

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marine CHAIGNEAU

Née le 30/11/1994 à Orléans (45)

TITRE

**Ressentis du médecin généraliste dans l'accompagnement des femmes dans les suites
d'une fausse couche spontanée précoce : étude qualitative auprès de médecins
généralistes de l'Indre-et-Loire.**

Présentée et soutenue publiquement le 16/05/2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Docteur Alain AUMARECHAL, MCA, Faculté de Médecine– Tours

Docteur Christophe RUIZ, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Anaïde NOÉ-LAGRANGE, Médecine Générale – Saint-Martin-d'Auxigny (18)

Docteur Mélanie SANCHEZ, Médecine générale – Saint-Martin-d'Auxigny (18)

Membre invité :

Docteur Marc ZAFFRAN, Médecine Générale - Université de Montréal

Titre de la Thèse :

Ressentis du médecin généraliste dans l'accompagnement des femmes dans les suites d'une fausse couche spontanée précoce : étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Indre-et-Loire.

Résumé :

La fausse couche représente une fin brutale à un projet d'enfant lorsqu'elle survient dans un contexte de grossesse désirée. Les femmes ressentent principalement des douleurs psychiques, les douleurs physiques passent souvent au second plan. Le médecin généraliste prend en charge ces femmes à la phase initiale ou plus tardivement, tant sur le plan médical que psychologique. Ce travail vise à explorer le ressenti des médecins généralistes dans l'accompagnement des femmes présentant une fausse couche spontanée précoce.

Une étude qualitative a été réalisée auprès de dix médecins généralistes de l'Indre-et-Loire par entretiens semi-dirigés, puis analysés selon une approche par théorisation ancrée.

L'analyse a fait ressortir un cheminement réflexif des médecins interrogés lors de leur entretien. La fausse couche est un motif de consultation rare au cabinet de médecine générale alors qu'il s'agit d'un phénomène fréquent chez les femmes en âge de procréer. Il est peu notifié dans le dossier médical. Il existe une différence des représentations de la fausse couche entre le praticien et sa patiente pouvant être à l'origine d'un malaise en consultation. Elle est souvent considérée comme un événement bénin et fréquent à travers le prisme médical alors qu'elle peut être vécue comme une épreuve difficile à surmonter pour la patiente. Le médecin prend en compte le potentiel impact psychologique de cet événement. Il élabore ainsi des ressources pour accompagner les femmes à traverser cet événement de vie. Le médecin se remet en question durant l'entretien et verbalise les changements qu'il souhaite mettre en œuvre dans sa pratique.

L'analyse des ressentis des médecins interrogés a mis en lumière : l'importance de codifier la recherche des antécédents de fausses couches ; l'intérêt d'améliorer la communication ville-hôpital ; la nécessité de former les jeunes médecins sur cette thématique de santé ; le rôle pivot du médecin généraliste dans cette prise en charge centrée patiente. Le maître-mot étant l'écoute dans cette relation.

Mots-clés : Fausse couche ; Médecin généraliste ; Ressenti ; Qualitative ; Théorisation ancrée

Thesis Title :

General practitioner's feelings in supporting women following early spontaneous miscarriage: a qualitative study among general practitioners in Indre-et-Loire.

Abstract :

Miscarriage represents a sudden end to a childbearing project when it occurs in the context of a desired pregnancy. Women primarily experience psychological pain, with physical pain often taking a backseat. The general practitioner takes care of these women either initially or later, both medically and psychologically. This work aims to explore the feelings of general practitioners in supporting women experiencing early spontaneous miscarriage.

A qualitative study was conducted with ten general practitioners from Indre-et-Loire through semi-structured interviews, which were then analyzed using a grounded theory approach.

The analysis highlighted a reflective process among the interviewed physicians. Miscarriage is a rare consultation reason in general medical practice, although it is a common phenomenon among women of childbearing age. It is seldom recorded in the medical file. Discrepancies exist in the perceptions of miscarriage between the practitioner and the patient, leading to discomfort during the consultation. It is often considered a benign and frequent event through the medical prism, while it can be experienced as a difficult ordeal to overcome for the patient. Physician considers the potential impact of this event and develops resources to help women get through this life event. The physician reevaluates themselves throughout the interview and articulates the changes they wish to implement in their practice.

The analysis of the feelings of the doctors interviewed has highlighted: the importance of codifying the search for histories of miscarriages; the value in improving city-hospital communication; the necessity of training young doctors on this health theme; the central role of the general practitioner in this patient-centered care. The key word being listening in this relationship.

Keywords : Miscarriage ; General practitioner ; Feeling ; Qualitative ; Grounded theory

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER –
J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J.
CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA
LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES –
D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE
– Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE
– G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT
– H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER
– J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D.
SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Eric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BISSON Arnaud.....	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GUEGUINOU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste

EL AKIKI Carole.....Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie.....Orthophoniste

SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements

À la Présidente du jury,

Madame le Professeur Clarisse DIBAO-DINA,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Veillez recevoir mes sincères remerciements.

Aux membres du jury,

Monsieur le Docteur Alain AUMARECHAL,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'évaluer ce travail et de siéger parmi les membres de ce jury.

Je vous prie de bien vouloir accepter le témoignage de ma vive gratitude.

À Monsieur le Docteur Christophe RUIZ,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de siéger parmi les membres de ce jury.

Je vous prie de bien vouloir accepter le sentiment de ma respectueuse gratitude.

À Monsieur le Docteur Marc ZAFFRAN

Vous m'avez fait la faveur d'évaluer ce travail et de siéger en tant que membre invité dans ce jury. J'ai lu votre livre « Le chœur des femmes » pendant mon stage chez le Docteur Anaïde Noé-Lagrange, il a fait sens quand je me questionnais sur ma pratique de la gynécologie. Ce livre est certainement une des raisons de cette question de recherche. Votre présence dans ce jury termine la boucle.

Veillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Anaïde NOÉ-LAGRANGE

Tu m'as fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Je te remercie pour ton soutien, ta rigueur et ton indispensable aide dans ce travail. Je te remercie également pour tes encouragements et ta bienveillance. Je suis reconnaissante de ce stage à la Cybèle. Tu m'as permis de prendre confiance en moi, de faire confiance à mes ressentis. Il y a eu un avant et un après ce stage. J'ai appris beaucoup sur la communication dans la relation soignant-soigné. Tu m'as appris la technique de pose dite en « directe » du stérilet, et ainsi éviter la pince de Pozzi et tellement de choses encore. Tu as eu une excellente idée de penser au docteur Marc Zaffran comme membre du jury et pour cela aussi, je te remercie. Je suis heureuse de t'avoir rencontré, tu as de très belle qualité de générosité, de positivisme, que tu partages autour de toi.

À Madame le Docteur Mélanie SANCHEZ

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de co-diriger ce travail. Je te remercie pour ta gentillesse, ton soutien, tes encouragements depuis le début de cette aventure ensemble. Je remercie grandement l'aide que tu m'as apportée dans ce travail notamment pour la dernière ligne droite. Je suis ravie d'avoir fait ce chemin ensemble, souvent sinueux mais très intéressant. Je suis

heureuse de t'avoir rencontré à la Cybèle et d'avoir passé avec vous de très bons moments de partage et d'échange.

Aux médecins généralistes participants

Merci beaucoup de votre confiance et de m'avoir partagé votre point de vue.

À Justine Montès,

Médecin généraliste,

Merci pour ce travail de triangulation.

À Hélène Hénique,

PH de médecine interne,

Merci d'avoir rendu inoubliable mon stage au CHU. Grâce à toi j'ai amélioré mes connaissances en diabétologie et en médecine interne, je suis devenue un as pour traiter les constipations. Mais surtout j'ai découvert une belle personne, avec qui je rie beaucoup, et que j'apprécie retrouver pour discuter de nos vies respectives.

À Delphine Leroux-Farrugia,

Médecin généraliste,

Tu m'as accompagné dans mes premiers pas en médecine générale, lors de mon premier stage chez le praticien. Tu m'as permis de découvrir ta prise en charge très humaine auprès de tes patients. Nous avons pu échanger autour de notre passion commune des orchidées. Merci pour tout.

À Arthur, Vincent, Amélie, Arnaud, Aurélie, Jean, Judit, Manon,

Médecins généralistes,

Merci pour les remplacements, merci de m'avoir fait confiance.

Merci pour les équipes des différentes maisons de santé, j'ai toujours été très bien accueilli par tous les professionnels.

Une grande pensée pour notre équipe entièrement féminine de la maison de santé de Saint Epain que je vais bientôt rejoindre officiellement : à Raphaëlle, Mélissa, Aline (l'équipe IDE), à Barbara (orthophoniste), à Clotilde (secrétaire médicale), à Judit et Manon (médecins généralistes). Une pensée également pour l'équipe de la pharmacie qui nous complète si bien.

À la famille

À mes amours, mon noyau. À toi mon cœur, je te remercie pour ton soutien, tes encouragements, ton amour, pour nos projets et évidemment de m'avoir donné le plus beau des cadeaux. À toi ma Swann, je remercie ton amour inconditionnel, ta joie de vivre, ton sourire, nos moments de tendresse. Je suis si fière de tes progrès, de te voir grandir, d'être ta maman.

Je vous aime.

À mes parents, je vous remercie de votre éternel soutien l'un et l'autre depuis le début de l'aventure médecine et depuis bien avant d'ailleurs. À toi ma maman d'avoir essuyé les larmes et de ton écoute. À toi papa de l'apaisement que tu m'apportes, de l'amour que tu me portes.

Je vous aime.

À ma Lola, mon schtroumpf, celle qui est aussi mon bébé. Je remercie ton éclat, ta bienveillance envers moi, la confiance dont tu me témoignes, ton amour.

Je t'aime.

Une pensée pour ton inséparable Ben, qui a souvent joué avec ma Swann pour me permettre de travailler.

À ma Juju, ma lumineuse petite sœur. Simplement, tu me manques.

Je t'aime.

Merci à mon papy Georges de ton affection.

Merci à ma mamie Marlène qui me donne depuis toujours beaucoup de tendresse.

Merci à ma Julie, à Mimi, à David, à Zoé pour votre affection et votre intérêt pour mes projets.

À Ben, Lolo, Stan, Marie, Mexy, Steph, Yann, mamie Ninja, Choupette, Nono, Matéys, Marine, Nana, Fabrice, Emma, Nathan et Mathéo.

Ma belle-famille, je vous remercie pour votre soutien sous toutes ses formes. Je vous remercie de l'accueil que vous m'avez fait. Mais surtout je vous remercie pour votre présence auprès de nous trois.

Une pensée particulière pour Nana qui a assuré au pied levé la garde de Swann pour me permettre de travailler.

Aux amis

À Hélène, l'amie de toujours ou presque. Un grand merci pour ton infaillible amitié. Merci pour nos jeux d'enfants, nos heures passées au téléphone à se raconter nos vies, ton soutien dans les moments compliqués. Une pensée pour Seb et l'adorable Émilie.

À Malvina, merci de ton amitié qui dure depuis le collège. Merci de ta bonne humeur, ta sincérité et ta gentillesse. Une pensée pour Isaac, Joey et la future petite sœur.

Les amies du lycée

À Sindy, merci de ton soutien, de nos discussions interminables sur tous les sujets, je te remercie pour ta loyauté et ta présence.

À Lola, merci de ton amitié, ton enthousiasme, ton indispensable coup de pouce pour ce travail, par tes longues heures d'écoutes et ta réactivité.

Je vous embrasse.

Les amies de la fac

À Sara, Mathilde, Angeline, Mathieu et Baptiste

Merci à vous pour nos soirées de franche rigolade, pour nos week-ends et vacances, toujours des coins sympas à découvrir, des moments de repos et de fête.

À vous Fook et Ingrid, merci pour nos soirées à refaire le monde. Si heureuse d'être bientôt témoin de votre amour. A mon Nono, j'ai rencontré tes parents, tu venais juste de naître, un grand garçon maintenant pour qui j'ai beaucoup de tendresse, que tu transmets si bien à notre Swann.

À Gadzou, à Mama, à Arthur, merci pour nos voyages passés et à venir. Merci pour ces moments de partage.

À Alex, Tatan, Mimi, Sylvain, Aline, Babar, Chemin, Adeline, Clem, Métal

Merci de ces soirées partagées autour d'un barbecue, une virée moto, des vacances entre copains... (Et leurs enfants : Mattéo et Camille, Lucas et Laurine, Léo et Agathe)

À Justine, découverte avec ce travail, cette rencontre est une très bonne surprise. Je me rends compte de notre vision commune sur plein de sujets. Je te remercie pour tes encouragements et ton aide.

"La perte de grossesse affecte jusqu'à une femme sur deux, et pour de nombreuses femmes, ce sera l'événement le plus traumatisant de leur vie".

Professeur Tom Bourne, communiqué de l'Imperial College London.

« Je pense que... Voilà, une petite ligne de plus quand on nous apprend, quand on nous parle de la fausse couche, nous dire que ça peut être traumatisant, ça peut être bien ! [...] Oui pas dire juste « ce n'est pas grave ». Parce que des choses pas graves peuvent être traumatisantes. (Silence) »

Médecin généraliste 8 de l'étude.

Abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : Antécédent

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

FC : Fausse couche

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

PEC : Prise en charge

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'Aménorrhée

Table des matières

Résumé	2
Abstract	3
Liste des enseignants	4
Serment d’Hippocrate	9
Remerciements	10
Préface	14
Abréviations	15
Introduction	17
Matériels et méthodes	19
Résultats	22
Caractéristiques des médecins interrogés	22
Tableau 1	22
Analyse	23
I- Ressenti du médecin généraliste : la fausse couche est une situation rare.	23
II- Une situation malaisante	28
III- Le médecin prend en compte l’impact de cet évènement de vie sur sa patiente.	34
IV- Le MG élabore des ressources pour accompagner les femmes et découvre ses rôles dans la prise en charge de la fausse couche.	39
V- Le médecin généraliste se remet en question, réfléchit à sa posture et verbalise les changements qu’il souhaite mettre en œuvre dans sa pratique.	48
Discussion	58
I- Forces et limites	58
II- Principaux résultats	58
III- La loi reconnaît la fausse couche, elle sort de son tabou	62
Conclusion	68
Références bibliographiques	64
Annexes	66
Annexe 1 : Trame d’entretien initial	66
Annexe 2 : Trame d’entretien final	66
Annexe 3 : Fiche Consentement de participation au projet de Thèse	68
Annexe 4 : Analyse axiale	69

Introduction

La fausse couche spontanée précoce est un événement fréquent, elle complique 10 à 20% des grossesses et concernera une femme sur quatre au cours de sa vie (1). La fausse couche (FC) est le terme qui désigne la perte d'une grossesse avant 22 semaines d'aménorrhées (SA), elle est dite précoce s'il elle survient avant 14 SA selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) (2).

L'avènement de la contraception en 1967 et du droit à l'IVG en 1974 ont permis aux femmes de s'émanciper. L'enfant devient alors un projet pour le couple, la grossesse peut être planifiée. Il y a une projection de l'enfant à naître, ayant pour conséquence la naissance du sentiment d'être mère pour les femmes dès le début de la grossesse (3).

Les femmes et leurs conjoint(e)s ont tendance à personnifier l'embryon, en le nommant ; il fait partie de la famille (4). La fausse-couche met alors un terme au projet, il s'agit d'une épreuve à surmonter, pour les femmes car même si elle est précoce, elle « représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur » (5).

Une femme interrogée dans l'étude qualitative de Charlotte De Farcy de Pontfarcy déclarait « C'est l'arrêt brutal d'une grossesse physique et en même temps c'est l'arrêt brutal de toutes les projections » (3).

L'évènement de fausse couche est ressenti comme une urgence par les femmes rendant nécessaire des moyens techniques pour la prise en charge des symptômes. Les femmes se tournent alors vers le secteur hospitalier notamment les urgences en cas de fausse couche. Le compte-rendu est loin d'être systématique. Les patientes ne sont pas réorientées systématiquement vers leur médecin généraliste pour la suite de leur prise en charge (4). Les freins cités par les femmes à la non-consultation de leurs médecins généralistes dans le cadre d'une fausse couche sont l'absence d'échographe, le sentiment d'urgence ressenti de la situation vécue, la meilleure disponibilité des urgences, le présupposé que le médecin généraliste n'est pas suffisamment formé sur cette pathologie (6).

La population générale se sert de plus en plus d'Internet comme média. Soixante-neuf pour cent de la population française utilisent internet dans le cadre de recherches de santé avec une surreprésentation des femmes dans les « internautes santé » et notamment pendant leur grossesse (7). Les patientes peuvent en tapant les symptômes de fausse couche ou le mot « fausse couche » être orientées sur le site Ameli.fr. Ce dernier conseille aux femmes de consulter un médecin en cas de symptômes faisant évoquer une fausse couche. Le site oriente vers les urgences en cas de saignements abondants ou de signe de choc. Il précise qu'il faut consulter leur gynécologue dans la journée si les saignements sont modérés. Le site n'oriente pas les femmes vers leur médecin généraliste. Il est cité seulement à la toute fin de l'article que les femmes peuvent consulter leur médecin si elles ont besoin d'un soutien psychologique sans désigner explicitement leur médecin généraliste ou leur médecin traitant (site ameli.fr mise à jour 01/03/2024) (8).

Les femmes ont ainsi pu exprimer certaines attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste. Pourtant, cette consultation, loin d'être systématique à la suite d'une fausse couche, n'est pas réellement codifiée (4). Elles exprimaient un besoin de comprendre la situation, avec une nécessité d'explication mais aussi un besoin d'être écoutée. Certaines femmes exprimaient le besoin d'être prévenue de ce risque de fausse couche dès le début de grossesse (4,6).

Le médecin généraliste est amené à prendre en charge des femmes faisant une fausse couche spontanée précoce à la phase initiale ou plus tardivement, tant sur le plan médical que psychologique (6). Les femmes ressentent principalement des douleurs psychiques lors d'une fausse couche, leurs douleurs physiques passant souvent au second plan. Elles parlent de « choc », de détresse psychique à la suite de cet évènement (4,6).

Le ressenti des femmes sur la prise en charge de leur fausse couche par le milieu médical a été exploré à plusieurs reprises par la littérature (6,9).

Cependant très peu d'études ont été faites sur le rôle des médecins généralistes dans cette prise en charge et encore moins sur leurs ressentis dans cette situation. Ce travail vise à explorer le ressenti des médecins généralistes dans l'accompagnement des femmes présentant une fausse couche spontanée précoce.

Matériels et Méthodes

Type d'étude

L'approche qualitative par théorisation ancrée a été utilisée pour connaître le ressenti des médecins généralistes autour de leur prise en charge des femmes réalisant une fausse couche. Le questionnement autour de la pratique du médecin généraliste et sur son ressenti en consultation a justifié la réalisation d'entretiens individuels.

Investigatrice

L'investigatrice de l'étude est une doctorante en médecine générale de l'université de Tours, ayant une activité de médecin généraliste remplaçant. C'est la première étude qualitative qu'elle réalise. Son but était d'interroger les médecins avec des questions ouvertes en laissant un temps suffisant de réponse, sans influencer leur discours en restant neutre. Le discours des participants a été souvent reformulé par l'investigatrice afin d'en vérifier la bonne compréhension. Certains médecins généralistes moins loquace, surpris par le sujet, ont bénéficié de quelques propositions pour tenter de les relancer.

Population cible et recrutement des participants :

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste exerçant dans le département de l'Indre-et-Loire. L'investigatrice les a sollicités sans préciser clairement son sujet d'étude. Il a été simplement évoquer une thématique de « santé de la femme » afin de garder une authenticité du discours. Il n'a pas été choisi d'envoyer le sujet par mail à tous les médecins de l'Indre-et-Loire pour éviter les biais de recrutement. Les médecins généralistes ne faisant pas de gynécologie ne se seraient pas sentis concernés par l'étude. Il a donc été préféré un échantillonnage en boule de neige, appelé également échantillonnage en chaîne.

Le lieu et la date de l'entretien étaient fixés avec le médecin, par téléphone, par mail ou en présentiel. Le lieu de l'entretien choisi par le participant était un lieu calme, propice à l'échange, sans risque d'interruption. Ils ont été réalisés soit à leur cabinet, soit à leur domicile ou au domicile de l'investigatrice.

Les participants ont été recrutés avec un échantillonnage en chaîne en veillant à rechercher les variations maximales sur les caractéristiques des médecins interrogés.

Le critère de non-inclusion était le refus de participer à l'étude.

Le nombre d'entretien a été défini selon la méthode de saturation des données. Le recrutement a donc été fait au fur et à mesure de l'analyse des entretiens jusqu'à obtenir cette saturation.

Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face avec le médecin à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé et évolutif (version initiale et finale en annexe 1 et 2). L'ordre des questions et des réponses des participants, n'étant pas fixe. Ce guide a été scindé en deux parties.

La première partie abordait la thématique en questionnant le médecin sur la manière dont il recherchait les antécédents (ATCD) de fausse couche ; s'agissait-il d'une question codifiée lors de sa première consultation ou lors d'un éventuel suivi gynécologique.

Prévenir la patiente de ce risque de fausse couche lors de son début de grossesse a été recherché afin de connaître les habitudes du médecin interrogé autour de cette thématique.

Il était ainsi proposé de partir d'un exemple concret en se remémorant la dernière patiente accueillie ayant eu une fausse couche, si ce souvenir était disponible. Cela permettait de faire estimer une fréquence de cette situation rencontrée dans l'exercice du médecin interrogé.

Elle permettait d'introduire le sujet tout en installant un climat de confiance entre le médecin et l'investigatrice.

La seconde partie cherchait à obtenir le ressenti du médecin face à cette situation, ce que le médecin pouvait proposer, le rôle qu'il pouvait jouer pour ces femmes. Cette seconde partie était plus ouverte afin de laisser les médecins interrogés exprimer leur ressenti sans jugement.

Les entretiens ont été retranscrits dans un logiciel de traitement de texte (logiciel Word®), le plus fidèlement possible mot-à-mot, avec les soupirs, rires, silences, moment d'hésitation. Les attitudes non-verbales ayant interpellé l'investigatrice étaient également notées. Afin de conserver l'anonymat, un numéro a été attribué à chacun en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens (suivant le modèle MG1 pour médecin généraliste n°1 et ainsi de suite). Les noms propres et les lieux mentionnés ont été également rendus anonymes.

Analyse des données

L'analyse s'est faite dans l'ordre de recueil des données, à l'aide du logiciel NVivo®. Les verbatims ou propriétés étaient codés puis classés en catégories grâce à un codage ouvert, puis en axe de manière intuitive, pour créer un modèle global.

Les différents axes ont émergé à partir des verbatims et ont été classés ensuite. La rédaction des résultats a suivi ce modèle réalisé. Les différents axes ont été illustrés par différents verbatims dans la partie résultats.

Une triangulation des données a été réalisée avec une autre doctorante, ayant réalisé son encodage via le logiciel Sonal®. Ce double encodage a été fait à l'aveugle, suivi d'une confrontation des deux chercheuses permettant la triangulation.

Aspect éthique et réglementaire

Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli à l'oral au début de leur entretien. La confidentialité a été garantie par l'anonymisation des données en supprimant les noms propres et les lieux mentionnés. Tous les participants se sont vus accorder un numéro

d'anonymat par l'investigatrice lors de la retranscription des entretiens. Les fichiers audios ont été détruits à la fin de l'étude. Les participants ont signé une note d'information leur garantissant l'anonymat et la confidentialité des données ainsi que le droit de rétractation.

Cette étude se situe dans les recherches non concernées par la Loi Jardé. Ce projet de recherche n'impliquant pas de patients mais des professionnels de santé ne requiert pas l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP). Cette information a été validée par le Comité d'Ethique de la faculté de Tours le 13 octobre 2022.

Résultats

Caractéristiques des médecins interrogés

Au total, dix médecins généralistes en activité ont été intégrés dans cette étude, huit ont directement été recrutés par l'investigatrice. Leurs consentements ont été recueillis oralement puis par écrit au moment de l'entretien. Les deux derniers médecins ont été recrutés par un collègue et leurs consentements ont été recueillis par mail puis par écrit au moment de l'entretien. Deux médecins ont préféré décliner leur participation à l'étude faute de temps à la réalisation d'un entretien audio.

La majorité des occurrences est arrivée à saturation à partir du huitième entretien. Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'au dixième entretien. Un entretien test avait été réalisé préalablement afin de vérifier la fluidité des questions. Il a été retranscrit sans être analysé.

La durée des entretiens variait de 14 à 49 minutes avec une durée moyenne de 27 minutes par entretien.

Sur les dix médecins recrutés, il y avait 5 femmes et 5 hommes. Les âges des médecins s'étendaient de 32 à 66 ans avec une moyenne de 45 ans et demi. Ils exerçaient tous en activité libérale, à plusieurs, soit en MSP, soit en cabinet de groupe. Deux d'entre eux avaient une activité mixte (activité salariée supplémentaire). Excepté MG7, ils n'avaient pas de formation gynécologique spécifique ni de formation à l'IVG. Seul deux d'entre eux ne pratiquaient aucune consultation de gynécologie. Parmi eux, 5 avaient vécu des fausses couches personnellement ou dans leur couple. Ils étaient tous parents sauf MG2.

	MG 1	MG2	MG3	MG4	MG5	MG6	MG7	MG8	MG9	MG10
AGE	33	38	62	66	36	38	57	32	44	50
GENRE	M	F	M	M	F	F	F	M	F	M
TYPE EXERCICE	Libéral Groupe	Libéral MSP	Libéral MSP	Libéral MSP	Mixte	Libéral Groupe	Mixte	Libéral MSP	Libéral Groupe	Libéral Groupe
NB ANNEE EXERCICE	4	9	30	35	7	10	27	5	15	22
DONT TPS REMPLA INSTALLATION	0	1/2	2	3	2	9	1 an et 1/2	2	12	6
SPE GYNECO	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
FORMATION IVG	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
CONSULT GYNECO	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
NB ENFANTS	3	0	4	3	2	1	2	3	Oui	4
FC VIE PERSO	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
DUREE ENTRETIEN (MIN)	24'02	23'20	23'28	49'	16'37	32'01	21'52	14'02	29'20	36'03
LIEU ENTRETIEN	Cab	Cab	Dom MG	Dom Invest.	Cab	Dom MG	Cab	Cab	Cab	Cab

Tableau 1

Analyse

L'analyse ouverte a permis de faire ressortir 641 verbatims ou propriétés, qui ont pu être reclassés en 46 catégories regroupées en 5 axes afin de réaliser une analyse globale. Cette analyse axiale est disponible en annexe 3.

