et d'en faire un sujet qui n'est pas qu'un sujet de femme aussi j pense que c'est important. »*

Médias

Les femmes ont été informées de l'actualité sur le sujet via différents supports : presse écrite, podcasts, réseaux sociaux.

F4 : « *Et même à ce moment-là, ma belle-mère elle est abonnée à la Voix du Nord tout ça, et elle m'a envoyé la photo d'un article et c'était sur justement les fausses-couches, que les femmes aimeraient un suivi psychologique parce qu'actuellement il n'y a rien qui est proposé.* »

3. Les proches

Recevoir la réassurance

Les propos génériques de réassurance tenus par les proches agaçaient les femmes.

F1 : « *Après on a toujours les « Ah bah tu sais ça arrive à beaucoup de monde einh » toujours un peu ces mots là et en fait on le sait tout ça. On le sait en fait. On le sait que ça arrive à beaucoup de monde. « Et pis vaut mieux pas einh parce qu'après si il y a un problème plus tard einh c'est plus gênant... » on le SAIT. Mais en fait on voilà... y'a quand même, on vit quand même... Voilà.* »

Soutien des proches

Les proches étaient perçus comme le premier soutien des femmes. Elles attendaient d'eux un soutien logistique et une écoute empathique.

F2 : « *Mais ouais je pense qu'il faut juste laisser parler la personne et être là la soutenir dans son quotidien par exemple ramener un plat cuisiné un truc...* »

F4 : « *Après ça va j'ai quand même beaucoup de collègues qui sont venus me voir, les messages tout ça, la famille...* »

Gérer les émotions de ses proches

L'annonce aux proches et leurs réactions étaient perçues comme une « double-peine », une charge supplémentaire.

F4 : « *Mais après pareil tout le monde est déçu entre guillemet parce que bon ben elle s'attendait à avoir une petite fille ou un petit garçon et pis ben... J crois que pour nous aussi ils sont déçus.* »

F1 : « *Et du coup c'est toujours dur après coup de se dire « Ouais va falloir qu'on leur dise que c'est tombé à l'eau quoi ». Ça c'était dur aussi.* »

Prendre soin de ses proches

Certaines femmes ont joué pour leurs proches le rôle qu'elles auraient souhaité pour elles-mêmes. Beaucoup ont eu une attitude protectrice vis-à-vis de leur entourage.

F6 : « *J'ai pris, je l'ai écoutée. Je l'ai écoutée, je l'ai réconfortée comme j'ai pu, j'ai essayé de la rassurer comme j'ai pu. »*

4. Le milieu professionnel

Arrêt de travail : Quels besoins ?

La nécessité d'un arrêt de travail dépendait du type de poste occupé, des symptômes physiques de la femme et de son état psychologique. Certaines ont trouvé l'arrêt bénéfique, d'autres voyaient une échappatoire dans le travail.

F5 : « *si j'avais pas été en arrêt, j'aurais pas du tout vécu les choses de la même façon. »*
F1 : « *J'ai pas pris d'arrêt parce que je lui ai dit écoutez de toute façon je suis profession libérale donc moi ça change rien j'ai prévu de rebosser à la rentrée donc voilà... Et moi le boulot ça a toujours été une échappatoire. »*

Aspects administratifs

Être en arrêt de travail était perçu comme une contrainte administrative surajoutée. L'absence de jour de carence était perçue comme stigmatisante pour certaines femmes qui ne souhaitaient pas informer leur entourage professionnel. Lever le frein financier était par contre perçu comme une avancée.

F5 : « *J'peux comprendre que du coup y'a des femmes qui comme elles ne voulaient pas en parler à leur employeur, bah du coup elles ont pas pris l'arrêt. »*
F3 : « *et d'avoir ça en plus. Parce que déjà j'avais je sais pas combien de papiers de pré-hospitalisation machin et d'enregistrement et nin-nin-nin à faire euh.... C'est vrai que dans ces cas-là on a vachement envie de se pencher sur la paperasse... »*

Reprendre le travail

La reprise du travail était difficile et épuisante. L'arrêt de travail initial était perçu comme trop court.

F3 : « le premier jour ça m'a fait du bien, le deuxième jour je pense que j'y suis allée un p'tit peu trop fort avec mon quotidien et compagnie ce qui fait que le mercredi j'étais déjà un petit peu à bout. »

5. Le quotidien

Gérer le quotidien au décours

Le besoin de consulter passait souvent après les besoins organisationnels et logistiques de la vie de famille. Les femmes se sentaient en décalage avec le quotidien.

F6 : « Oui mon conjoint travaillait donc euh... Et ma fille elle était à l'école donc euh j'me suis dit c'est le moment, faut que j'y aille à ce moment-là. »

F3 : « j'avais l'impression d'être sur une autre planète. »

Place de l'argent

Un frein financier existait à la prise en charge psychologique. Les frais de la prise en charge de l'ISG étaient perçus comme injustes. Les obstacles financiers étaient levés par le besoin de réassurance par des échographies supplémentaires.

F1 : « Alors après c'est parce que je devais aussi aligner 65 euros à chaque fois que j'allais le voir quoi. Donc clairement l'aspect financier il a joué aussi et euh... »

F1 : « Mais ils m'ont dit c'est pas remboursé, donc j'ai du payer le médoc et après ils m'ont rappelée en me disant « c'est bon madame » et ils m'ont remboursé le truc, franchement. »

C. Des émotions en tête

Besoin de reconnaissance de la souffrance

Toutes les femmes ont ressenti une minimisation de leur vécu. Elles attendaient des proches et des PDS une reconnaissance de l'épreuve qu'elles traversaient.

F2 : « J'ai eu l'impression d'exagérer mes sentiments. »

F8 : « Mais je ressens la plupart fin pour les cinq j'ai ressenti la plupart des gens me dire « C'est normal c'est rien allez travailler faites comme si de rien n'était. » »

Se réassurer soi

La réassurance venait souvent des femmes elles-mêmes, surtout pendant la grossesse suivante. Sentir le fœtus bouger et l'échographie étaient les deux moyens les plus cités.

F4 : « J'ai pas fait que l'écho du premier deuxième troisième trimestre. J crois qu'avant le deuxième trimestre j'avais déjà fait 7 ou 8 échos. Parce que j'voulais voir si tout allait bien... En fait ça c'était quand même rassurant pour moi comme pour le papa quoi. »

Colère

La colère transparaissait à plusieurs reprises notamment sur l'absence d'informations reçues et l'absence de suivi mis en place.

F2 : « Au moins que l'hôpital mette en place... Comme j'disais vraiment proposer peut-être des brochures, des informations en fait, simplement. Donner les informations des réponses aux questions parce qu'on s'pose énormément de questions. »

Refouler ses sentiments

Plusieurs femmes ont mis de côté leurs émotions pour replonger dans leur quotidien.

F3 : « J'ai eu l'impression en faisant ça que ben voilà, j'avais dit ce que j'avais à dire, le bébé n'était plus dans mon ventre, et puis au bout de trois jours c'est pas « tout redeviendrait comme avant » mais pas loin. »

Culpabilité

Toutes les femmes interrogées ont présenté une culpabilité marquée.

F7 : « Bah moi je me suis beaucoup posé de questions parce que je pensais avoir sincèrement joué un rôle dans la perte de cette grossesse. Et euh.. Et on avait beau me dire oui « C'est pas de ta faute c'est pas de ta faute c'est pas de ta faute » en fait toi quand tu perds un enfant c'est forcément de ta faute. »

F8 : « *Et j pense que j suis pas la seule à faire des fausses-couches et à me dire que c est de ma faute. J pense que la plupart des femmes se disent que c est de leur faute et que... »*

Estime de soi

Faire une ISG était vécu comme un échec et une incapacité faisant diminuer l'estime de soi.

F8 : « *Parce que... Parce que j me suis vraiment sentie une m****. Désolée du terme einh mais une m**** au plus profond. »*

Repli sur soi et solitude

Le ressenti de solitude était présent quelque soit l'accompagnement reçu par les femmes. Plusieurs d'entre elles se sont isolées dans les suites de l'ISG.

F1 : « *Et et même si mon mari il a été hyper compréhensif, à s occuper des enfants, bah pff franchement je me souviens que j étais à l étage dans les chiottes et je me suis dit « bah en fait je me sens vraiment seule ».* »

F8 : « *Moi le seul euh la seule solution que j ai trouvé c est de me réfugier sur moi-même. »*

Anxiété envahissante

Les symptômes physiques étaient générateurs d'anxiété. Pendant la grossesse suivant l'ISG l'anxiété était omniprésente.