I – Ressenti du médecin généraliste : la fausse couche est une situation rare

1) La fausse couche est un motif de consultation rare au cabinet de médecine générale

A l'interrogatoire, les médecins généralistes signalent une situation peu fréquente en consultation. A la question sur l'estimation du nombre de fausses couches, certains l'estiment à 1 ou 2 par an (MG8, MG9, MG10), à 3 ou 4 par an pour MG1, MG2, MG6 et à 5 ou 6 par an pour MG5, MG7. Les deux autres médecins n'arrivent pas à le quantifier dans leur patientèle (moins d'une fois par an) n'ayant pas de souvenir récent de cette situation.

MG4 « ça remonte, ça remonte (à voix basse), ça remonte à plusieurs années (long silence) qui c'était ... (réfléchit, fait non de la tête) Non ! Sincèrement, je ne me souviens plus. C'est dire si ça remonte loin [...] »

2) Contraste entre la fréquence du phénomène biologique et le nombre de consultation en médecine générale pour ce motif

Pourtant ils reconnaissent tous que c'est une **situation fréquente chez les femmes en âge de procréer**.

MG1 « on a une expérience peut-être pas chaque femme mais chaque famille c'est sûr »

Ce **contraste est relevé d'ailleurs par certains des médecins** (MG2, MG7, MG9 et MG10).

MG2 « Ça arrive mais c'est que ça reste dans les consultes rares quand même. Mais qu'on rencontre euh, très rarement par rapport à la fréquence en consultation »

Les médecins évoquent plusieurs éléments pour comprendre cette discordance de fréquence.

La plupart d'entre eux font remarquer qu'ils font **peu ou pas de suivi gynécologique** (MG1, MG3, MG4, MG8, MG9). Ce suivi **peut alors être assuré par un autre professionnel de santé que le médecin traitant**, entraînant une diminution des consultations pour ce motif (MG1, MG2, MG3, MG4, MG9, MG10).

Un médecin évoque sa **patientèle vieillissante...**

MG 4 « la plupart de celles que je vois ont 40 ou plus [...] Il n'y a que les consultations gynécologiques moi j'en fait relativement peu, j'ai plus des soucis de la préménopause ou de la ménopause quoi. »

... en lien avec son propre vieillissement selon un second médecin

MG 10 « De moins en moins je trouve, mais pas de mon fait. Parce que je pense que je vieilli et que les patientes elles commencent à préférer aller voir mes jeunes collègues que moi, oui. »

Quelques-uns préviennent leurs nouvelles patientes qu'ils n'assureront pas leur suivi gynécologique lors de leur première rencontre. Cette barrière empêche le médecin d'être l'interlocuteur pour la gynécologie (MG1, MG3).

MG1 « je ne fais pas beaucoup de gynéco [...] je demande à mes patientes d'avoir un bon suivi gynécologique à côté »

Lorsque les femmes sont interrogées sur cet antécédent, certaines rapportent des événements très précoces pour lesquels elles n'ont même pas consultés.

MG 6 « Alors après elles en parlent des fois quand elles l'ont faite [...] chez elles et qu'elles ne viennent pas forcément consultés »

MG7 sait que de nombreuses patientes ont des antécédents de FC mais que très peu la consulte pour ce motif. Les femmes ne viennent pas toujours consulter lors des situations de fausse couche sauf si elles ont un besoin biomédical, selon d'autres médecins (MG5 et MG10).

MG10 « Il y a une euh, oui, une difficulté à parler au médecin euh, quand il n'y a pas spécifiquement besoin que nous, on fasse quelque chose ».

3) Le médecin a le sentiment d'être relégué au second recours, il n'est pas au centre de la prise en charge de la fausse couche

D'après quelques médecins, les femmes s'orientent directement vers le service des urgences du fait des symptômes inquiétants de la FC (MG2, MG4 et MG9). Cela est favorisé par l'hypermédecinisation de la médecine.

MG 2 « Mais..., mais... je pense que tous les signes cliniques font plus orienter les gens vers, vers les urgences. » [...] « des douleurs, des saignements qui évoquent la fausse couche bah, c'est tout de suite euh, euh, maternité, gynéco, voilà et, et qu'on n'a pas notre euh, enfin on n'a jamais été appelé hein, en visite à domicile parce qu'une femme enceinte euh saigne, enfin voilà médicalement, on est, on est très vite limité »

D'autres médecins pensent que selon les patientes, la **gestion des FC n'est pas du ressort du MG**. Cette **gestion est hospitalo-centrée**. Pour les femmes, le médecin généraliste n'est pas une personne ressource dans ce contexte ; il **n'a pas un rôle de premier recours** (MG2, MG5, MG4 et MG9). Les **patientes méconnaissent l'ensemble du champ de compétences du MG**, d'après un des médecins.

MG4 : « Maintenant je pense que le circuit c'est.... C'est enfin c'est... C'est bien, bien ancrée dans la génération féminine, du moins tout celle qui viennent depuis des, des...depuis au moins quinze ou vingt ans c'est que heu... en gros la gynéco ce n'est pas vraiment le but, ce n'est pas vraiment le truc du médecin généraliste quoi [...]. Il y en a qui n'imagine même pas heu... qu'on les examine. »

Selon ce dernier, les femmes ayant été prises en charge aux urgences pour une FC ne consultent pas leur médecin généraliste par la suite. Il **ne se sent pas reconnu dans son rôle de pivot central, coordinateur des soins**.

MG 4 « donc le médecin généraliste c'est quand même la dernière roue du carrosse dans l'histoire » [...] « Heu... non je n'ai pas de souvenirs récents qu'on soit venue me voir en post, en post urg..., en post avis spécialisé, pour me demander mon avis sur la question quoi. »

La plupart des médecins jugent qu'ils **n'ont pas un rôle médical dans la prise en charge immédiate de la FC** (MG1, MG2, MG4, MG6, MG8). L'un d'eux se sent **limité dans son rôle**.

MG2« Donc la partie médicale, à mon avis, on est, on n'est quasiment jamais concerné. » « Parce qu'en fait médicalement euh, bon à par un arrêt de travail, à part une supplémentation, en fer, euh..., pff, (réfléchi)des bas de contention, enfin voilà médicalement, on est, on n'est très vite limité »

Un autre médecin évoque un **plateau technique en médecine générale insuffisant** pour gérer une FC.

MG5 « Euh, dans la prise en charge initiale, bah je pense adresser vers un service d'urgence, en tout cas ici, parce qu'on ne peut pas avoir d'écho rapide euh, en dehors des urgences pour euh..., confirmer les choses et puis bah, faire le début. »

4) Les médecins généralistes sont peu informés des antécédents de fausses couches : les dossiers médicaux sont insuffisamment complétés

Pour certains médecins, le **manque de recherche des antécédents de FC lors des consultations est un frein à leur connaissance**. Ils précisent ne pas les rechercher car ils n'y pensent pas.

La majorité des médecins déclarent que la **recherche des antécédents de FC ne fait pas partie de leurs questions systématiques de première consultation** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG9, MG10).

MG9 : « ça ne fait pas parti de... [lors d'une première consultation] ...de mes questions systématiques quand je vois une femme » « Ça n'arrive pas très souvent en fait, je suis en train de me dire. [de voir des femmes pour une FC] Mais alors visiblement je ne les recherche pas non plus (Rigole). Mais c'est vrai je n'ai pas eu l'impression et pourtant... c'est très fréquent chez les femmes. [...] C'est ce que je suis en train de me dire. C'est hyper fréquent et on n'en parle jamais [...] Donc pourtant j'ai plein de femmes qui ont dû faire des fausses couches. »

La recherche des antécédents de FC chez les patientes âgées ou chez les patientes connues depuis longtemps est aussi hasardeuse (MG4, MG9).

MG4 « alors pour celle que je connais depuis longtemps, heu Non ! En fait je regarde ce qu'il y avait de noté dans le dossier et je ne pense pas à leur poser la question, surtout qu'elles ont quand même un certain âge en général. »

Nombre d'entre eux **déplorent le manque de comptes-rendus gynécologiques** pour informer d'un antécédent de FC (MG1, MG2, MG4, MG6, MG8, MG9, MG10).

MG2 « Ah les comptes-rendus c'est super rare ! [...] compte-rendu de fausse couche je crois que j'ai reçu euh, là depuis que je travaille ici, 2 comptes-rendus [...] Euh, donc c'est euh, c'est assez rare. »

Ils regrettent **l'absence de communication avec l'hôpital** (MG2, MG3, MG4, MG8, MG10). L'un d'eux rajoute qu'il est difficile et chronophage de récupérer des informations concernant un évènement de FC survenu aux urgences.

MG4 « Donc heu... le courrier des urgences, les urgences gynéco... bah il y a belle lurette que je n'ai pas reçu de courrier des urgences gynéco ou même du XXXX (nom d'un service) en me disant qu'il avait vu ma patiente enceinte et qu'elle avait fait une fausse couche ou quoique ce soit d'autre d'ailleurs. [...] Quand il y a un souci comme ça faut..., c'est toujours la pêche à l'information... Il faut passer un coup de fil, aux bons horaires... essayer au moins d'avoir une information orale avec la secrétaire qui peut lire un compte-rendu qui a été fait à quelqu'un d'autres que nous d'ailleurs. »

Pourtant un **compte rendu même très court informant de l'évènement pourrait éviter des situations embarrassantes** (MG2 et MG10).

MG2 « je crois qu'il y a une bonne nouvelle euh pour laquelle il faut que je vous félicite ». En fait, elle sortait des urgences pour une fausse couche. Humm Hmmhmm [...] (ton embarrassé) [...] je me suis trouvée un peu bête dans le, dans la situation. »

MG10 « Je regrette souvent que euh... Le manque de communication avec l'hôpital. Parce que

c'est vrai quand on reçoit une femme qui dit : « ben ouais je suis sortie de l'hôpital j'ai fait une fausse couche », où occasionnellement on l'avait vu au moins une fois parce que son test de grossesse était positif un mois avant et que en fait ... [...] Faut pas gaffer quoi ! « Bonjour Madame X, alors ça se passe bien la grossesse ? » [...] « Bah je viens vous voir parce que j'ai fait une fausse couche » »

La plupart des médecins rapportent avoir **découvert des antécédents de FC fortuitement ou de manière inattendue** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG8 et MG10).

MG2 « Après ça m'était déjà arrivé plusieurs fois que, euh, que à consultation lambda, quelconque pour une angine ou une entorse de cheville, euh, la patiente me dise que, euh, « Ah oui en fait mais depuis ma fausse couche je suis fatiguée. - Bah, euh depuis votre fausse couche ? En fait c'est... C'est, C'était quand ? » (en rigolant) Et des fois ça se découvre comme ça »

5) Les femmes n'évoquent pas leur fausse couche à postériori avec leur médecin

Certaines **femmes ne souhaitent pas parler de leur FC** (MG1, MG2, MG4, MG8, MG9 et MG10). Ils évoquent un **tabou des femmes**, un événement gardé secret dans les familles **voire un tabou sociétal** (MG1, MG3, MG6, MG7, MG8, MG9).

MG 1 « D'autre en revanche, faut surtout pas en parler, il ne faut pas que ça se voit [...] Ce n'est vraiment pas anodin, c'est pourtant extrêmement fréquent et ... quasiment tabou dans la société [...]

Un évènement difficile, trop douloureux pour l'aborder spontanément avec son médecin.

MG10 « des facteurs qui tiennent aux femmes concernées, est-ce que, est-ce qu'elles ne souhaitent pas en parler parce que, voilà, parce que ce n'est pas des moments faciles. »

Certains se questionnent sur le fait qu'ils n'ont sûrement pas eu connaissance des antécédents de FC au **sein de leur propre entourage** (MG1, MG3, MG6 et MG8). Deux d'entre eux rajoutent que **familialement c'est tabou, alors que peut être moins dans le cadre amical** (MG1, MG8).

MG8 « oh non c'est tabou ! enfin nos copains s'ils nous en ont parlé, mais familialement, c'est tabou »

Il existerait une **vision genrée de la FC selon certains médecins** (MG3, MG4 et MG8). L'évènement peut être **vécu difficilement pour la femme alors que le conjoint s'en détache plus facilement**.

MG8 « j'avais recroisé le père, j'en avais parlé avec lui, il m'avait dit « oui bah ça arrive » [en parlant de la FC de sa conjointe] Il avait pris la posture du mec, quoi. »

Des médecins hommes évoquent une **banalisation par eux-mêmes de la FC du fait de leur genre, ils se sentent moins concernés** (MG3, MG4).

MG4 « euh sinon pfff (soupire)... j'ai tendance à relativiser parce que, ce n'est pas... ce n'est pas un truc masculin. La fausse couche c'est une histoire de femme finalement, comment est-ce que les femmes réagissent à ça ... ? (s'interroge) »

Ces mêmes médecins pensent que les **patientes ont tendance à se confier plus à leurs collègues féminines**, en évoquant le fait que ces dernières seraient plus « sensibles ». **Leur genre exerce ainsi une influence sur la connaissance de l'événement** chez leurs patientes.

MG3 « Je pense que c'est quelques chose... alors je pense qu'aussi qu'il y a le côté masculin ou féminin c'est-à-dire qu'en fait je pense que heu ... Une femme [en parlant d'une soignante femme vs un soignant homme] va être probablement plus sensible au fait d'une fausse couche qu'un homme qui va l'intégrer plus facilement comme tout ce que je dis depuis le début comme un évènement naturel sauf que... ce n'est pas lui qui vit ce qui est en train de se passer

Certaines **femmes peuvent également oublier d'évoquer cet événement** avec leur médecin **car leur vécu est serein**. Cet événement est intégré dans leur histoire de vie sans encombrer le moment présent (MG4, MG7).