F8 : « *Et j disais mais c est pas possible j vais mourir j vais mourir »*

F1 : « *J étais quand même ouais toujours stressée à ce moment-là quand même, même pour mes premiers j étais stressée. »*

F2 : « *Les 3 premiers mois ont été durs parce qu au moindre tiraillement de ventre on s inquiète, on se pose des questions. »*

Affects négatifs générés par vécu

Faire une ISG était perçue comme une injustice.

F8 : « *Quand on voit des enfants on s'dit « Bah pourquoi pas nous en fait ? Qu'est-ce qu'on a fait pour mériter ça ? » -sanglots-* »

Les femmes se sentaient impuissantes face à cet évènement.

F5 : « *J'ai pas envie de lui dire que voilà y'a des choses comme ça qui peuvent arriver et que malheureusement bah c'est pas de nos ressorts. »* »

Un sentiment d'abandon était décrit après l'ISG.

F6 : « *Et du coup ça m'a beaucoup bah euh blessée, frustrée aussi, par la même pensée ça m'a aussi frustrée de me dire bah, j'me suis sentie quelque part abandonnée, toute seule. »* »

Certaines femmes évoquaient le potentiel traumatique de l'ISG.

F2 : « *Ça peut traumatiser quand on n'est pas... voilà. Je connais des personnes des amis qui ont mis deux ans avant de réessayer d'avoir un bébé parce qu'ils ont été traumatisés par l'expérience. »* »

D. Vécu de la prise en soin

1. Relation aux professionnels de santé

Déshumanisation par le système de santé

Plusieurs femmes décrivaient se sentir comme un numéro, privées d'autodétermination.

F1 : « *Là j'avais vraiment l'impression que j'avais pas mon mot à dire, vraiment. »*
F8 : « *Pff, aux urgences c'est la chaîne c'est normal pour eux, c'est... »* »

Empathie du professionnel de santé

L'attitude empathique du PDS modifiait le vécu positivement. Elle était attendue par les femmes de la part des PDS.

F2 : « *Très gentille, vraiment euh... humaine en fait. »*
F2 : « *Le gynécologue le lendemain euh il a pas pris de gants quoi fin... »* »

F8 : « Euh... Et là cette fois où j'me suis sentie bien, où j'me suis dit y'a quelqu'un derrière moi, elle est là si j'ai besoin de quequ'chose j'appelle, si ça va pas j'appelle, si je veux une écho j'appelle. »

Vécu négatif du système de santé

Les femmes se décrivaient comme tributaires d'une organisation médicale de mauvaise qualité. L'attente, l'absence de communication entre les différents acteurs médicaux, le manque de moyens et les délais de rendez-vous étaient perçus négativement. Ce parcours de soin était ressenti comme semé d'embûches.

F1 : « Et en fait l'échographiste qui devait me recevoir elle m'avait carrément oubliée dans la liste des patients donc on a attendu super longtemps. Au final je suis passée en tout dernière. »

Lien de confiance avec le professionnel de santé

Les femmes trouvaient plus naturel de se tourner vers la personne effectuant leur suivi gynécologique. Le MT était sollicité quand un lien de confiance antérieur existait. Avoir un lien de confiance était le principal critère pour entamer un suivi.

F4 : « Mais ouais c'était, se lancer pour trouver la bonne personne. »

Interprétation de l'attitude médicale et projections soignant/soigné

Les femmes expliquaient l'attitude médicale de certains PDS par un besoin de protection et par une lassitude devant la fréquence du motif. Elles acceptaient mal certains propos tenus par projection des PDS sur leur situation.

F2 : « Je comprends que les médecins voient ça à longueur de temps, parce que les fausse-couche c'est très fréquent et je comprends qu'ils ont besoin de se blinder psychologiquement, que pour eux une fausse-couche précoce ça devient banal. »

F6 : « J'me suis dit mais, en fait, on connaît pas les gens. On connaît pas les patients, on connaît pas euh.. Et j'me dis mais de me dire un truc comme ça fin, elle connaît pas mon histoire elle connaît pas ma vie et j'trouvais ça un peu... indécent de me dire un truc comme ça, au moment où j'allais passer sur le billard quoi »

Professionnels de santé guides / supports

Les différents PDS connus étaient utilisés par certaines femmes selon leurs besoins. Elles savaient qui solliciter en fonction de quelle peur prendre en charge.

F3 : « *Et là j'avoue, je revois ma psychologue la semaine prochaine, j'veais lui parler du fait que comment je fais pour vivre au mieux cette grossesse, en particulier le premier trimestre, umh... sachant ce qu'il s'est passé et pour pas être dans la crainte. »*

F1 : « *Il m'avait dit « bah venez je vais faire une écho pour être sûr » et donc il m'avait rassurée en me disant « Voilà tout va bien votre col il est long, il n'y a pas de problème ». Donc ça m'avait quand même aidée »*

Propositions pratiques d'amélioration : suivi psychologique

Les femmes souhaitaient avoir connaissance d'un suivi psychologique possible rappelé tout au long de leur parcours. D'autres auraient souhaité avoir un premier contact dès les urgences. L'initiation du suivi était perçue comme l'étape la plus difficile.

F2 : « *Même pas le simple euh dire « Bah vous savez vous pouvez consulter un psychologue parce que c'est normal de pas être bien après... » »*

F3 : « *Mais je pense ouais qu'il faut forcément que ça soit mentionné et peut-être pas juste après l'annonce, parce que je pense qu'après l'annonce on est moyennement à l'écoute. Euh... Mais que ça soit mentionné plusieurs fois en fait. »*

F3 : « *Euh... et je pense que fin voilà faut encore faire la démarche. Et puis est-ce qu'on va trouver facilement, et ci et ça, et quand est-ce que je prends rendez-vous, alors que si c'est semi-imposé on va dire... »*

Autres propositions pratiques d'amélioration

Plusieurs pistes ont été évoquées par les femmes : une trace écrite, un courrier relatant la prise en charge médicale, un document d'information à consulter a posteriori, la participation à des groupes de paroles avec d'autres patientes et avoir une salle d'attente dédiée.

F2 : « *Il faudrait des brochures, des p'tits trucs à donner aux femmes»*

F6 : « *Et du coup quand on vous annonce une fausse-couche on vous remet dans la salle d'attente avec toutes ces femmes qui sont enceintes et ça c'est très très compliqué aussi.*

J'en ai déjà discuté avec d'autres dames aussi dans la même situation, on a la même réflexion fin il faut nous isoler en fait. »

Ressenti sur le suivi psychologique

Le soutien psychologique était attendu par certaines femmes de la part de leur MT.

Plusieurs femmes ont sollicité spontanément un psychologue connu antérieurement.

F2 : « Un peu ben « Est-ce que ça va ? Le moral, etc ? » et rien. J pense que s'il m'avait demandé j'aurais... j'aurais peut être parlé. J'aurais dit que ça allait pas et que j'avais besoin d'aide quoi. »

F7 : « Après la thérapie psychologique j pense sincèrement pas qu'elle était adaptée pour moi parce qu'à certains moments de ma vie elle l'a pas été. »

Consulter aux urgences à reculons

La consultation aux urgences gynécologiques se faisait pour la plupart des femmes à contre-cœur voire était retardée ou évitée.

F7 : « J'aurais dû aller aux urgences en soit einh fin c'est pas du tout euh serein ce que j'ai fait. »

Représentations et affects liés au MT

Le MT était souvent en dehors du parcours de soin. Les consultations auprès du médecin généraliste relevaient de raisons pratiques comme prescripteur de l'arrêt de travail ou pour son soutien et son écoute. Ce rôle limité était parfois renforcé par l'attitude de certains praticiens.

F2 : « « Ecoutez j'ai fait une fausse-couche donc il me faudrait un arrêt de travail j'ai pas pu aller travailler » mais il a juste dit « oui d'accord » et il m'a fait mon arrêt. Et c'est tout. Il m'a juste dit « au niveau des douleurs est-ce qu'il faut une ordonnance pour avoir des Spasfons, Doliprane ? » et c'est tout. »

F8 : « Elle m'a tout de suite écoutée, elle m'a tout de suite compris, elle m'a tout de suite dit « Si tu veux te mettre en arrêt tu te mets en arrêt et j'serais là pour t'les mettre ». Et ça et c'est pour ça que j'suis toujours avec elle en fait parce que si y'a quelque-chose et si elle sent que vraiment on a besoin de faire une pause on la fait. »

Chacun son rôle

Selon les femmes, le soutien émotionnel était attendu plutôt de la part des proches ou de la part des PDS. L'information médicale incombait par contre aux PDS.

F8 : « C'que j'attendais c'est que ça soit des professionnels qui viennent m'aider. Et même si ils m'aident pas pour créer, qu'ils viennent reconforter. »

2. Parcours de soin

Accès au médecin traitant

Certaines femmes reprochaient l'accès difficile ou distant au MT. D'autres ont trouvé leur médecin disponible et accessible facilement.

F3 : « Ce qui n'a pas forcément de sens en plus parce que fin sincèrement si c'est pour se dire après « Ah bah je galère à trouver un rendez-vous avec le médecin traitant » ... »

F6 : « Oui, oui oui. On a beaucoup parlé, j'ai la chance d'avoir un médecin traitant qui est assez accessible donc on peut pas mal discuter. »

Parcours de soin aigu

Il avait lieu principalement en passant par les urgences où une prise en charge médicamenteuse ambulatoire était organisée. Le MT y était retrouvé de manière anecdotique. Les femmes regrettaient l'absence de suivi mis en place à la sortie.

F8 : « En fait on sort des urgences, on vous dit « Vous faites une fausse-couche, c'est soit ça part tout seul soit vous devez revenir pour prendre un traitement ou vous faire opérer » »

F2 : « Nan mon médecin traitant je l'avais vu au début de la fausse-couche fin quand j'ai appris que j'étais enceinte pour faire des ordonnances, pour faire la prise de sang donc c'est tout »

F2 : « Derrière on m'a pas du tout pris en charge du côté psychologique »

Suivi gynécologique

Il était assuré en ville par un gynécologue ou une sage-femme. Une femme était suivie par un médecin généraliste et appréciait la double-casquette.

F5 : « et c'est pour ça que je dis que j'aime bien le fait qu'elle ait les deux casquettes, du coup elle a pu renouveler directement mon arrêt pour la semaine d'après, plutôt que de reprendre rendez-vous chez mon médecin, de devoir expliquer ce qu'il s'est passé, fin... »

Moyen d'orientation vers un psychologue

Les femmes consultaient spontanément un professionnel connu antérieurement à l'ISG.

Certaines se sont faites orienter par leur MT. Une avait reçu des coordonnées lors de son passage aux urgences.

F5 : « Et en fait c'est lui qui m'a recommandé qui m'a dit voilà « Je vous conseille d'aller voir ma consœur qui est dans le même cabinet, par contre je vous conseille de raconter et les problèmes de burn-out mais aussi ce qui vous est arrivé personnellement ». »

Disparité entre professionnels et formation

Les femmes remarquaient une différence de qualité de prise en charge selon les PDS rencontrés. Elles trouvaient que leur formation sur l'ISG était insuffisante.

F6 : « Mais bon fin c'est tout voilà il faut de tout pour faire un monde, et des professionnels des bons comme des mauvais y'en a partout. »

3. Le pouvoir par l'information

Patiente actrice de sa prise en charge

Plusieurs femmes ont été proactives dans leur convalescence jusqu'à des modifications du mode de vie.

F3 : « En jouant sur la façon dont je vis mon boulot, en jouant sur donc la prise d'antidépresseur, sur le fait de continuer le suivi psychologique. Et puis j'ai fait plein d'efforts en termes d'hygiène de vie, de poids sport arrêt du tabac et compagnie. Donc ça a été un peu un tout. »

Regret du manque d'information

Les femmes auraient souhaité avoir plus d'informations pour reprendre le contrôle.

Certaines en ont cherché notamment sur internet en y portant un regard critique. Celles

données par les PDS étaient insuffisantes ou non intégrées. Le questionnement survenait surtout a posteriori.

F1 : « J'aurais aimé quand même qu'on m'explique un peu mieux comment ça allait se passer concrètement et après j'entends bien que c'est peut-être différent d'une femme à l'autre mais c'est vrai que sur la douleur, sur la durée tout ça j'avais l'impression d'être dans le flou. »

F8 : « Ouais, j'me suis renseignée bah comme un peu tout le monde j'pense sur internet euh mais sur internet on entend tout et rien. »

F7 : « Donc j'ai eu mon curetage en fait j'ai pas eu de rendez-vous après mon curetage par aucun médecin. Et c'est plutôt après le curetage où j'ai eu pas mal de questions, et là c'est vrai que j'avais pas de rendez-vous. »

Être informée c'est avoir le pouvoir

Certaines femmes pensaient qu'être informées en amont aurait permis de mieux vivre l'ISG. D'autres souhaitaient posséder toutes les informations possibles pour être décisionnaire et assimiler.

F5 : « Fin c'est de se dire oui, moi j'aurais bien aimé connaître peut-être l'arrêt de grossesse, ça m'aurait peut-être... J'sais pas si ça s'dit mais peut-être mieux préparée à vivre la chose. »

F8 : « J'ai toujours demandé qu'on m'explique tout ce qui allait se passer même les pires choses, j'ai besoin de détails j'ai besoin de savoir pourquoi en fait. Pour avancer j'ai besoin de ça. »

E. La charge de la maternité

1. Être mère et deuil de maternité

Pression sociale et sociétale sur la maternité

Les femmes ressentait une pression de l'entourage et sociétale à procréer.

F5 : « Et les grands-parents de mon conjoint ne sont plus tout jeunes et pour eux euh... La confirmation entre guillemets d'un amour dans un couple c'est de faire un enfant. Donc

ses grands-parents veulent absolument entre guillemets avant de partir nous voir avec un arrière-petit-fils ou petite-fille. »

F8 : « *Parce que la femme DOIT créer, DOIT pouvoir faire ça comme ça, prendre et avoir des enfants. »*

Processus de deuil

Les femmes décrivaient l'après ISG comme un deuil, un deuil de maternité.

F6 : « *Je sais qu'il faut tourner une page, alors physiquement je me sens de le faire, c'est psychologiquement je sais que je vais passer par des étapes en fait. Et j pense que j'vais passer par certaines étapes de... C'est gros comme mot mais j pense que je passe par des étapes de deuil en fait. »*

Vécu douloureux de celle des autres

La maternité des autres femmes était vécue douloureusement avec un sentiment d'injustice.

F5 : « *Mais ouais ça a été compliqué dès que je voyais des enfants ou des femmes enceintes, ça a été très très compliqué. »*

Avoir le choix

La possibilité de choisir sa maternité via la contraception et l'IVG venait se confronter à l'absence de contrôle sur l'ISG. Le désir d'enfant était questionné par les femmes.

F6 : « *J'suis complètement tombée des nues, et j'ai dû prendre une décision sur quelques jours. Donc c'est pas une fausse-couche. Là c'était vraiment un choix. »*

F1 : « *Bah ouais en fait y'a eu vraiment que un truc positif dans cette histoire -rire- c'est qu'après ça on savait qu'on voulait un troisième enfant quoi. »*

Représentations de la maternité

Plusieurs femmes ont mentionné leur rapport à leurs enfants déjà existants. Certaines trouvaient que cela adoucissait leur vécu de l'ISG. D'autres mentionnaient le fait d'avoir été usées par les maternités précédentes.

F7 : « *C'était bah j'oubliais tout quand il était là quoi pis j pense que c'est carrément différent de faire une fausse-couche quand t'as un enfant que quand t'en as pas. Et c'était*

ma raison de me relever et de me dire aller déjà t'as ton soleil focus toi sur ce positif là et ça m'a énormément aidée. »

F1 : « *On avait quand même pris cher pour les deux premiers et euh on savait pas donc ça a été euh pfiou... »*

2. Singularité au sein de l'universalité

Besoins propres à chacune

Les femmes exprimaient le besoin d'un suivi individuel et adapté à leurs besoins.

F6 : « *Mais comme j'te dis j'pense que c'est propre à chacune. Y'en a certaines où tu leur proposerais derrière un parcours de suivi elles accepteront avec plaisir, y'en a d'autres « ah nan nan nan moi... Moi j'suis plus forte que ça ». »*

Universalité du vécu

La solitude faisait partie des ressentis universels évoqués de l'ISG.

F3 : « *Le ressenti est partout le même de « je me suis senti seule je me suis pas sentie accompagnée » et compagnie. »*

Annnonce d'une mauvaise nouvelle

L'ISG était une annonce de mauvaise nouvelle. Un paradoxe existait entre la fréquence élevée de l'ISG et l'expérience individuelle impossible des femmes.