MG4 « Mais pour celle qui si tu veux... qu'on n'a, chez qui on apprend qu'elles ont fait une fausse couche il y a 6 mois, et on n'a même jamais su qu'elles étaient enceintes... (silence) ça vient dans la conversation parfois un peu par des biais détournés mais on n'a pas... On n'a pas l'impression que le retentissement est majeur »

II- Une situation malaisante

1) La fausse couche, une notion difficile à évoquer en début de grossesse

Un médecin cite le fait que **les femmes ne sont pas suffisamment informées sur les risques de FC en début de grossesse**, elles ne reconnaissent pas les symptômes et ne savent pas comment réagir.

MG1 « en effet quand il y a des débuts de grossesses heu compliqués, les patients sont complètement désemparés, ils ne savent pas quoi faire, qu'est ce qui se passe ? Où est-ce qu'on va ? A qui on en parle ? Et que ça pouvait exister, comment ça allait se passer ? »

La plupart évoquent le **risque de FC pour leurs patientes enceintes par des biais détournés. Ils ne citent pas forcément le mot « fausse couche » par crainte d'inquiéter leurs patientes.** Ils sont en difficulté pour aborder le sujet (MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG8).

MG2 « je ne veux pas non plus choquer les gens [...] j'essaie de pas dire le mot « fausse couche » je formule la réponse [en parlant du premier trimestre] euh phase délicate et que si y a une euh, sélection de la nature pour cette grossesse, c'est là où ça se fera général je formule comme ça. [...] C'est que si la grossesse veut s'arrêter par sélection de la nature, euh... [...] Je pense que je dis plutôt ça peut s'arrêter, ça peut s'interrompre, euh »

L'un d'eux rajoute qu'il **conseille aux patientes d'attendre avant d'annoncer la grossesse à leurs proches sans énoncer clairement le risque de fausse couche.**

MG8 « En fait je leur dis pas une fausse couche, mais je leur dis d'attendre, de faire les premières échos pour, pour en parler à tout le monde. »

Durant l'entretien, de nombreux médecins montrent des **signes d'hésitation lorsqu'est évoqué l'accompagnement des femmes en début de grossesse.** Des **signes non verbaux de gêne** sont également présents comme le fait de se torde les mains, de se frotter la tête (MG1, MG2 MG3, MG4, MG5, MG8, MG9, MG10).

MG4 « [en réponse à la question sur évocation de risque FC en début grossesse] quand elles viennent et qu'elles disent... par exemple « je veux une prise de sang pour être sûr d'être enceinte ... » I : voilà MG4 : « j'ai fait un test urinaire... » (silence) heu... alors pas systématiquement heu... [...] Je l'évoque assez heu..., pas systématiquement. »

Certains d'entre eux renseignent **les femmes seulement si elles ont des questions sur le risque de FC** (MG3, MG5 et MG6).

MG5 « par contre je l'aborde [en parlant de l'évocation du risque de fausses couches en début de grossesse] si les femmes me posent des questions. »

Les femmes **s'inquiètent du risque de fausse couche lorsqu'elles en ont connaissance soit de par leur vécu personnel ou celui de leur entourage** (MG2, MG4 et MG6). Les femmes ayant rencontré des difficultés conceptionnelles sont davantage inquiètes de ce risque, rajoute l'un des médecins.

MG6 « [en parlant d'évoquer le risque de FC en début de grossesse] celles qui ont déjà vécu, elles l'abordent d'elles-mêmes [...] c'est elle qui aborde le sujet finalement, celles qui ont des difficultés à avoir une première grossesse souvent c'est elles qui abordent le sujet de peur de les perdre parce qu'elles ont déjà eu des difficultés à l'avoir. »

2) La prise en charge de la fausse couche et le suivi de celle-ci au cabinet est une situation dans laquelle le médecin n'est pas à l'aise

En premier lieu, certains **parlent du manque de temps en consultation non propice à cette prise en charge** (MG3, MG4).

MG3 « notre mode de fonctionnement actuel c'est tellement être dans un rythme soutenu [...] oui, aussi parce qu'on court après le temps »

MG4 « *Tout ça parce qu'on a le regard sur la montre* »

Ils évoquent un **manque de formation**, ou d'une formation trop ancienne (MG1, MG3, MG8).

MG1 « *Je suis démunie parce que je ne suis pas assez formé dessus* »

Certains d'entre eux **expriment manquer de moyens pour accompagner les patientes** (MG1, MG2 et MG3).

MG3 « *On n'a pas forcément les ressources* »

Cela entraîne un **sentiment d'impuissance** chez ces trois médecins...

MG1 « *c'est un de ces fameux problèmes [en parlant d'une situation de FC] ou on se sent ou je me sens démunie [...] parce que je n'ai pas de quoi le résoudre* »

... voire un **sentiment de frustration** pour l'un d'eux.

MG2 « *Mais de l'autre côté je me sens, je peux aussi me sentir un peu démunie. Enfin même bien démunie. [...] Parce que euh, parce qu'au final euh, ce qu'on offre ce, cette écoute elle est peut-être, elle est peut-être euh, pas du tout de taille euh, pour la, pour la situation. [...] je suis plus frustrée par le fait de pas être sûre que, qu'on a vraiment euh, avancé, résolu une situation* »

Quelques-uns **orientent directement vers les urgences gynécologiques**, se sentant en difficulté avec la femme qui consulte avec un événement de fausse couche en cours (MG2, MG3 et MG9).

MG3 « *Je faisais un examen et je me mettais en contact avec l'équipe de sage-femme [...] (regard en l'air, tord ses mains) mais c'était clairement je passais la main tout de suite quoi en fait* »

Des médecins expriment **des difficultés avec la prise en charge psychologique**. Ils évoquent les mêmes raisons que pour la prise en charge de la fausse couche en phase agüe : par manque de formation et manque de temps en consultation (MG3, MG4, MG8, MG9).

MG4 « *Après je ne fais pas une longue séance de psychothérapie non plus, parce que je ne suis pas très douée là-dedans [...] En général on n'est pas très pressé de... de fouiller sur des terrains où on est, on sait qu'on va au-devant des embêtements. En fait c'est ça dans certains soucis on se dit bon... allez on ne va pas gratter parce que si, on risque de trouver un truc épouvantable quoi ! Tout ça parce qu'on a le regard sur la montre en se disant « non, surtout n'embraye pas dans ce terrain-là... »*

Ils ont tendance à **adresser vers le psychologue rapidement**.

MG3 « *Et puis, et puis de dire que si ça ne va pas « on fait le point, on se re voit » Mais si ça ne va pas ... je pense que très rapidement, on ne ... On n'a pas forcément les ressources et la ressource c'est vraiment la psychologue... et la psychologue en fait !* »

Certains médecins préfèrent **laisser les femmes leur parler spontanément du vécu de leur FC sans les questionner** par crainte de les embarrasser (MG6 et MG9).

MG9 « je vais aussi moins demander s'il y a eu une fausse couche. [...] Voilà. Ça je me tiens moins informée que ça. Ça, ça me gênerait plus. On ne sait jamais trop ce que les gens, projettent, euh, voilà. Comment ils le vivent. S'ils ne viennent pas m'en parler je ne leur demanderais pas. »

D'autres **questionnent le vécu de la FC de façon superficielle**, sans trop ouvrir l'espace de parole (MG3 et MG9).

MG3 « Je vais lancer une perche mais je ne vais pas insister non plus »

3) Selon certains médecins, la fausse couche touche à l'intime

Selon certains médecins, il y a une **notion d'intimité** dans la fausse couche, ils **craignent d'être intrusif** (MG2 et MG6).

MG 2 « Hmm mais euh, juste par exemple pour un frottis, euh, mmh [...] Bah je ne pense pas, non, pas systématiquement, on ne va pas jusqu'à la question de la fausse couche. »

L'une des médecins semble être **embarrassée d'évoquer son antécédent personnel de FC**.

MG5« [en réponse à la question pour savoir si antécédent de FC perso ou dans ses proches] Euh ouais. (Long silence) [...] Ouais, que, que je connais et par mes proches et par moi. Mais euh, ouais... »

D'autres semblent être **gênés par la question de l'investigateur sur la représentation de la FC en tant que médecin** (MG8 et MG10).

MG8 « I : Pour toi, ça représente quoi une fausse couche en tant que médecin ? MG8 : C'est quoi la question, là. »

L'un des médecins conseille aux patientes venant de faire une FC, de **se recentrer sur elle et leur couple**.

MG3 « « faites le point avec votre mari », « voyez, voyez comment vous sentez les choses » »

Deux autres remarquent que le **désir de grossesse ou le projet de grossesse est une information que la femme garde pour elle**, elle n'a pas tendance à informer leur médecin (MG4 et MG9).

MG4 « Parce que toutes ne disent pas [...] « attention docteur, j'ai arrêté ma pilule il y a trois mois, ... » Non 99 fois sur 100 c'est à nous de chercher l'information »

4) Interroger ou parler de la fausse couche est plus facile dans certaines consultations : notion de légitimité

Nombre d'entre eux expliquent qu'il est **plus facile de questionner les femmes sur leurs antécédents de fausses couches pendant une consultation autour de la gynécologie ou dans un contexte de grossesse** (MG1, MG2, MG4, MG6, MG9 et MG10).

MG9 « Ah, alors, quand ça me, enfin pour la grossesse c'est relativement simple, parce que, bah voilà on voit euh, bah on, on parle d'une grossesse donc on demande en effet les antécédents [...] Donc elle si elle a eu des fausses couches, des problèmes de diabète gestationnel, l'hypertension donc là je dirai... c'est au moment de l'interrogatoire, c'est sans gêne. Et ça me paraît évident »

Il y a une **notion de légitimité**, les médecins se sentent en droit de demander ce genre d'antécédents sans gêner la patiente lors de ce type de consultation. C'est le moment opportun contrairement aux autres consultations.

MG 2 « [en réponse à la question sur le type de consultation ou la MG interroge sur les FC] si pour la première fois elles consultent pour je sais pas, pour euh, bah pour une migraine ou euh un truc qu'à rien à voir euh [...], elles ont peut-être pas forcément envie de, de parler de ça »

Prescrire la première échographie, évoquer l'annonce aux proches va rappeler d'évoquer le risque de fausses couches en début de grossesses pour un des médecins interrogé (MG1).

Un autre évoque le sujet lorsqu'elle donne les consignes alimentaires de grossesse (MG6).

MG 1« [question sur le fait d'évoquer le risque de FC en début de grossesse] soit au moment où l'on parle de la première échographie, sur l'utilité de la première échographie ça va me rappeler un petit peu, c'est à ce moment-là où je vais parfois évoquer »

5) Le médecin généraliste voit la fausse couche à travers le prisme médical

Les médecins ont appris ce qu'était une fausse couche à travers le prisme de la **communauté scientifique**. Ils citent tous que c'est un évènement fréquent comme évoqué en première partie.

Ils ont appris également que cela restait un **évènement bénin, sans conséquence pour les grossesses à venir** (MG2, MG3, MG4, MG7, MG8, MG9, MG10).

MG3 « en tant que médecin, [...] c'est un évènement naturel dans une possibilité de grossesse et donc effectivement on essaye de le présenter comme ça à la patiente. [...] Oui, on... essaye de se mettre en position de dire à la patiente « vous n'inquiétez pas, c'est pas une situation

qui..., c'est une situation qui arrive, qui est très fréquente, heu... » Et donc dans l'avenir ça ne pose pas de problème pour autant » »

Ils vont alors **rationaliser l'évènement**, pour transmettre ce qu'ils ont appris. Ils expliquent utiliser un langage très scientifique pour expliquer la FC, pouvant entraîner une banalisation de celle-ci (MG3, MG4, MG8, MG9 et MG10).

MG 9 « Moi je vais rester, bah, mon côté médecin hein. Je vais essayer de rationaliser, déjà. [...] Mais moi en tant que médecin, ça, euh voilà, ça ne m'inquiète pas. Je ne mets rien de grave derrière. »

Ils expliquent que des **règles juste un peu plus abondantes ou simplement un peu retardées** pourraient masquer des FC (MG3, MG4, MG6, MG7, MG8 et MG9).

MG9 « Alors des fois extrêmement précoces. À peine c'est juste, des règles un petit peu retardées »

Selon eux, il s'agit d'**un événement fréquent passant souvent inaperçu** (MG4, MG6, MG7 et MG8).

MG8 « Il y a beaucoup de fausses couches, les femmes, ne savent pas forcément que c'est une fausse couche en fait. [...] elles débutent une grossesse, elles ne le savent pas forcément. Et puis elles vont avoir euh... un saignement un peu plus important, elles pensent que c'est leurs règles et puis en fait c'est une fausse couche »

6) La différence de représentation de la fausse couche entre le médecin et sa patiente est à l'origine de cette situation malaisante

Le médecin a une **position ambivalente** devant la FC, il a une **vision médicale de l'évènement** qui est pour lui **bénin et fréquent** tandis qu'il est **considéré** comme un **évènement unique et choquant** pour la plupart des **patientes**. Ce contraste a été relevé particulièrement par certains des médecins (MG5, MG8, MG9 et MG10).

MG8 « Alors qu'il y un vrai. Il y a un vrai paradoxe entre nous, on sait que c'est fréquent, pas grave. Et en fait le ressenti des femmes qui est complètement..., ou c'est traumatisant en fait. [...] Oui pas dire juste « ce n'est pas grave ». Parce que des choses pas graves peuvent être traumatisantes. »

Ils **gardent en tête cette différence de point de vue** quand ils reçoivent une femme pour une FC (MG8 et MG9).