F1 : « *Quand il m'a dit « la grossesse s'est arrêtée » franchement...en fait fin voilà je pense que c'est normal on se raccroche toujours à la vie et euh et du coup waouh... fin je dis m**** quoi.... Fin ouais ça m'arrive à moi. »*

F8 : « *En fait on se rend compte que la plupart des femmes qui sont là ont eu des fausses-couches et ont eu du mal à avoir des enfants. »*

F2 : « *J'étais au courant que ça arrivait einh mais bon. On s'y attend jamais. »*

3. Le vivre dans son corps

Épreuve physique

Les femmes vivaient l'ISG comme une épreuve physique inéluctable non délégable. Elle nécessitait une période de convalescence.

F1 : « J'avais quand même trouvé ça violent quoi. De vivre ça, toutes ces pertes de sang, ces douleurs au ventre et tout... enh... ouais ça m'avait quand même... Fin je me souviens que ça m'avait... Et j'en avais parlé après coup à mon mari je lui avais dit « bah voilà tu peux pas être là à me tenir la main aux chiottes » fin clairement on est seule quoi.

On peut pas y échapper. »

F5 : « Et en fait que le corps ait vraiment le temps de s'en remettre. Fin il met longtemps à s'en remettre, moi j pense qu'il dû mettre entre trois et quatre mois pour s'en remettre, mais voilà pour dire de... qu'il s'pose. »

Mise en danger

L'ISG a parfois mis en danger physiquement les femmes : hémorragie, malaise avec traumatisme crânien.

F4 : « Et là je vais aux toilettes et en me relevant en fait je suis tombée. J'me suis souvenue que de ça en fait j'suis tombée, donc mon copain a entendu un gros boum y'est venu et en fait j'étais inconsciente par terre là, je pissais le sang de ma tête j'ai eu 7 points de suture. »

Constat d'une absence

Plusieurs femmes trouvaient que la vacuité utérine était la finalité de la prise en charge gynécologique. Le constat d'une absence dans le corps était marquant.

F7 : « Parce que au final ils partent du principe que le curetage c'est tout c'est un geste, t'as tout retiré c'est bon t'es tranquille on n'en parle plus. »

F2 : « Oui non bon vous voyez bien y'a plus rien y'a plus rien ! »

Contrôle sur le corps

L'ISG était vécue par certaines comme une perte de contrôle sur le corps. Elles se sentaient trahies, d'autant plus quand les symptômes de grossesse étaient une contrainte.

F3 : « *Et donc du coup j'me dit, ouais fin je sais pas j'ai l'impression que mon corps m'a trahie d'une certaine façon à me faire croire que j'étais encore enceinte. »*

Conscience et réalité de la grossesse

Les femmes évoquaient la modification instantanée de leur attitude et de leur conscience dès la connaissance de la grossesse. Certaines ont eu besoin de marquer sa réalité.

F7 : « *Euh parce que j pense qu'il faut quand même qualifier ça d'une vraie grossesse, d'un vrai début de grossesse, parce qu'à partir du moment où tu fais pipi sur ton test bah t'as une grossesse quoi. »*

F3 : « *Umh... je voulais pas faire comme si ce bébé avait pas existé parce qu'il a existé moi je l'ai porté, on en a parlé, enfin y'a des trucs... »*

Douleur morale

La douleur morale surpassait la douleur physique pour beaucoup de femmes. Plusieurs d'entre elles ont présenté des symptômes anxiodépressifs dans les mois qui ont suivi l'ISG.

F6 : « *Après on a quelques douleurs quoi mais en soit ça a pas été un mal physique, ça a été un mal plutôt psychologique. »*

F2 : « *Comme je le disais comme j'étais vraiment pas bien j'avais goût à rien, et même si une fois que j'étais au travail et que je me changeais les idées, le matin je voulais pas me lever. Je.. J voulais pas me lever, je voulais pas m'habiller rien. T'façon je me maquillais plus, c'était...voilà. Je faisais le strict nécessaire. Même au travail einh je travaillais mais je faisais juste ce qu'on me demandait point. »*

Retomber enceinte

Retomber enceinte après l'ISG devenait pour plusieurs femmes une obsession. Une nouvelle grossesse était perçue comme une étape pour guérir et aller de l'avant. Le délai de conception devenait une question délicate.

F7 : « *Et donc j'avais besoin de retomber enceinte tout de suite, de me reprojeter sur du positif tout ça et c'est la seule façon que j'avais trouvé pour guérir. »*

F4 : « *Après j'suis pas retombée enceinte tout de suite donc c'était un peu aussi compliqué quoi. »*

Interpréter les symptômes et protéger la grossesse

Les femmes étaient attentives au moindre symptôme pour la grossesse suivante. Chaque symptôme physique était interprété et générateur d'anxiété. Elles mettaient en place des stratégies pour essayer de protéger la nouvelle grossesse en cours.

F3 : « Voilà, parce que en plus de ça je ressens des trucs, fin c'est compliqué aussi de savoir au niveau de ce qui a pu se passer dans mon corps, fin de c'qui s'passe actuellement est-ce qu'il y a truc un signe de « ça se passe bien ou ça se passe pas bien », est-ce que ce que je ressens c'est normal, et j'pense que j'y suis d'autant plus attentive et j'pense que je me monte un peu le bourrichon aussi, euh... »

F7 : « Bah... Qu'est-ce que.... J'te dis je fais quand même beaucoup plus attention à mon alimentation, à mon hygiène de vie tout ça comparé à la dernière fois. »

4. Vivre sa grossesse en société

Garder la grossesse cachée

La question de l'annonce au premier trimestre était clivante. Certaines femmes souhaitaient l'annoncer pour recevoir le soutien nécessaire en cas d'ISG. D'autres préféraient garder la grossesse secrète, parfois par superstition.

F6 : « Moi j'ai toujours dit c'est un p'tit secret, c'est un p'tit secret qu'il faut qu'on garde, c'est un p'tit secret de couple, il va pas durer longtemps einh il va durer trois mois. »

F3 : « Parce que justement en fait ce truc là de « il faut pas en parler avant trois mois » et tout c'est teeeeellement lourd. C'est tellement lourd. »

Projet de grossesse après l'ISG

Les couples se relançaient rapidement dans un nouveau projet de grossesse. Pour certaines cela demandait du courage. Une femme a remis en question son projet suite à plusieurs ISG.

F3 : « On a les mêmes ressentis sur le fait que on voulait se relancer assez rapidement dans le fait de réessayer de faire un bébé. »

F6 : « Et bah ça m'a permis de relativiser quelque part. Je me suis dit bah y'a des femmes elles lâchent pas en fait. C'est pas pour autant qu'elles abandonnent ou quoi que ce soit. Et pis elles sont pas bien sur le moment et elles arrivent à retrouver quelque chose qui leur donne l'énergie de pouvoir recommencer en fait. Voilà. Franchement je les félicite parce que c'est pas donné à tout le monde. »

Renouveau avec nouvelle grossesse

La grossesse suivante était synonyme de changement des pratiques et de renouveau.

L'annonce était soit restreinte soit tardive.

F7 : « Je me protège un peu, j'ai besoin de sécurité, de me mettre dans une démarche où je me dis je fais plus du tout comme la dernière fois, ça m'a fait trop du mal. »

F3 : « Donc euh... là sur cette grossesse j'ai quand même moins envie d'en parler, on va dire que j'en parle à un cercle plus proche. »

Vécu de la grossesse suivante

Le début de grossesse suivant était vécu comme une mise en suspens. Les femmes ressentaient de l'appréhension. La possibilité de faire une nouvelle ISG était comme une épée de Damoclès.

F5 : « Parce que c'est vrai quand on enchaîne une grossesse après ce qu'on a vécu il faut s'accrocher, clairement les trois premiers mois faut s'accrocher et on ne le vit pas comme une grossesse normale. »

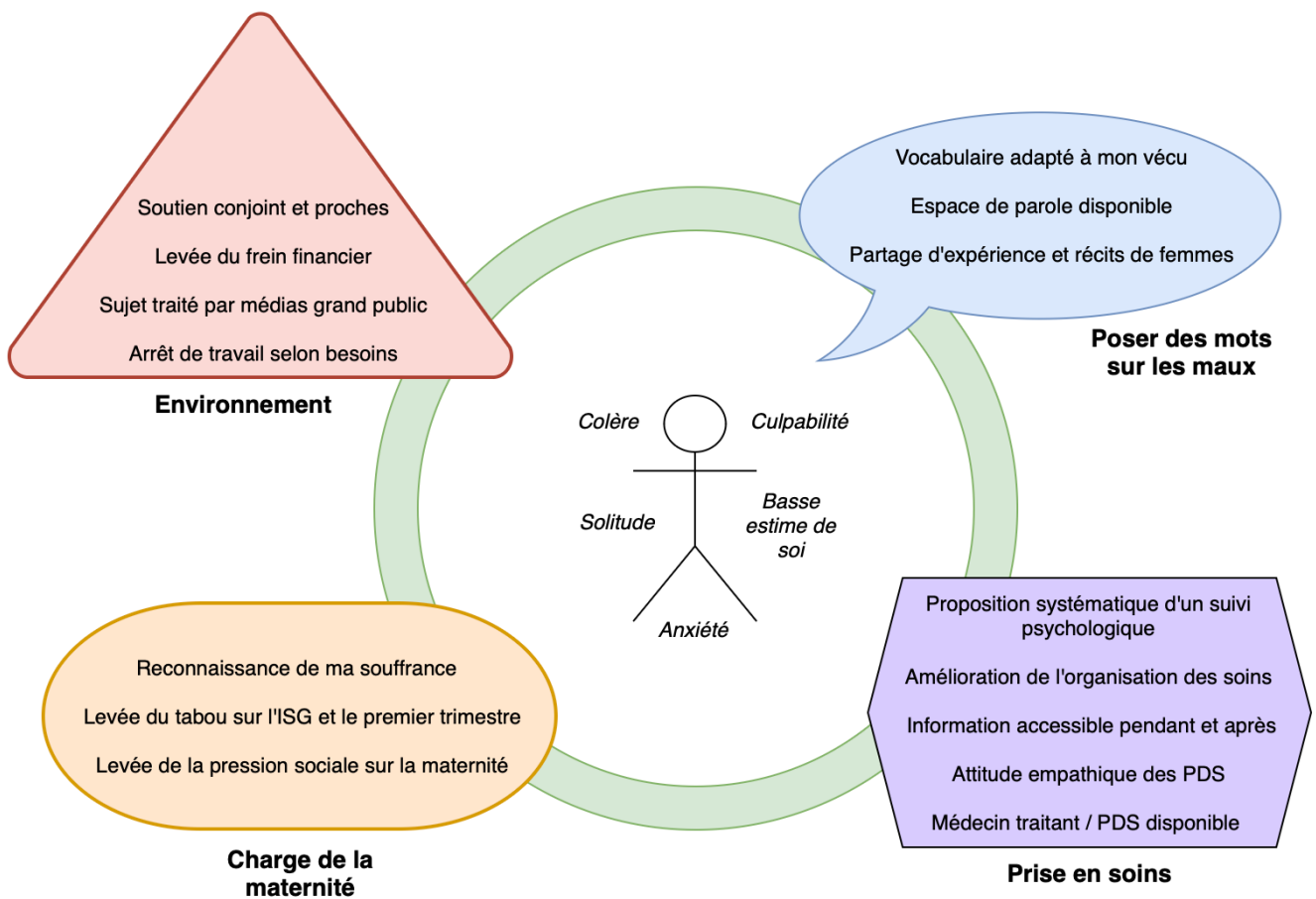
F4 : « Là je sais qu'à elle on a attendu vachement longtemps avant d'acheter des choses euh... Pis j'avais toujours peur qu'on m'annonce une mauvaise nouvelle quoi. »

Événement de vie intime

Parler de l'ISG en dehors du couple nécessitait un lien d'intimité.

F1 : « Nan je sais pas j'ai pas spécialement voulu lui en parler. Mais ouais comme ça y'a des gens comme ça à qui j'en ai pas parlé, parce que je savais que... J'avais pas forcément envie, je me sentais pas assez proche d'eux ou... Et y'en a je leur en ai parlé mais après quoi, après coup »

Modélisation schématique d'un suivi idéal



DISCUSSION

Comparaison à la littérature des résultats principaux

L'objectif était de décrire le vécu des femmes après une ISG et d'interroger leurs désirs et attentes concernant leur suivi en médecine générale afin d'adapter la prise en soin future.

Vécu de la prise en soins

La perception négative du passage hospitalier par les urgences gynécologiques est bien décrite (4) et fort influencée par l'attitude des soignants (10). Le besoin de reconnaissance de la souffrance et l'attente d'une attitude empathique des PDS est retrouvée dans une étude qualitative australienne semblable (11).

L'insuffisance du soutien émotionnel fourni par les PDS et la nécessité d'une meilleure reconnaissance et prise en charge étaient décrites par la même équipe en 2023 (12).

Dans notre étude le suivi psychologique était parfois attendu du MT ou réalisé par un psychologue connu antérieurement, le déterminant principal étant le lien antérieur existant. La preuve de l'efficacité d'une intervention de soutien psychologique sur le bien-être est jugée insuffisante dans une revue de littérature de la Cochrane de 2012 (13). Depuis plusieurs études dont un essai randomisé montrent son efficacité sur la baisse de l'anxiété et des symptômes dépressifs (14,15). L'intervention psychologique reste un besoin exprimé par les femmes (14,16) et dans notre étude elles souhaitaient qu'il soit proposé activement. Un essai randomisé prospectif appelé MisTher est en cours afin d'évaluer l'efficacité de 4 séances en téléconsultation avec un psychologue (17).

Le MT jouait un rôle d'écoute et de soutien. Il était parfois en dehors du parcours de soin ou vu comme un simple prescripteur. Une thèse de 2018 montrait que le MT avait un rôle secondaire voire absent, non connu par les femmes (18). Une thèse qualitative de 2024 sur le ressenti des femmes de la prise en charge de l'ISG par le médecin généraliste retrouvait le même souhait de proposition de soutien psychologique (19). Une étude anglaise de 2003 retrouvait des thèmes émergents similaires sur les besoins en soins premiers : besoin d'un plan de suivi formalisé, besoin d'information et de réponses, mauvaise mémorisation et compréhension des événements initiaux, culpabilité et croyances, disparité des soins, attitude des PDS banalisante.

Dans notre thèse, l'information incombait aux PDS mais était insuffisante ou non intégrée en aiguë alors que les questionnements survenaient a posteriori. Elle permettait aux femmes d'être proactives et d'améliorer leur vécu.

La charge de la maternité

Les femmes portaient la charge de la maternité :

- Sociétale, avec une pression de l'entourage à procréer et la gestion publique ou cachée de la grossesse au premier trimestre.
- Émotionnelle et psychologique, avec un processus de deuil après l'annonce de la mauvaise nouvelle et une douleur morale parfois responsable de symptômes anxiodépressifs.
- Corporelle, avec une épreuve physique non délégable pouvant mettre en danger et nécessitant une convalescence.

La charge de la maternité apparaît peu hors pathologie ou situation spécifique dans la littérature médicale, hormis dans une étude qualitative sur le vécu du premier trimestre de grossesse (20). La pression sociétale à procréer est par contre bien décrite dans une étude sociologique où les difficultés à procréer restent « une affaire de femme ». Selon cette étude la maternité continue d'être pensée comme une étape constitutive de la féminité (21).

Le processus de deuil suite à une ISG a été décrit à de nombreuses reprises (22).

Des émotions en tête

Les femmes ressentaient de la colère, de la culpabilité et se sentaient impuissantes face à l'ISG. Elle entraînait un sentiment d'abandon et de solitude intense, une baisse de l'estime de soi. Le vécu anxieux de la grossesse suivante est décrit également (23) .

Une revue de littérature intégrative publiée pendant ce travail de thèse synthétise les besoins émotionnels des femmes lors de l'ISG : le besoin de recevoir plus d'informations et la reconnaissance de leur perte en sont les deux principaux (24). Cela concorde avec nos résultats.

La femme dans son environnement

Le conjoint et les proches étaient perçus comme le premier soutien logistique et psychologique. Ce rôle est corroboré par une autre étude qualitative proposant un modèle de soutien par les pairs et le réseau (25).

L'évolution sociétale et législative autour de l'ISG soulevait des points de vue divers et personnels. Du côté de la loi, le rapport d'évaluation sur le dispositif des séances d'accompagnement psychologique prévu pour fin 2024 n'a pas encore été publié (26).

L'hôpital de Rennes a montré un exemple d'application d'un « Parcours ISG » avec un livret d'explication contenant des coordonnées remis aux patientes (27).

Le besoin d'arrêt de travail variait selon la femme et le poste occupé : s'arrêter était bénéfique mais travailler parfois une échappatoire. Concernant cet arrêt la France a supprimé le délai de carence pour les arrêts liés à l'ISG depuis le 1^{er} janvier 2024 et renforcé la protection de la salariée. Il n'y a pas d'étude coût-efficacité disponible. En Australie, une enquête quantitative de 2021 auprès de 607 femmes montre qu'après une ISG la plupart sont en moyenne 7 jours en arrêt de travail et jugent essentiel l'accès à un congé payé spécifique (28).