MG 8 « Ma position, elle est un peu entre les deux parce que sur le plan médical, voilà j'ai cette base-là [FC évènement non grave, fréquent, sans conséquences ultérieures] et sur le plan personnel, j'ai ma femme qui a fait deux fausses couches [...] Je sais ce que c'est ! Je sais ce que ça peut représenter pour une femme. »

Les médecins expriment tous que c'est un évènement qui va dans la plupart des situations entraîner des conséquences sur sa patiente.

III- Le médecin prend en compte l'impact de cet évènement de vie sur sa patiente.

1) La fausse couche est la fin brutale d'un projet pour la femme et le couple

La plupart des médecins évoquent « **une fin brutale** » (MG3, MG4, MG5, MG6, MG8 et MG9)
...

MG9 « bah oui tout est fini, c'est arrêté et voilà c'est une fausse couche, bon ». [...] On, on se projette. Et j'imagine de dire que, que ça s'arrête, c'est terrible. »

... **l'interruption d'un projet**, une désillusion...

MG8 « ça peut être très traumatisant [la FC] pour une femme ou même pour un couple qui a fait un projet de grossesse parce que... une femme dès l'instant où elle est enceinte, elle est maman, elle se sent maman »

... avec la **fin des projections**.

MG 6 « Euh, ça, c'est, ouais c'est, de perdre tout ça alors qu'on sent... (ton attristé) On se projette aussi ! [...] d'avoir un, ... une projection qui s'arrête d'un seul coup, je..., oui je pense que ça va dans...un, euh, désespoir peut-être que de peur que ça ne se refasse pas. »

Ils rajoutent que **l'évènement en lui-même est vécu comme quelque chose de violent par les femmes**.

MG3 « Ce qui s'est passé c'est quand même très violent, on est dans un projet et d'un seul coup »

Cela peut être **vécu comme la perte d'un bébé, qui laisse un vide chez ces patientes**.

MG5 « la majorité des femmes sont quand même euh, très tristes en fait. Forcément elles sont, bah elles ont perdu euh..., un bébé »

2) La fausse couche est un deuil

Certains médecins expliquent que **la fausse couche est vécue comme un épisode de deuil pour la patiente** (MG1, MG6, MG7, MG8).

MG6 « de commencer à faire le deuil aussi. [...] Parce que c'est un deuil même s'ils ne l'ont pas..., (cherche ses mots) s'il n'y a pas eu d'accouchement. »

Ils développent en disant que c'est le **deuil du projet** (MG6, MG7, MG8).

MG7 « les aider à faire le deuil de cette grossesse qui n'a pas pu, qui n'a pas pu se, se continuer en fait. »

Ils conseillent aux **patientes de faire leur deuil de cet évènement avant d'envisager une autre grossesse** (MG6 et MG8).

MG8 « Faire le deuil, le parcours du deuil, ... puis pour se relancer éventuellement dans un projet... de, de grossesses ultérieures. »

Quelques-uns d'entre eux rajoutent que **les femmes peuvent passer par toutes les étapes du deuil** (MG6 et MG8).

MG6 « [en réponse aux sentiments que les patientes peuvent ressentir dans le contexte de la FC] Bon après culpabilité je l'ai déjà dit. [...] Il peut y avoir de la colère, il peut y avoir euh, euh, bah la tristesse ou euh... (cherche, regard en l'air) [...] Ou le déni. Souvent il peut y avoir ça. Euhhh, bah toutes les..., toutes les étapes du deuil [...] finalement.

Les médecins décrivent chez leurs patientes venant en consultation dans les suites immédiates d'une FC, **une souffrance principalement psychologique**. Cette période est marquée par **la tristesse et le désarroi des patientes qui recherchent de l'aide auprès de leur médecin** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG9 et MG10).

MG 5 « la majorité des femmes sont quand même euh, très tristes en fait »

MG 2 « elle arrive 2 jours après en pleur, en pleur, en pleur, parce que ..., parce que physiquement psychologiquement euh, du fait que ça soit passé 3 jours après le, après l'écho, bah du coup elle était complètement, mais, mais dans les crises de larmes »

Nombre d'entre eux pense que les femmes peuvent être **en état de choc suite à l'annonce d'une FC** (MG1, MG2, MG5 et MG9).

MG1 « le plus souvent elle est quand même heu elle est un petit peu en choc quoi et heu... parce que quand je la vois en général c'est vraiment le tout, tout début hum donc elle est un petit peu sidérée, hum elle a du mal ... voilà c'est vraiment le tout, la première étape du deuil »

Ils décrivent un **état de sidération** chez certaines femmes. Elles ne comprennent pas ce qu'il leur arrive. Cela peut entraîner un phénomène de **dépersonnalisation, de déréalisation** (MG1 et MG5).

MG 5 « [en décrivant l'attitude de son amie qui lui décrivait sa FC] Ouais fin la sidération il y a un terme je crois psy, psychiatrique, fin, elle était euh... Fin bref. Elle n'était vraiment pas là en fait. Je pense qu'elle ne se rendait pas compte de ce qu'elle disait. [...] de fin, de, la gravité de la situation, et puis vraiment très froide en fait. Comme si euh, ce n'était pas à elle que ça arrivait. »

Ces états de choc **entraînent des incompréhensions** lors de la consultation. Les **femmes n'arrivent pas à intégrer les informations transmises** ou elles **ne pensent pas à poser leurs questions** (MG4 et MG6).

MG4 « Donc on éclaircit un peu... J'essaie de savoir ce qu'on a leur a dit déjà... et la façon dont ils ont éventuellement, enfin quelle conclusion ils ont porté eux à ce qu'on leur a dit... dès fois c'est folklorique ! Qu'est-ce qu'ils ont entendu, qu'est qu'ils ont compris et qu'est qu'ils nous ressortent comme information... alors là ! »

MG6 « alors elles n'osent pas poser de questions sur le coup parce qu'elles sont submergées par les émotions »

L'un d'eux rajoute que **l'évènement FC peut être ressenti par les femmes comme quelque chose de plus grave que d'autres pathologies**.

MG4 « reste un évènement médical non négligeable pour certaines, c'est sûr, euh... Mais ce n'est pas, je pense que le retentissement pour certaines ça doit être plus important que de savoir qu'elles ont un souffle au cœur ou je ne sais trop quoi... [...] mais dans la vie de quelqu'un de jeune à 25 ans qui fait une fausse couche alors qu'elle n'a jamais été malade et que tout s'est bien passé, ça doit sûrement être quelque chose de... (silence) Inattendu, »

Ces **souffrances psychologiques peuvent se manifester à distance de l'évènement** (MG1, MG2, MG3, MG6, MG7, MG8, MG9).

Des médecins évoquent les **problèmes de dysménorrhées ou de troubles de la libido** après une fausse couche avec un sentiment de perte de désirabilité (MG3 et MG9).

MG3 « « franchement, moi depuis que j'ai eu cette fausse couche, c'est la cata je ne dors pas la nuit, enfin voilà j'ai perdu ma libido, je ne me sens pas bien »

L'un d'eux parle des problèmes de **somatisation** à la suite de cet évènement.

MG8 « Mais elle a, même somatiser sur des problèmes gynéco qu'elle n'avait pas. Enfin, c'était... (silence, soupire) Je pense que c'est un vrai traumatisme. »

Un autre évoque une situation **d'épuisement professionnel** dans les suites d'une FC.

MG1 « c'était une patiente qui a craqué au travail, heu et donc en l'interrogeant un petit peu plus on s'est rendu compte qu'en fait il y avait un deuil qui n'était pas fait d'une fausse couche un an auparavant et donc c'était et donc voilà, là il a fallu un peu creuser là, qu'est-ce qui n'allait pas, elle ruminait etcetera et donc là elle a vraiment complètement craqué là-dessus »

Plusieurs évoquent un **syndrome dépressif** compliquant une fausse couche (MG1, MG2, MG4, MG7).

MG1 « [découverte d'un antécédent de FC] à l'occasion d'un..., d'une consultation pour une dépression, enfin un syndrome dépressif. »

Certains expriment que les femmes peuvent avoir un **sentiment de culpabilité à la suite d'une FC** (MG2, MG4, MG6, MG8, MG10).

MG4 « Qu'est-ce que j'ai fait de mal surtout ? » « Est-ce que ça vient de-ci... Est-ce que ça vient de ça ? »

Les **femmes vivent parfois la FC comme un échec** (MG4, MG7 et MG9).

MG4 « C'est une espèce de faillite personnelle de... vu que je n'ai pas réussi à faire ça quoi. »

Il est **également possible que le projet de grossesse devienne obsessionnel** à la suite de cet événement selon un médecin partageant son expérience.

MG 6 « Donc si, les patientes qui restent bloquées sur cette fausse couche qu'elles ont eue, je pense que là, ça peut être difficile d'avoir une grossesse derrière. [...] Pour l'avoir vécu à travers du coup des amies qui ont... avoir des, des rapports pour avoir un enfant quoi ! Ça c'était un truc qui bloquait vraiment euh. Et qui a failli perdre le couple en fait. »

Ou au contraire, certaines femmes **refusent de poursuivre leur projet parental par crainte de revivre ce qu'elles ont vécu**, d'après un second médecin.

MG 8 « Moi, j'en une, pendant six mois, elle ne voulait plus entendre parler de grossesse quoi ! »

Les médecins **prennent en considération l'impact de l'évènement** sur leurs patientes (MG1, MG2, MG6, MG8, MG10).

MG1 « ça fait partie de l'histoire [de la patiente] et ce n'est pas anodin. Ce n'est vraiment pas anodin »

Cet événement va **s'intégrer dans une histoire de vie**, la femme en **gardera une empreinte**. (MG1, MG8 et MG9).

MG9 « Et puis après, bah, ça fait tout remonté hein euh. Aussi des traumatismes de sa propre enfance, des histoires de mère derrière quand des gens le vivent difficilement. »

Ils sont **attentifs à l'évolution de leurs patientes**.

MG6 « *Après quand on voit celles qui se referment trop, peut-être un peu chercher plus loin mais euh. Voilà. Parce que c'est, c'est important de les accompagner là-dedans.* »

3) Les femmes peuvent se construire des « fausses croyances »

Les femmes craignent une **récidive de FC en cas de nouvelle grossesse** pour la majorité des médecins (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG8 et MG9).

MG1 « *« comment je vais faire pour la prochaine grossesse ? » [...] je vais avoir trop peur d'avoir un deuxième bébé »*

Cette crainte s'accompagne de **consultations plus fréquentes lors d'une nouvelle grossesse** pour une réassurance du bon déroulement de celle-ci.

MG6 « *Mais euh... Je sais que ça va être, voilà des patients... ou la future grossesse va être accompagnée d'angoisses au départ. [...] Et donc ça, ça va être des accompagnements un peu plus rapprochés ou pas... en tout cas d'être accompagné beaucoup là-dedans.* »

Les femmes peuvent **craindre un également d'être stérile** à la suite d'une FC (MG4, MG6, MG7 et MG9).

MG6 « *oui je pense que ça va dans...un, euh, désespoir peut-être que de peur que ça ne se refasse pas. Euh... De pas, de, de, de pas, d'en fait, d'avoir une sorte de stérilité aussi je pense que y a ça aussi qui, qui passe dans, dans leur tête »*

La peur est l'**émotion qui prédomine après une FC** (MG7 et MG9).

MG7 « *l'émotion qui est liée à la fausse couche c'est la peur en fait.* »

Le médecin prend conscience que c'est une situation difficile à vivre pour la plupart des patientes. Il fait le rapprochement **avec d'autres situations de médecine générale**, ou parfois il n'a pas les ressources médicales mais où il arrive à accompagner ses patients.

MG1 « *Hum c'est malheureusement une situation qui est heu, qui ressemble à d'autre pour laquelle moi aussi je peux être démuni, quelqu'un qui vient on lui annonçait un cancer on l'a mis à toute vitesse sous chimio, je peux être aussi démuni parce que je connais pas la chimio voilà et pourtant je vais quand même, l'accompagner [...] une situation qui se répète en médecine générale »*

IV- Le MG élabore des ressources pour accompagner les femmes et découvre ses rôles dans la prise en charge de la fausse couche.

1) Le médecin généraliste a la capacité de récupérer les informations de fausse couche par différents biais

Les médecins se sentent légitimes de questionner sur les antécédents de FC lors des consultations de gynécologie (MG1, MG2, MG3, MG5, MG6, MG9 et MG10). Si pour la plupart ce questionnement n'est pas codifié, il est systématique pour d'autres (MG6 et MG7).

La **création du dossier médical** peut être l'opportunité de rechercher l'antécédent de FC. Cette question est souvent soulevée **au début de l'entretien, au moment de l'interrogatoire** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7 et MG8).

MG8 « sur les premières consultations en fait, les créations de dossiers. »

Il est peut-être **notifié sur le dossier médical fourni par la patiente** dès son arrivée.

MG1 « dossier médical qu'on m'apporte directement »

Tous les médecins questionnent cet antécédent **dans le cadre du calcul de la gestité-parité**.

MG4 « Combien de grossesses ? Combien d'enfants ? Donc si le nombre est différent, « qu'est qui s'est passé ? » « Est-ce qu'il y a eu une interruption de grossesses ? » « Ou est-ce qu'il y a eu une fausse couche ? »

Cet antécédent va être recherché avec des **questions simples...**

MG7 « « Jamais de fausse couche, jamais d'IVG ? » »

...sans précaution particulière (MG7 et MG9).