Des mots sur des maux

Les femmes accordaient de l'importance au vocabulaire utilisé pour désigner l'ISG. Ces préférences de vocabulaire ont été explorées par une étude qualitative américaine en termes de compréhension mais non de ressenti (29). L'University College of London relevait l'impact du vocabulaire sur le deuil et le bien-être et soulignait l'importance de suivre les préférences des femmes (30).

Une étude quantitative de psychologie de N. Séjourné faite en 2010 a exploré les modalités selon lesquelles les femmes souhaiteraient être accompagnées. Les interventions jugées les plus utiles parmi celles proposées étaient une discussion approfondie avec le médecin, la possibilité de contacter un professionnel à tout moment, un meilleur suivi-médical post-intervention et des groupes de paroles. La prise en charge psychologique systématique n'était pas prioritaire (31).

Une étude qualitative australienne de 2021 ayant le même objectif que cette thèse retrouve des résultats similaires avec l'accent donné sur : anticiper la possibilité de fausse-couche, fournir d'avantage d'informations, offrir des soins empathiques et proposer un soutien psychologique spontanément (32).

Une revue narrative américaine de 2025 synthétise en recommandant une approche centrée patiente avec des soins individualisés et intégrant ses choix pour augmenter son ressenti de contrôle (33). Cela correspond chez les femmes interrogées dans cette thèse à l'expression du souhait d'un suivi individuel adapté à leurs besoins singuliers au sein d'un vécu universel.

Forces et limites

Forces de l'étude :

Il s'agit d'un sujet médical et sociétal d'actualité. Choisir une étude qualitative était le plus adapté afin de laisser la parole aux femmes. Aucune étude qualitative n'avait été réalisée en France dans ce but lors de son commencement.

Il a été décidé d'exclure les femmes dont l'ISG remontait à plus de 2 ans afin de limiter un potentiel biais de mémorisation concernant le suivi après leur ISG. Le codage en double aveugle et la triangulation des données ont permis d'augmenter la fiabilité de l'analyse et la validité interne de l'étude. La grille internationale SRQR a été utilisée pour en vérifier la qualité méthodologique et tous les critères ont été respectés.

La validité externe repose sur la concordance avec la littérature internationale.

Limites :

Ce travail de recherche était le premier de l'investigatrice. La réalisation des entretiens ouverts a pu parfois être dirigée ou l'analyse incomplète en regard de son absence d'expérience en recherche qualitative. Les 3 premiers entretiens ont été réalisés avec l'investigatrice de la thèse miroir permettant de critiquer et d'améliorer le déroulé des suivants.

Deux entretiens ont eu lieu par téléphone occasionnant la possible perte de données non verbales. Dans le but d'évaluer l'après et le suivi, nous avons attendu quelques semaines avant d'interroger les femmes dont l'ISG était trop récente. Ce critère d'inclusion n'avait pas été anticipé au départ et le délai après l'ISG non fixé.

Les femmes étaient recrutées sur la base du volontariat. On peut supposer qu'il existait chez elles un questionnement et un intérêt préalable pour le sujet.

Les entretiens se sont arrêtés après le huitième pour des raisons de temps et de difficultés de recrutement, l'absence de nouveau thème émergent n'a pas pu être confirmée par deux entretiens supplémentaires.

Perspectives

Les besoins des femmes décrits dans cette thèse sont concordants avec la littérature internationale. Il ne semble pas nécessaire de poursuivre un travail qualitatif descriptif sur ce sujet.

En revanche plusieurs points pourraient être explorés afin d'améliorer la prise en charge en pratique :

- Comment replacer le médecin généraliste au cœur de la prise en charge de ces femmes ?
- Quels sont les freins des femmes à consulter leur MT dans les suites d'une ISG ?
- Évaluation de dispositifs concrets instaurés suite aux retours des patientes comme une salle d'attente séparée, des documents et un accès à l'information, des groupes de paroles.
- Évaluation de l'efficacité de la mise en place systématique d'un rendez-vous de suivi organisé avec le MT, ou même du fait de conseiller aux patientes sortant des urgences de consulter leur MT.

Les résultats de l'évaluation du dispositif mis en place par l'Etat et de l'évaluation du suivi psychologique sont attendus.

CONCLUSION

L'ISG est un évènement intime et marquant, aux répercussions psychiques, physiques, médicales et sociales. Les femmes expriment un besoin de reconnaissance, d'accompagnement personnalisé, d'information claire et d'espaces de parole pour traverser ce deuil. Un suivi standardisé n'a pas sa place dans l'après ISG.

L'approche centrée patient au centre des compétences du médecin généraliste semble adaptée à individualiser le suivi et répondre à cette demande des femmes. Il peut fournir une attitude empathique ainsi qu'un espace d'écoute, de parole et d'information a posteriori.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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*. 2021 May 1;397(10285):1658–67.
2. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2005 Sep;34(5):513.
3. Rakotoarimanana C. Fausses couches spontanées précoces : rôle du médecin généraliste et améliorations possibles en Occitanie. 2022 Mar 24;74.
4. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin A. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Mar 31;22(1):270.
5. Uranga-harismendy M. Suivi de l'Avortement Spontané Précoce : état des lieux de la pratique des médecins généralistes. *Revue de Littérature*. Angers: Université Angers; 2020. p. 21.
6. Marche J. Vécu et représentations de la prise en charge des fausses couches spontanées précoces: attentes des femmes de la part des professionnels de santé [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
7. Normand J. Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne. Faculté de santé; 2019.
8. Pepin R. Critères de satisfaction des patientes, dans la prise en charge d'une fausse couche précoce et place du médecin généraliste au cours de cet événement [Thèse d'exercice]. [France]: Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine; 2018.
9. Sénat [Internet]. [cited 2023 Jul 7]. Couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse. Available from: <https://www.senat.fr/leg/tas22-099.html>
10. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health*. 2010 Apr;13(2):111–24.
11. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2019 Apr;32(2):137–46.
12. Bilardi JE, Temple-Smith M. We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support? *Fertil Steril*. 2023 Nov;120(5):937–9.
13. Murphy FA, Lipp A, Powles DL. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Mar 14;2012(3):CD008679.
14. Nikcević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *J Psychosom Res*. 2007 Sep;63(3):283–90.
15. Palas Karaca P, Oskay ÜY. Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspect Psychiatr Care*. 2021 Jan;57(1):179–88.
16. Masson E. EM-Consulte. [cited 2025 Aug 27]. Women's desires for mental health support following a pregnancy loss, termination of pregnancy for medical reasons, or abortion: A report from the STRONG Women Study. Available from: <https://www.em-consulte.com/it/article/1616183/women-s-desires-for-mental-health-support-followin>
17. Barbe C, Boiteux-Chabrier M, Charillon E, Bouazzi L, Maheas C, Merabet F, et al.

- Utility of early, short psychological care for women who experience early miscarriage: protocol for the randomized, controlled MisTher trial. *BMC Psychol.* 2023 Nov 3;11(1):368. 18. <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ec8e8e72-19bc-46c7-8172-2fa4aa74d56c?inline> [Internet]. [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/ec8e8e72-19bc-46c7-8172-2fa4aa74d56c?inline>
19. GIRAUD Ludyvine _thèse_biffé.pdf [Internet]. [cited 2025 Sep 2]. Available from: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04593190v1/file/GIRAUD%20Ludyvine%20_th%C3%A8se_biff%C3%A9.pdf
20. Lou S, Frumer M, Schlütter MM, Petersen OB, Vogel I, Nielsen CP. Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: a qualitative study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* 2017 Dec;20(6):1320–9.
21. Debest C, Hertzog IL. “Désir d’enfant - devoir d’enfant.” *Rech Sociol Anthropol.* 2017 Dec 1;(48–2):29–51.
22. Mergl R, Quaat SM, Edeler LM, Allgaier AK. Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *Eur J Psychotraumatology.* 2022;13(2):2108578.
23. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008 Jun;29(2):105–13.
24. Toward Optimal Emotional Care During the Experience of Miscarriage: An Integrative Review of the Perspectives of Women, Partners, and Health Care Providers - PubMed [Internet]. [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36370053/>
25. The miscarriage circle of care: towards leveraging online spaces for social support | BMC Women’s Health | Full Text [Internet]. [cited 2025 Aug 27]. Available from: <https://bmcmenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-01597-1>
26. Sénat [Internet]. [cited 2025 Aug 27]. Contrôle de l’application de la loi visant à favoriser l’accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche. Available from: <https://www.senat.fr/application-des-lois/pp122-417.html>
27. Parcours ISG [Internet]. Réseau Périnatalité Bretagne. [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://perinatalite.bzh/axes-thematiques/accompagnement-psychique-perinatal/parcours-fausse-couche/>
28. Keep M, Payne S, Carland JE. Experiences of Australian women on returning to work after miscarriage. *Community Work Fam.* 2023 Mar 15;26(2):258–67.
29. Clement EG, Horvath S, McAllister A, Koelper NC, Sammel MD, Schreiber CA. The Language of First-Trimester Nonviable Pregnancy: Patient-Reported Preferences and Clarity. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133(1):149–54.
30. UCL. UCL News. 2024 [cited 2025 Aug 27]. Clinical language describing pregnancy loss can actively contribute to grief and trauma. Available from: <https://www.ucl.ac.uk/news/2024/sep/clinical-language-describing-pregnancy-loss-can-actively-contribute-grief-and-trauma>
31. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Support following miscarriage: what women want. *J Reprod Infant Psychol.* 2010 Nov 1;28(4):403–11.
32. Yu AY, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health care support following miscarriage in Australia: a qualitative study. How can we do better? *Aust J Prim Health.* 2022 Feb 2;28(2):172–8.
33. Garel KLA, White KO, Treder KM. Optimizing Pregnancy Loss Care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2025 Jun;52(2):289–302.

ANNEXES**Annexe 1 : Extrait du journal de bord manuscrit**

le 13/02/24, 1^{er} entretien
Patiente

[REDACTED] à son domicile. Calme et accueillant, on a le temps.

- Se prête bien à jeu ++ bcp de données, se livre énormément. Aparent émotionnellement chargé.
- Bcp info sur détails en rigueur et retenu psychologiquement pendant

A fait 1 question à guide à départ: Paris ++

Annexe 2 : Affiche de recrutement

**Vous avez vécu une fausse-couche précoce au cours de
ces deux dernières années ?
Venez me raconter votre vécu**

Je m'intéresse aux expériences individuelles des femmes dans le cadre d'une
recherche afin d'en faire évoluer la prise en charge.



Image freepik.com

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Chloé Ancelet
chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr

Annexe 3 : Fiche d'information patiente

Bonjour, je suis **Chloé Ancelet**, étudiante en **médecine générale**. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi dirigé sur **votre vécu et vos attentes concernant votre suivi après une interruption spontanée de grossesse** (également appelée fausse-couche précoce).

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier **votre vécu afin d'adapter la prise en soin et augmenter le degré de satisfaction des futures patientes**. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous **devez avoir vécu une interruption spontanée de grossesse (fausse couche) avant le terme de 14 semaines d'aménorrhée (date des dernières règles) il y a moins de 2 ans**.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le **n°2023-161** au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : **chloe.ancelet.etu@univ-lille.fr**

Annexe 4 : Guide d'entretien version initiale

Guide d'entretien V1

1) Présentation

Bonjour,

Je m'appelle Chloé Ancelet, je suis actuellement en dernière année d'étude pour être médecin généraliste.

Dans le cadre de ma thèse je m'intéresse au thème de l'avortement spontané précoce, qu'on appelle plus couramment fausse couche. Je m'intéresse plus particulièrement au point de vue des patientes et de leur vécu.

Dans ce contexte nous allons réaliser un entretien au cours duquel je vais vous laisser me raconter votre expérience de cet événement. Mon objectif est de recueillir votre vécu et celui d'autres femmes afin de mieux le comprendre et par la suite mieux répondre aux besoins des femmes.

→ Signature consentement écrit + info sur données personnelles à donner

2) Guide d'entretien

Préalable : Age, sexe, lieu habitation (rural/urbain...), catégorie socio-professionnelle, parité, existence d'un médecin traitant et distance avec lui et hôpital.

Question ouverte: **Comment auriez-vous voulu être accompagnée en médecine générale suite à votre interruption ponctuelle de grossesse (également appelée fausse couche) ? (pour vous sentir bien ?)**

Sujets à aborder au cours de l'entretien : Aide mémoire

- **Généralités sur l'ASP :**
Date, lieu, prise en charge en aigu, recours et professionnels consultés, vécu global
→ Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est déroulée votre fausse couche ?
- **Vécu de l'après :**
→ Comment se sont déroulés les jours suivant votre ASP ? Quel est votre ressenti sur la période ayant suivi cet événement ?
- **Prise en charge médicale de l'après :**
→ Avez-vous consulté dans les jours qui ont suivi ? (Qui, où, à l'initiative de qui, pourquoi, à quelle fréquence)
Avez-vous été examinée ou fait des examens ? (Physiques, biologiques, imagerie)
- **Souhaits de la patiente :**
→ Quel aurait été pour vous le suivi idéal ? Aviez-vous des attentes concernant les professionnels de santé ?
→ Comment s'est déroulée la suite / Comment vous sentez-vous par rapport à une prochaine grossesse ?
→ Si cela était amené à se reproduire, est-ce que vous aimeriez qu'il se passe des choses différemment ?

Annexe 5 : Guide d'entretien version finale

Guide d'entretien V3 au 01/11/2024

1) Présentation

Bonjour,

Je m'appelle Chloé Ancelet, je suis actuellement en dernière année d'étude pour être médecin généraliste.

Dans le cadre de ma thèse je m'intéresse au thème de l'avortement spontané précoce, qu'on appelle plus couramment fausse couche. Je m'intéresse plus particulièrement au point de vue des patientes et de leur vécu.

Dans ce contexte nous allons réaliser un entretien au cours duquel je vais vous laisser me raconter votre expérience de cet événement. Mon objectif est de recueillir votre vécu et celui d'autres femmes afin de mieux le comprendre et par la suite mieux répondre aux besoins des femmes.

→ Recueil consentement oral + note d'information à remettre

2) Guide d'entretien

Préalable : Age, sexe, lieu habitation (rural/urbain...), catégorie socio-professionnelle, parité, existence d'un médecin traitant et distance avec lui et hôpital.

Question ouverte: **Comment auriez-vous voulu être accompagnée en médecine générale suite à votre interruption spontanée de grossesse (également appelée fausse couche) ? (pour vous sentir bien ?)**

Sujets à aborder au cours de l'entretien : Aide mémoire

- **Généralités sur l'ASP** :
Date, lieu, prise en charge en aigu, recours et professionnels consultés, vécu global
→ Est-ce que vous pouvez me raconter comment s'est déroulée votre fausse couche ?
- **Vécu de l'après** :
→ Comment se sont déroulés les jours suivant votre ASP ? Quel est votre ressenti sur la période ayant suivi cet événement ?
- **Prise en charge médicale de l'après** :
→ Avez-vous consulté dans les jours qui ont suivi ? (Qui, où, à l'initiative de qui, pourquoi, à quelle fréquence)
Avez-vous été examinée ou fait des examens ? (Physiques, biologiques, imagerie)
- **Souhaits de la patiente** :
→ Quel aurait été pour vous le suivi idéal ? Aviez-vous des attentes concernant les professionnels de santé ?
→ Comment s'est déroulée la suite / Comment vous sentez-vous par rapport à une prochaine grossesse ?
→ Si cela était amené à se reproduire, est-ce que vous aimeriez qu'il se passe des choses différemment ?
- Est-ce que vous avez entendu parler du projet de loi « fausse-couche » ? Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Pourquoi est-ce que vous avez souhaité participer / En quoi c'était important pour vous ?
- Qu'est-ce que vous pensez du changement de terme (Fausse-couche vs ISG) ?