MG9 « c'est au moment de l'interrogatoire, c'est sans gêne. »

Certains effectuent une **recherche des antécédents de FC de manière ciblée :**

- En cas d'**absence de contraception** (MG4) ou de **règles irrégulières** (MG4, MG10).
MG4 « si elles ont des saignements anarchiques par exemple des règles irrégulières alors qu'elles n'ont pas de contraception orale [...] celles qui ont des règles assez irrégulières... (silence) ou alors les règles de plus de trente jours ... »

- Dans le **contexte des maladies thrombo-emboliques** (MG1, MG4 et MG10).

MG1 « [en réponse à la question dans quel contexte il recherche des antécédents de FC] dans le cadre de problèmes thrombo-emboliques ou à risque de thrombo-emboliques »

La fausse couche peut être tout simplement le motif de la consultation (MG1, MG3, MG6, MG7, MG10).

MG1 « est en train de vivre la fausse couche [...] c'est à cette occasion qu'on va aborder le sujet »

D'autres nomment l'exemple de la **narration spontanée de cette information** par la patiente (MG1, MG2, MG5, MG8, MG9, MG10).

MG10 « soit c'est elle qui vient me voir après, et qui m'en informe... »

Même si les **comptes rendus sont rares, certains peuvent en recevoir ponctuellement** (MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG7 et MG10) ou avoir **l'information par le biais d'une collègue**.

MG8 « ou une fois [...] c'était un œuf clair. C'était XXX (nom d'une sage-femme) ... I : Qui te l'avait dit ? MG 8 : Oui. [Information sur une de ses patientes] »

La réception de plusieurs dosages sanguins peut faire envisager l'interruption d'une grossesse volontaire ou non selon l'un des médecins.

MG5 « de voir des bêtas HCG arrivées positives et puis 2 jours après les voir euh moins positives ou de voir une décroissance, que je n'ai pas prescrit. »

2) Le médecin généraliste possède des outils de communication, il a un rôle de réassurance.

Les médecins **s'appuient sur leurs connaissances médicales** pour expliquer la fausse couche aux patientes.

La majorité des médecins **rassurent leurs patientes sur la fréquence de l'évènement**.

Ils expliquent également que c'est un événement **naturel**, une **sélection par la nature** (MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG9 et MG10).

MG6 « Et donc du coup les rassurer sur le fait que c'est la nature qui est finalement bien faite et que ça ne va pas plus loin parce que le fœtus n'était pas viable »

Ils l'expliquent par les **anomalies chromosomiques** (MG4, MG5, MG6, MG9).

MG9 « C'est la loi de la génétique euh. »

L'un d'eux insiste sur les causes génétiques de la FC afin de déculpabiliser les patientes.

MG5 « Là, effectivement, je vais aborder la fausse couche en expliquant plutôt le premier trimestre elle n'est pas trop liée à l'activité ou ce que fait la femme malheureusement (hausse les sourcils, appuie son propos) elle est liée plutôt à, à la génétique et à, voilà à pas ce qu'elle est en train de faire donc euh je rassure de ce côté-là »

Ils rassurent les femmes sur leur mode de vie, sans rapport avec la FC (MG5, MG6).

MG6 « après je leur dis effectivement que les fausses-couches spontanées souvent ce n'est pas forcément dû non plus à une activité, enfin de leurs fautes [...] Et que ce n'est pas parce que justement qu'elles ont trop travaillé, trop voilà... Il faut les rassurer là-dessus. »

Ils cherchent à rendre la FC ordinaire, un événement habituel qui fait partie de la vie (MG7 et MG10).

MG10 « de moi de délivrer ce message qui est de dire que c'est euh, que ça fait partie de voilà de euh... (souffle) Euh, euh ... de la vie ! »

Il y a une notion de fatalité exprimée par plusieurs médecins afin de déresponsabiliser les femmes de l'événement qu'elles vivent (MG2, MG5, MG6 et MG10).

MG10 « « si ça s'est arrêté de toute façon c'est que ça ne pouvait pas continuer donc ... ce n'est pas votre faute ». »

La plupart des médecins rassurent les femmes sur leur fertilité future et leur future grossesse (MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG7, MG9 et MG10).

MG 3 « « vous inquiétez-pas, il n'y pas d'enjeu pour les grossesses suivantes » [...] qui ne doit pas avoir d'impact sur vos inquiétudes sur l'avenir. [...] ma préoccupation c'est de rassurer la personne par rapport à l'avenir, »

Le choix des mots est important... (MG2, MG4 et MG5)

MG2 « J'essaie de pas dire le mot « fausse couche » [...] c'est un mot qui est assez agressif. [...] j'essaie d'être un peu moins euh, moins, moins dure dans les mots. [...] Euh, enfin, des, des trucs dits qui sont, qui ne sont pas à dire à..., à des moments comme ça. »

...avec des formulations positives...

MG7 « je leur dis ça veut dire que ça fonctionne. Je suis très positive avec les femmes qui font des fausses couches. [...] Ça veut dire qu'elle ovule, ça veut dire que son mari a des spermatozoïdes, ça veut dire que, que voilà. Qu'ils peuvent concevoir ! [...] que leur corps reconnaît bien, euh, un être qui n'était pas normal et que c'est pour ça qu'elle l'expulse. »

...et des questions ouvertes pour interroger sur le vécu.

MG9 « J'essaie d'ouvrir en fait avec des petites questions, »

Ces consultations demandent **de prendre le temps et d'être disponible** (MG1, MG2, MG4 et MG7).

MG1 « on est obligés de prendre du temps [...] c'est le type de consultation sur lequel, vraiment je ne vais pas faire attention à [...]l'heure »

3) Arrêt de travail : document aux multiples enjeux

La plupart des médecins évoquent **un but thérapeutique de l'arrêt de travail** (MG1, MG2, MG4, MG5, MG9, MG10). Il peut être **le motif principal de consultation** chez son MG lors d'une FC (MG2 et MG10).

MG10 « il me semble que [l'arrêt de travail] c'est assez souvent le motif affiché de la consultation »

C'est le **moyen pour la patiente de prendre du recul** sur l'événement (MG1, MG2 et MG9).

MG1 « Besoin d'un arrêt de travail, ça fait partie à mon avis de l'écoute, c'est-à-dire que c'est ... « j'ai besoin de faire une pause pour qu'on comprenne que c'est difficile pour moi » et c'est un peu aussi, j'ai l'impression qu'on ... ce papier c'est un petit peu dire « oui, on comprend que ça ne va pas quoi et c'est vraiment quelque chose" »

L'arrêt de travail **est un moyen de reconnaissance de l'événement aux yeux de la société, voire du médecin lui-même** (MG1 et MG2).

MG2 « Dès fois, elles ont juste besoin de, de savoir que oui, si, que si elles sont fatiguées, si, si elles ne sont pas comme d'habitude que, que c'est normal et qu'on, qu'on prend en considération par exemple avec un arrêt de travail »

Certains médecins disent **ne pas être regardant sur la durée de l'arrêt de travail dans un contexte de FC** (MG4, MG10).

MG4 « Donc, moi, je ne suis pas trop regardant sur la durée de l'arrêt de travail dans ces circonstances-là »

D'autres en revanche **arrêtent surtout pour les symptômes physiques de la FC** (MG7 et MG8).

MG8 « je ne les ai jamais arrêtés, enfin peut-être trois jours mais par rapport à juste l'aspect médical de la fausse couche mais pas sur le plan psycho..., psychologique, quoi ! »

La **reprise rapide du travail permet de penser à autre chose, d'éviter l'isolement de la patiente**. Une **nouvelle dynamique s'enclenche permettant** à la patiente d'aller vers la **résilience** selon eux (MG7 et MG8).

MG7 « Surtout que, surtout quand elles saignent, quand elles saignent beaucoup, [...] quand les femmes font un travail physique euh. Ça fatigue un peu, de saigner beaucoup. Mais sinon pour la prise en charge euh, morale, moi j'essaie toujours de, de dire euh, fin, [...] je pense qu'on, qu'on, que c'est plus facile de, de travailler que de rester chez soi tout seul avec euh, avec son, son deuil à faire et son... Donc voilà !»

4) Le suivi de la fausse couche

La **proposition d'un rendez-vous de suivi est une des solutions proposées** par la plupart des médecins. Ce rendez-vous permet de ré-évaluer la patiente (MG1, MG2, MG3, MG5, MG6 et MG9).

MG9 « Sur une première consultation, de toute manière si c'est vraiment à chaud, bon c'est un peu flou dans leur tête quoi. [...] je leur dis « on fait le point la semaine prochaine » [...] Une semaine après c'est plus clair dans leur tête. »

La **prolongation ou non de l'arrêt de travail est souvent le motif du rendez-vous de suivi** (MG6, MG9).

MG 6 « c'est souvent dans le suivi de l'arrêt de travail, est-ce qu'on prolonge ou pas, donc du coup c'est souvent dans l'accompagnement de tout ça. [...] systématiquement si je mets un arrêt de travail dans un contexte comme ça je re propose de les revoir à la fin de l'arrêt de travail pour voir un peu... »

Cette proposition de **rendez-vous n'est pas systématique**. Certains proposent un **rendez-vous seulement pour les femmes dont ils pensent que le vécu de la FC est difficile** (MG4, MG5, MG6 et MG10).

MG5 « par exemple celle qui allait très mal psychologiquement euh, je l'avais arrêté 15 jours et j'ai remis un rendez-vous 15 jours après pour évaluer »

D'autres préfèrent **laisser leur porte ouverte pour revoir leurs patientes, selon leurs besoins en restant disponible** (MG1, MG2, MG3, MG5, MG6, MG8 et MG10).

MG8 « Mais voilà, moi je laisse la porte ouverte, je leur dis je suis là, s'il y a besoin »

5) La part médicale dans la prise en charge de la fausse couche

D'après certains médecins, les patientes vont consulter **leurs médecins généralistes, car elles ont des saignements persistants, de la fatigue, ou des douleurs après leur FC** (MG2, MG5, MG6, MG9 et MG10).

MG9 « Bah souvent, c'est quoi, ce sont des douleurs qui persistent, métrorragie, qui vont persister sur, [...] Parce qu'il y a un signe qui persiste »

Le médecin va alors **assurer un suivi médical, il peut faire des prescriptions de traitements symptomatiques**. Ils répondent aux besoins des patientes en les questionnant sur leurs symptômes (MG1, MG2, MG5, MG6 et MG7, MG9).

MG7 « Je remets un peu de fer si elles avaient une ferritine un peu basse »

Il peut aussi faire des **prescriptions pour réaliser le suivi de la fausse couche en cours** (MG5, MG6).

MG5 « besoin parfois, que je represcrive les HCG jusqu'à négativation quand ça n'a pas été prescrit [...] Euh..., si y a toujours des saignements ou des questions je vais leur proposer quand même de refaire une écho pour être sûre que, que tout aille bien. »

6) Le médecin généraliste se sent à l'aise pour gérer une fausse couche au cabinet

Certains médecins **sont confiants dans la gestion de la FC. Les messages sont simples. Ils ont des ressources pour gérer** cet événement de vie (MG4, MG10).

MG10 « je me retrouve assez dans ce type de consultation euh autour de l'écoute. Euh... parce que le sujet... le, les quelques messages que j'ai à faire passer ne sont pas très compliqués et euh... (silence) ça ne me pose pas de difficulté émotionnelle particulière. [...] C'est des consultations dans lesquelles je suis à l'aise, »

Le plateau technique n'est pas nécessaire, la prise en charge peut se réaliser en médecine générale (MG4 et MG6).

MG4 « donc moi ça ne me paraît pas difficile à, difficile à gérer quoi [...] Donc pour nous, enfin pour moi les explications à donner sont relativement simples [...] Bah, à partir du moment où ça se passe bien... enfin bien, bien, quand elles viennent nous voir au bout de trois jours parce qu'elles étaient, elles se sont... elles se savaient enceintes heu..., que les saignements s'estompent, qu'il n'y a pas de fièvre, pas de douleur, bon... [...] une échographie [...] c'est nécessaire vraiment que si les saignements persistent »

Une des médecins explique que **ses formations complémentaires en gynécologie** (DIU de gynécologie et formation à l'IVG), lui facilitent la prise en charge des femmes faisant une FC (MG7).

Elle leur propose une **séance d'hypnose ou d'EMDR**.

MG7 « je leur ferai une petite séance d'hypnose pour les, pour les aider. [...] et puis je leur fais de EMDR, l'EMDR c'est que ça en fait. Tu, tu pars d'une, tu pars d'une situation, et tu demandes la croyance négative qu'avaient les gens lors de cette situation. Et après de cette croyance négative, tu leur demandes de remonter à la première croyance, à la première fois qu'ils ont ressenti cette croyance négative sur eux »

7) Le rôle d'informateur du médecin dans la fausse couche

Les femmes **recherchent des informations quand elles vont voir leur médecin généraliste** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG9).

Elles ont parfois besoin de **faire le tri dans les informations reçues** et **d'avoir l'avis** de leur médecin.

MG4 « Et puis comme il y a trop d'informations bah elles veulent essayer de faire le tri [...] d'avoir un peu notre avis sur la situation »

Certains médecins **font reformuler aux femmes ce qu'il leur a été expliqué** pour pouvoir réajuster les informations si nécessaire (MG2, MG3, MG4, MG5).

MG2 « tout ce qu'elle a compris au niveau de euh, des infos euh des urgences, [...] qu'elle reformule tout ce qu'elle... tout ce qu'elle a pensé entendre et, et compris. »

Certaines patientent attendent une **confirmation de diagnostic**, rajoute l'un des médecins.