Annexe 6 : Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Suivi médical après une interruption spontanée de grossesse (ISG): Vécu et souhaits des patientes
Référence Registre DPO : 2023-161
Responsable scientifique : Mme Judith OLLIVON Interlocuteur : Mme Chloé ANCELET

Fait à Lille,

Le 5 octobre 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 7 : Grille SRQR

N°	Objet	Item	Dans la thèse
Titre et résumé			
S1	Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative ou d'indiquer le type d'approche (ex : ethnographique, <i>théorisation ancrée / grounded theory</i>) ou les méthodes de recueil de données (ex : entretien de recherche, <i>focus group</i>).	Titre, page 1
S2	Résumé	Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format requis par la revue ciblée ; cela inclut typiquement : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et les conclusions.	4 ^{ème} de couverture
Introduction			
S3	Formulation du problème	– Description et importance du problème/phénomène étudié. – Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents. – Énonciation du problème.	Introduction, page 9 et 10
S4	Objectif ou question de recherche	Objectif de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.	Introduction page 10
Méthodes			
S5	Approche qualitative et paradigme de recherche	– Type d'approche qualitative (ex. ethnographique, <i>théorisation ancrée / grounded théorique</i> , étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et éventuellement champ théorique. – Identifier le paradigme de recherche (ex. postpositiviste, constructiviste /interprétatif) est également recommandé. – Justifications	Méthode page 11
S6	Caractéristiques et réflexivité des chercheurs	– Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche, y compris les caractéristiques personnelles, les qualifications/expériences, la relation avec les participants, les postulats de départ et/ou présupposés. - Exploration de l'interaction potentielle ou réelle entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, l'approche, les méthodes, les résultats et/ou la	Discussion page 45

		transférabilité (ie, <i>l'applicabilité des résultats à d'autres contextes empiriques</i>).	
S7	Contexte	– Cadre/terrain de l'étude et facteurs contextuels marquants. – Justifications.	Introduction page 9 et 10
S8	Stratégie d'échantillonnage	– Comment et pourquoi les participants, les documents ou les événements étudiés ont été sélectionnés. – Critères de décision utilisés pour la taille de l'échantillon (ex. saturation de l'échantillon). – Justifications.	Méthode page 11
S9	Questions éthiques relatives aux êtres humains	– Informations relatives à l'autorisation par un comité d'éthique approprié et à l'obtention du consentement des participants, ou justification de l'absence de tels éléments. - Autres renseignements relatifs aux questions de confidentialité et de sécurité des données.	Méthode page 12
S10	Méthodes de recueil de données	– Types de données recueillies. – Détails des procédures de collecte de données, y compris le cas échéant : les dates de début et d'arrêt de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif (c'est-à-dire l'adaptation des outils de recueil lors du processus de va-et-vient entre le terrain et les outils de recueil), la triangulation des sources/méthodes, et la modification des procédures en réponse à l'évolution des résultats de l'étude. – Justifications.	Méthode page 12 et 13
S11	Instruments et outils de recueil des données	– Description des instruments de recueil (ex. guides d'entretien, questionnaires à questions ouvertes) et des outils utilisés (ex. enregistreurs audio) pour la collecte des données. – Préciser si et comment les outils ont changé au cours de l'étude.	Méthode page 12

S12	Unités d'étude	– Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude. – Niveau de participation (cela pourrait être rapporté dans les résultats)	Résultats page 1 et Annexe 1
S13	Traitement des données	Les méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse comprennent la retranscription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de la qualité des données, le codage des données et l'anonymisation/déidentification des extraits cités.	Méthode page 12 et 13
S14	Analyse des données	Les méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse comprennent la retranscription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de la qualité des données, le codage des données et l'anonymisation/déidentification des extraits cités.	Méthode page 12 et 13
S15	Technique pour améliorer la fiabilité	– Procédure par laquelle les inférences, les thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y comprenant l'implication des chercheurs dans l'analyse des données. – Généralement, besoin de se référer à un paradigme ou à une approche spécifique. – Justifications.	Méthode page 12 et 13
Résultats			
S16	Synthèse et interprétation	– Principaux résultats (ex. interprétations, inférences et thèmes). – Peut inclure le développement d'une théorie ou d'un modèle, ou la mise en perspective avec des recherches ou des théories antérieures.	Section résultats et schéma page 40
S17	Liens avec des données empiriques	Éléments exploitant les résultats (ex. citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies).	Annexe 8 page 59
Discussion			

S18	Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude	– Bref résumé des principaux résultats – Explication de la manière avec laquelle les résultats et les conclusions sont en lien, soutenir, élaborent ou récusent les conclusions de travaux de recherche antérieurs. – Discussion de la portée de la recherche quant à l'application /généralisabilité des résultats. – Montrer en quoi la recherche contribue de façon singulière au corps de connaissances dans une discipline ou un domaine	Discussion page 41-46
S19	Limites	Fiabilité et limites des résultats	Forces et limites page 45
Autres			
S20	Conflits d'intérêts	– Sources potentielles d'influence ou influence perçue lors de la réalisation de l'étude et des conclusions. – Comment celles-ci ont été gérées.	Méthode page 13
S21	Financement	– Sources de financement et autres soutiens. – Rôle du financier dans le recueil des données, l'interprétation et la rédaction des résultats.	Méthode page 13

Annexe 8 : Tableau caractéristiques des patientes

	<u>Tranche d'âge</u>	<u>Catégorie socio-professionnelle</u>	<u>Milieu</u>	<u>Parité</u>	<u>Médecin traitant</u>	<u>Dernière ISG</u>
F1	35-45 ans (36 ans)	Cadre et professions intellectuelles supérieures	Urbain intermédiaire	G4P3	Déclaré, proche	18 mois
F2	25-35 ans (28 ans)	Autre personne sans activité professionnelle	Urbain intermédiaire	G3P2	Déclaré, proche	7 mois
F3	25-35 ans (34 ans)	Profession intermédiaire	Urbain	G2P1	Déclaré, proche	7 mois
F4	25-35 ans (33 ans)	Profession intermédiaire	Urbain intermédiaire	G2P1	Déclaré, proche	12 mois
F5	25-35 ans (27 ans)	Profession intermédiaire	Urbain	G2P0	Déclaré, proche	6 mois
F6	35-45 ans (36 ans)	Employés	Urbain	G5P1	Déclaré, proche	23 mois
F7	25-35 ans (31 ans)	Cadre et professions intellectuelles supérieures	Urbain	G4P1	Aucun	4 mois
F8	18-25 ans (21 ans)	Ouvrier	Urbain	G6P1	Déclaré, à 15km	20 mois

Annexe 9 : Tableau caractéristiques des entretiens

	<u>Date</u>	<u>Lieu</u>	<u>Durée</u>
Femme 1	Février 2024	Domicile	44min
Femme 2	Mars 2024	Domicile	41min
Femme 3	Avril 2024	Cabinet médical	1h08min
Femme 4	Mai 2024	Domicile	36min
Femme 5	Octobre 2024	Lieu public	1h14min
Femme 6	Février 2025	Lieu public	40min
Femme 7	Avril 2025	Téléphonique	33min
Femme 8	Mai 2025	Téléphonique	55min

AUTEUR(E) : Nom : ANCELET

Prénom : CHLOE

Date de soutenance : 14/10/2025

Titre de la thèse : Suivi après une interruption spontanée de grossesse (ISG) : Vécu et souhaits des femmes au travers d'une étude qualitative

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés: spontaneous abortion; early pregnancy loss; aftercare; general practice

Résumé

Introduction : L'interruption spontanée de grossesse (ISG) est une source de souffrance complexe s'apparentant à un deuil. Les femmes sont insatisfaites de leur prise en charge surtout aigüe. Le suivi n'est pas codifié et le médecin traitant, actuellement en dehors du parcours de soin, a un rôle clef à jouer. Les modalités selon lesquelles les femmes souhaitent être accompagnées ont été peu explorées en France.

Objectifs : Décrire le vécu et les souhaits des femmes concernant leur suivi en médecine générale après une ISG afin d'adapter la prise en soin future.

Méthode : Étude qualitative avec analyse phénoménologique interprétative d'entretiens ouverts menés auprès de femmes volontaires ayant vécu une ISG précoce (avant 14 SA).

Résultats : Les femmes portaient la charge physique, psychologique et sociétale de leur maternité. Elles souhaitaient une reconnaissance de leur souffrance singulière au sein d'un vécu perçu comme universel. Elles accordaient de l'importance au vocabulaire utilisé pour mettre des mots sur leurs maux. Leurs récits étaient emplis de croyances et participaient à la quête de sens. Les émotions dont la culpabilité et la solitude étaient marquantes. Les proches et le conjoint apportaient le premier soutien logistique et émotionnel parfois maladroit. Le besoin d'arrêt de travail et la vision de l'évolution sociétale en cours étaient individuels. Elles attendaient une attitude empathique des PDS, une proposition de soutien psychologique systématique, l'accès à l'information a posteriori, un espace de parole disponible.

Conclusion : L'ISG est un évènement intime et marquant, aux répercussions psychiques, physiques, médicales et sociales. Les femmes expriment un besoin de reconnaissance, d'accompagnement personnalisé, d'information claire et d'espace de parole pour traverser ce deuil. Le médecin généraliste, par sa position de proximité, peut jouer un rôle central en proposant un espace d'écoute, de parole et d'information, plutôt qu'un suivi standardisé.

Composition du Jury :

Président : Professeur Damien Subtil

Assesseurs : Docteur François Quersin, Docteur Peggy Galiot

Directrice de thèse : Docteur Judith Ollivon