MG1 « J'ai saigné cette nuit, je pense que j'ai fait une fausse couche » [...] Elles me donnent tous les critères pour dire c'était une fausse couche mais ils ont besoin qu'il y ai quelqu'un qui leur confirme que ça pourrait être ça et qu'il faut bien aller en gynécologie, qu'il faut bien faire une échographie, qu'il faut bien regarder ce qui s'y passe... »

8) Le rôle d'aiguillage du médecin généraliste dans la FC

Le médecin généraliste **évalue le degré d'urgence** lorsqu'il reçoit une femme faisant une FC (MG1, MG3, et MG10).

MG1 « Après médicalement parlant essayer au maximum de donner un degré d'urgence par l'examen clinique aussi, est ce que je vais retrouver ou pas des signes d'urgences... heu...après il n'y en a pas cinquante mille mais voilà. »

Il **coordonne les soins** (MG1 et MG7).

MG1 « baliser au mieux le parcours [...] essayer de rediriger correctement [...] la diriger directement vers la personne qui peut correctement lui répondre, heu coordonner dans ce cas-là les choses »

Il peut **réorienter vers les urgences** si nécessaire (MG1, MG5 et MG9).

MG5 « Et euh, je l'ai réorienté vers les urgences gynéco parce qu'il n'y a pas eu d'écho de base donc euh. »

Il peut également l'orienter vers un **psychologue** (MG2, MG3, MG5 et MG8) ...

MG2 « conseillé aussi des rendez-vous à un psychologue »

... voire vers un **gynécologue en cas de FC à répétitions** (MG6, MG8).

MG6 « Voilà donc ça c'est après les orienter vers les gynécologues pour retrouver des trucs gynéco, enfin déjà pour commencer les premiers examens. »

9) Rôle de témoignage, d'écoute, rôle du psychologue

Le médecin généraliste **est témoin** de l'événement de FC, il a un **rôle de mémoire** (MG9 et MG10).

MG9 « c'est une femme que je suis en fait, quand j'étais jeune médecin je me rendais moins compte mais, en fait il y a beaucoup de patients qui ont besoin déjà de témoigner; de dire quelque chose en fait, et qu'on soit témoin que ça leur est arrivé. »

Selon la plupart des médecins, les patientes **recherchent un réconfort, un soutien** auprès de leur médecin généraliste. Le médecin a alors un **rôle d'accompagnement** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG9).

MG6 « je sais que c'est un moment difficile à vivre pour ma patiente et qu'il va falloir l'accompagner... [...] Je pense que, que ça ne doit pas être un moment facile à vivre et pour le coup, voilà je pense ... Je pense qu'il faut bien les accompagner ces patientes- là. »

Les femmes ont **besoin de parler de leur vécu** (MG1, MG2, MG3, MG5 et MG8).

MG2 « et qui avait juste besoin de quelqu'un..., à qui euh, elle pouvait raconter ses, ses gros poids sur le cœur... »

MG5 « déjà souvent bah comme ça, parfois elles pleurent par ce que ça ne ce n'est pas très bien passé, parfois elles ont eu mal, [...] une cette année qui avait vraiment besoin de parler de la situation »

Certains médecins évoquent **leur rôle d'écoute empathique**, c'est d'ailleurs **le rôle principal du médecin généraliste** selon eux (MG1, MG2, MG8, MG7 et MG10).

MG10 « d'écouter son vécu de [...] c'est d'abord euh... d'abord de de... d'entendre le le... la douleur que ça provoque [...] Parce que souvent c'est ça, c'est ça le plus important quoi (silence)... et euh (silence)...c'est d'abord de l'écoute bienveillante quoi, oui (long silence) ...»

La parole est libératrice pour ces femmes (MG2, MG5, MG7).

MG7 « au début elles arrivent un peu euh, un peu avec leur euh, un peu avec leur carapace [...] puis puis bah j'arrive à leur faire lâcher leur carapace. Et, mon but c'est de, de leur faire euh ressortir leur peur en fait. »

Finalement le médecin généraliste a aussi un **rôle de psychologue** (MG2, MG5, MG6, MG7, MG8, MG9).

MG2 « *Donc je suis un peu la psychologue [...] bah faire la partie psychologique du travail* »

Les **attentes biomédicales des patientes sont reléguées au second plan** (MG7 et MG10).

MG7 « *De, d'être à l'écoute et de passer une consultation où je ne les examine pas, ou on a fait que, que discuter en fait.* »

10) Rôle de médecin de famille, le médecin généraliste est une personne ressource dans un contexte de fausse couche.

Le **rôle de médecin de famille est évoqué** par quatre médecins (MG2, MG6, MG7 et MG9).

MG2 « *Euh, mais je suis le médecin de famille qui euh, qui écoute, qui fait partie de cet évènement de, dans la vie de famille* »

Il est une **personne de confiance** (MG4, MG7).

MG7 « *Je pense que le médecin généraliste qui doit être le médecin de famille, qui doit être le, le, le confident en fait hein, qui, qui est la personne à qui on peut tout dire hein. (Insiste sur ce dernier point) [...] Parce qu'on sait que ça ne sort pas du bureau* »

Connaitre leur patiente est un avantage certain pour leur prise en charge. Ils peuvent **anticiper leur réaction** (MG5, MG6 et MG10) ...

MG10 « *[en réponse à la question sur comment il peut gérer une consultation post FC] suivant la patiente Suivant comment je la connais si je la trouve fragile ou pas fragile mais Oui c'est vraiment...*

I : *C'est ça aussi c'est que ce sont des patientes que vous connaissez et donc ... [...]*

MG 10 : *oui, voilà tout à fait ! Je peux un peu envisager comment elles vont comment elles vont vivre...les choses* »

... et les **orienter plus facilement.**

MG5 « *parfois je propose d'emblée un suivi psy quand je sens que c'était déjà un terrain fragile et que c'est une goutte de plus dans, dans, dans une situation un peu compliquée.* »

Certains évoquent le **rôle de premiers recours** grâce aux **rendez-vous rapides** (MG1). **L'accessibilité aux soins chez le médecin généraliste est plus simple que chez le gynécologue** (MG4). Ils sont finalement **présents dans l'urgence.**

MG3 « *I : ça peut arriver en urgence MG 3 : oui voilà oui ou alors.... Si, ça peut très bien être cette femme-là que je suis habituellement qui être suivie par [...] peu importe qui pour sa grossesse. C'est peut-être moi qui serais amené à la voir après par rapport à cette fausse couche*
»

11) Rôle polyvalent, centrée patiente dans la fausse couche avec une prise en charge en fonction de leurs besoins

Le médecin généraliste a un **rôle polyvalent**, il **prend en charge sa patiente dans sa globalité** (MG6 et MG7).

MG6 « on n'est pas que le médecin, médecin au niveau médical et que euh, et bah le médecin accompagnement, psychologue entre guillemet [...] côté pluridisciplinaire du médecin en général en fait finalement, qui me plaît d'ailleurs dans la médecine générale ! (Ton enjoué) C'est qu'on n'est vraiment pas que... accompagnement pour une pathologie euh, à un moment donné on est, on a, enfin. [...] On est là pour le, pour le, pour l'accompagnement global du patient ou de la patiente »

Chaque patiente a des besoins différents, le **médecin généraliste s'adapte à sa patiente** (MG1, MG5, MG6 et MG10).

MG5 « je ne gère jamais de la même façon, ça dépend de la patiente [...] je m'adapte en fait ! [...] je m'adapte à la posture de la patiente si elle a des questions, si euh..., si je vois qu'elle euh, qu'elle parle paraît très euh..., fin pas touchée ou pas affectée ou très fermée [...] Tout peut se voir et qu'il faut vraiment s'adapter à chaque personne. »

Lors des entretiens, les médecins ont révélé les différents rôles du médecin généraliste. Ils se sont questionnés sur leurs prises en charge, sur les changements qu'ils souhaitent effectuer à la suite de cet entretien.

V- **Le médecin généraliste se remet en question, réfléchit à sa posture et verbalise les changements qu'il souhaite mettre en œuvre dans sa pratique**

Certains des médecins expliquent que pour eux il est **impossible de proposer un schéma de prise en charge qui correspondrait à toutes les femmes** (MG5, MG10).

MG5 « Et je ne suis pas sûre qu'on puisse euh, qu'on puisse proposer un truc, un schéma qui correspondrait à toutes les femmes. Parce que vraiment la... [...] la grossesse c'est des histoires très, très différentes et puis euh, encore une fois, fin, fausse couche au premier trimestre, à 6 semaines d'aménorrhées ou 15 semaines ce n'est clairement pas la même chose. »

1) **Le vécu de la fausse couche diffère d'une patiente à l'autre selon différents paramètres**

Le **terme de la grossesse** au moment de la FC est un facteur pouvant rendre plus difficile le vécu de cet événement. Ils **orientent plus facilement les femmes vers un psychologue** lorsqu'elles font **une FC en fin de premier trimestre** (MG5, MG6, MG9).

MG9 « *C'est, fin. Quand c'est fin premier trimestre c'est quand même dur.* »

Le **statut socio-professionnel** et **l'entourage ou l'isolement de la patiente** sont d'autres variables à prendre en compte, selon un des médecins.

MG10 « *oui et puis suivant leurs professions, selon la composition familiale, selon voilà... l'entourage, la solidité de l'entourage que je perçois ou pas.* »

L'histoire de vie et les projections des femmes sur l'événement FC sont aussi des éléments à explorer (MG5, MG9, MG10).

MG5 « *c'est vraiment propre à chaque femme, à chaque euh..., à chaque personne, à chaq... Au, fin, au vécu de chacun [...] la grossesse c'est des histoires très, très différentes* »

Le vécu de FC serait aussi **dépendant du désir de grossesse initial**, selon l'un des médecins.

MG5 « *bah du désir ou pas de grossesse déjà de base, [...] des situations, euh. J'ai déjà vu une fausse couche cette année d'une grossesse qui n'était pas prévue.* »

La **prise en charge chirurgicale de la FC** pourrait être un élément péjoratif pour le vécu de la FC, selon un second médecin.

MG6 « *besoin d'avoir interventions par aspiration ou autre et c'est là aussi souvent que c'est moins bien vécu donc euh* »

Le **poids des « fausses croyances » sur un facteur déclenchant de la FC** peut impacter le vécu de la FC, selon un troisième médecin.

MG4 « *sauf celles qui sont ancrées dans l'idée qu'il y a une cause très précise* »

La **position de la FC dans la gestité-parité de la patiente** serait un facteur à prendre en considération. Une **FC survenant lors d'une première grossesse serait plus difficile à vivre** que chez une femme ayant déjà des enfants, selon ce même médecin.

MG4 « *c'est épouvantable, j'ai perdu un enfant* » euh... souvent, souvent c'est la première grossesse. Parce que quand elles ont déjà deux, trois enfants, bon, c'est quand même, il y a une certaine... (ne finit pas ses phrases) J'ai une certaine expérience de la vie et des problèmes gynécologiques pour dire que c'est souvent pas une catastrophe absolue »

Plusieurs médecins rappellent **que la FC est un évènement qui peut aussi être bien vécu** (MG1, MG2, MG5 et MG6).

MG5 « *Au, fin, au vécu de chacun et parfois les fausses-couches en tout début de grossesse à 6 semaines d'aménorrhées, parfois elles ont juste fait un test urinaire, elles ont saigné une semaine après. Voilà. Je me dis qu'elles ont aussi le droit de pas ressentir non plus une tristesse*

extrême, elles ont le droit ! [...] Et du coup, j'aurais peur qu'en leur proposant systématiquement, euh, « vous voulez voir un psychologue, vous voulez voir, vous êtes sûre que ça va, vous voulez que je vous arrête ? ». Bah en fait, j'aurais peur de peut-être euh, induire une culpabilité chez la femme qui vivrait bien sa fausse couche. »

Deux médecins l'illustrent par leur expérience personnelle (MG5, MG9).

MG9 « Je me souviens, enfin, je pense je l'avais bien vécu. Je ne me souviens pas de l'avoir mal vécu. »

2) Réflexion du médecin généraliste sur la relation des patientes avec leurs proche dans le contexte d'une fausse couche.

Les proches peuvent culpabiliser les patientes en véhiculant des informations erronées à propos de la FC, selon un des médecins.

MG4 « Tout un tas d'informations fausses [...] « t'aurais pas dû déplacer le meuble ... T'aurais pas dû faire de la voiture pour aller ... » je ne sais pas quoi, bref ! »

Mais la présence de l'entourage peut aussi être protectrice pour accompagner la femme vivant une FC (MG6, MG9, MG10).

MG6 « Est-ce qu'elle est accompagnée ? Est-ce qu'elle est seule à vivre cette situation-là ? Est-ce qu'il y a des personnes dans son entourage qui l'ont déjà vécu ? »

Les femmes peuvent se rassurer en voyant d'autres femmes avec un parcours similaire ayant eu des enfants par la suite (MG4 et MG7).

MG4 « [dire aux femmes, qu'après une fausse couche] que euh... et que ça n'empêche pas qu'elles aient des enfants après [...] là, la belle-mère pouvait être intéressante parce que si elle dit « moi j'en ai eu deux avant d'avoir 4 gosses » »

3) Réflexion du médecin généraliste sur la place du conjoint(-e) dans la fausse couche

Certains médecins ont évoqué spontanément la place du conjoint lors des premiers enregistrements motivant la modification du canevas d'entretien en incluant cette thématique par la suite.

Les conjoints sont peu présents voire absents lorsque les femmes consultent dans les suites d'une FC (MG4, MG7, MG8, MG9 et MG10).

MG9 : Et bah les deux fois là que j'ai, les deux situations que je me souviens bien, non. Il n'était pas là.

En revanche, certains se souviennent de **l'implication de partenaires présents lors de la consultation** (MG1, MG6 et MG10).

MG10 « ben, quand ils sont là, ils sont impliqués [...] Que ce soit pour une fausse couche euh, ou tout autre euh... épisode de de hum de la vie génitale, quand les messieurs sont là ils sont impliqués mais souvent ils ne sont pas là. »

Un médecin **encourage la femme à revenir avec son conjoint pour l'intégrer** dans la prise en charge.

MG6 : « l'histoire du conjoint aussi qu'il faut compter hein, souvent... bah je, je leur demande aussi si besoin, que je peux les voir tous les deux. [...] ce n'est pas toujours aussi bien vécu par le conjoint. C'est vrai que, de plus en plus on a [...] les conjoints qui accompagnent [...] on en voit, je trouve plus qu'à une époque. Mais, ouais je trouve que les conjoints sont plus impliqués maintenant. [...] Et j'ai, j'encourage à ça d'ailleurs, de les revoir après euh. Et, ouais, ça, je trouve ça bien. Qu'ils vivent la chose à deux. »

D'autres se font la réflexion **qu'ils n'impliquent pas suffisamment le partenaire** (MG3 et MG7).

MG7 « Oui c'est un truc qu'il faudrait, peut-être euh, peut-être, peut-être demander aux hommes hein. Parce que l'homme il peut se sentir aussi incapable. Il peut se dire « Bah je suis capable que de faire des fausses couches ». Bah ça on n'y pense pas, ... euh (à voix basse, pensive) »

4) Réflexion du médecin généraliste autour de sa place auprès d'un proche faisant une fausse couche.

Un médecin explique : une proche faisant une FC **va avoir un questionnement très médical...**

MG 6 « c'étaient des questions médicales aussi beaucoup et effectivement euh : « mon taux de béta HCG est à tant euh, qu'est-ce que t'en penses euh ? » Enfin ouais, j'avais beaucoup de ça aussi. »

... mais ce proche peut aussi avoir **besoin d'un soutien amical**, selon ce même médecin.

MG6 « Peut-être que le fait que je sois médecin leur a, leur a fait. Mais c'était aussi le, la, {...} L'amie qu'ils venaient chercher euh {...} Mon côté médecin pour donner des conseils. Et. Aussi, et peut-être, les rassurer euh. [...] Tu sais les deux, voilà quoi. Il y avait le côté médical mais l'amie aussi {...} parce que besoin d'être acc, d'être épaulées quoi »

Enfinement **le soutien amical et médical sont indissociables** (MG2, MG5, MG6, MG7 et MG9).

MG5 « elle m'en parlait, je ne sais même pas si c'est parce que j'étais médecin ou si c'est parce que j'étais son amie [...] et qu'elle m'en aurait parlé même si je n'avais pas été médecin. »

Pour certains, ils **ne se considèrent pas comme une personne ressource pour leur compagne ou leur proche**, ils réorientent (MG8, MG9).

MG8 « alors là ce n'était pas moi qui m'en occupais. [en parlant de la FC de sa femme] Non là, j'ai délégué, c'est son médecin traitant ! »

5) Le vécu personnel de fausse couche par le médecin généraliste ainsi que ses projections ont un impact sur leur prise en charge.

La majorité des médecins **ont vécu des situations de fausses couches dans leur entourage** (MG1, MG2, MG5, MG6, MG7, MG8, MG9 et MG10) ...

MG7 « Ouais, dans mon entourage très proche hein, ma sœur en a fait une, ma meilleure amie en a fait deux pour son prémi euh... »

...voire **personnellement ou dans leur couple** (MG5, MG7, MG8, MG9 et MG10).

MG10 : « ma femme en a fait deux et voilà [...] 4 enfants deux fausses couches [...] on est dans, on est dans la moyenne »

Ce vécu personnel a **changé leur point de vue et leur approche**. Il y a une projection du vécu (MG6, MG7, MG8, MG9).

Leur **maternité avec la projection de la parentalité dès le début de la grossesse change la considération** de la fausse couche (MG6, MG9).

MG9 « Peut-être XXX (prénom d'un collègue) ne dirait pas la même chose. Mais en fait moi c'est plus ce qui a changé c'est, d'avoir expérimenté la grossesse et de savoir en fait dès qu'on est enceinte, ça y est quoi ! On, on se projette. Et j'imagine de dire que, que ça s'arrête, c'est terrible. »

L'événement **n'est plus banalisé** explique l'un des médecins.

MG8 « je ne l'aurais pas vécu, bah... « c'est une fausse couche. » » « Non, parce que c'est quand même une force de l'avoir vécu aussi. [en réponse à la question sur savoir avoir vécu un évènement de FC dans son couple avait changé sa vision des choses] Oh que oui ! (Appui longtemps sur cette phrase) »

D'autres en revanche **n'ont pas changé leur pratique en devenant parent car ils compartimentent leur vie professionnelle et leur vie familiale** (MG5 et MG10).

MG10 « Je ne suis pas capable de vous dire s'il y a eu un avant et un après [...] Je pense plutôt que non ! [...] C'est parce que vous me posez la question que je me souviens que ma femme a fait deux fausses couches mais ce n'est pas présent à mon esprit [...] et notamment ce n'est pas présent à mon esprit en consultation... »

Les médecins expriment leurs propres projections :

Un des médecins **interroge ses patientes sur leur prise en charge aux urgences en projetant un a priori négatif.**

MG6 « Comment elle s'est sentie accompagnée à l'hôpital ? » [...] « Est-ce que c'était froid ? Est-ce que c'était, Est-ce qu'elle s'est sentie ... encadrée ? » ou « Est-ce que voilà... ou plutôt laissée seule ? » »

Une autre explique que **dès le deuxième épisode de FC, elle est en difficulté pour rassurer la patiente en pensant à une pathologie probable sous-jacente.**

MG9 « C'est vrai qu'après la deuxième fausse couche bah j'avais, plus de mal à être rassurante. [...] Je me suis dit « bah mince, deux fausses couches euh, à la suite euh, bon c'est peut-être autre chose ». Ça, il y a peut-être un problème euh, voilà. »

Selon une des médecins, un **vécu difficile d'une FC peut impacter le projet de parentalité avec des difficultés de conception d'une nouvelle grossesse** (MG6). Elle conseille aux femmes de prendre le temps de se remettre de l'événement...

MG6 « Parce que je pense que le psychologique, fin, ce n'est même pas je pense, c'est sûr ! Euh, dans, pour tomber enceinte, il faut aussi d'être euh, bien. [...] les patientes qui restent bloquées sur cette fausse couche qu'elles ont eue, je pense que là, ça peut être difficile d'avoir une grossesse derrière. [...] Euh, et ça on le sait, ça s'est déjà vu plusieurs fois euh. On voit que quand elles laissent la pression c'est souvent là qu'elles tombent enceinte finalement. »

... tout en s'inquiétant de **l'horloge biologique pour une femme de plus de 35 ans**. Elle va alors être plus pressante chez ces femmes si elles souhaitent un enfant.

MG6 « alors ça dépend de l'âge un peu de la patiente mais euh, [...] plus la personne est âgée, plus bien sûr ... [...] Plus faut aller vite, donc euh, voilà. Après c'est ça, je je, je n'aborde pas la même chose d'une fille de 25 ans ou moins qu'une personne qui aura 35 ou plus ouais »

L'interruption de grossesse volontaire (IVG) aurait plus d'impact sur les femmes selon deux médecins (MG 3, MG7). Une **FC suivie d'une grossesse sans incident serait plus facilement « oubliée »** selon eux (MG4 et MG7).

MG7 « On n'en parle pas trop, on oublie la fausse couche. Contrairement à un IVG qu'on n'oublie pas. Une fausse couche je pense qu'on l'oublie beaucoup plus facilement. [...] je pense que les grossesses, les grossesses qui arrivent après, hop, elles permettent d'oublier la, la fausse couche. »

6) Un avis controversé sur l'importance de parler de fausse couche en début de grossesse

Certains soulignent l'**importance d'informer les femmes sur le risque de FC en début de grossesse** (MG3, MG7, MG8, MG9 et MG10).

MG10 « C'est assez systématique oui. Sensibilisation euh... [...] D'essayer de..., dédramatiser déjà avant. Déjà sur le fait que ça existe et que voilà. [...] J'ai toujours un petit laïus sur le fait que bah pendant une grossesse on n'est pas censé saigner et que si on saigne euh, ça peut être une fausse couche. Fin, je..., voilà »

D'autres en revanche **ne sont pas systématiques dans l'évocation du risque de FC en début de grossesse voire s'interrogent sur cette pratique** (MG1, MG2, MG4, MG5, MG6).

Parmi eux, certains pensent que c'est une **mauvaise idée, risquant d'inquiéter les femmes davantage**, d'autant plus si elles ont rencontré des difficultés pour concevoir (MG2, MG4, MG6).

MG4 « je pense que ça leur plombe un peu le moral, quand on leur parle déjà de pathologie et d'arrêt de la grossesse alors qu'elles sont contentes ça fait juste que commencer »

L'information est délivrée **en fonction du profil de la patiente et de sa disponibilité psychique** pour l'accueillir (MG6).

MG6 « Alors non, pas forcément systématiquement, tout dépend un peu le type de patient, (réfléchit, regard en l'air) patiente que j'ai en face de moi, euh... [...] Faut pas non plus les angoisser tout de suite en fait [...] euh..., je, ça va dépendre, oui c'est ça, ça va dépendre de quel type de patiente j'ai en face de moi, »

Lorsque les **médecins sont interrogés sur la pertinence de délivrer cette information lors du projet conceptionnel**, ils y sont tous catégoriquement opposés (MG7, MG8, MG9 et MG10).

MG7 « Alors non. Pour projet de grossesse jamais. Parce que je trouve que c'est... (cherche ses mots) ...c'est un peu violent euh... »

7) Le médecin généraliste remarque que la prise en charge de la fausse couche en dehors du cabinet de médecine générale n'est pas toujours optimale.

Les femmes peuvent ressentir de la **colère vis-à-vis de la prise en charge de leur FC aux urgences...**

... en lien avec un **manque d'information** (MG2, MG6) ...

MG2 « il y en a qui sont en colère, [...] après colère oui par rapport à la prise en charge [...] les urgences n'ont rien dit »

... ou un **sentiment de déshumanisation** (MG2, MG3, MG4 et MG5).

MG5 « parfois elles n'ont pas très bien été accueillies aux urgences. [...] lui ont dit « bon bah normalement ça devrait s'évacuer naturellement », elle a rappelé et en fait elle a dit « bah je n'ai toujours pas saigné », on lui a juste dit « bah vous avez qu'à aller courir ça va bien finir par tomber ». »

Mais le **fonctionnement des urgences** ne permet pas toujours de fournir un **espace-lieu pour respecter l'intimité** mais aussi un **espace-temps pour écouter les patientes**.

MG6 « Parce que souvent ça se passe un peu vite et effectivement aux urgences euh... [...] Je peux comprendre aussi, ça, c'est un peu compliqué de la, de les prendre un peu à part et de leur expliquer : ce qu'est une fausse couche, [...] je reste toujours compréhensive par rapport aux urgences hein, ça va vite, il faut aller vite »

8) Réflexion du médecin généraliste autour d'une grossesse future post fausse couche

Les femmes se **questionnent sur le délai à respecter après une FC avant de reprendre leur projet conceptionnel** (MG2, MG4, MG6 et MG8).

MG8 « « quand est-ce qu'on peut essayer de re-faire une grossesse ? » [...] « on veut vraiment un enfant, quand est-ce qu'on peut » »

Il n'y a pas de **durée minimale avant de reprendre le projet conceptionnel** pour la plupart des médecins interrogés (MG4, MG6, MG7 et MG8).

MG7 « oui, de normaliser, de remettre dans la vie et de, de, réessayer tout de suite quoi. [...] Je ne les fais pas attendre, je ne les fais pas reprendre la pilule »

Ils conseillent aux femmes de **retenter dès qu'elles se sentent prêtes**, de faire confiance à leurs ressentis, tout en prenant le temps nécessaire. Le **temps de latence sera variable d'une patiente à une autre dépendant de son vécu de la FC** (MG4, MG6 et MG8).

MG8 « Quand vous le sentez ! médicalement, il n'y a pas de problème c'est quand elles le sentent. »

L'un d'eux **s'interroge sur la pratique de ses pairs recommandant un temps de latence entre les grossesses**.

MG4 « (Se pose la question plus pour lui-même), souvent je pense que les gynécologues leurs conseillent de reprendre la pilule un trimestre histoire de... je n'en sais rien de digérer psychologiquement l'histoire et de recommencer ... [...] et puis... euh est-ce que voilà, est-ce que ça va grever le risque potentiel... maternel pfff à mon sens non ! »

Tandis qu'une des médecins **recommande de laisser passer un ou deux cycles** pour « laisser le corps se reposer ».

MG2 « mais que c'est peut-être bien de laisser le corps se reposer euh, un ou deux cycles. »

9) Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste en consultation mises en lumière au fil de l'entretien

Certains médecins s'aperçoivent au fil de l'entretien **qu'expliquer le caractère ordinaire de la FC à leur patiente consultant pour ce motif banalise la situation** sans leur permettre d'élaborer leur vécu (MG3 et MG4).

MG4 « enfin je ne sais pas, je ne sais pas si ça les rassure, [...] c'est-à-dire est-ce que ce que je vous ai dit vous a aidé ? Ou euh... Est-ce qu'au final, elle digère vraiment l'histoire... point d'interrogation ? [...] Celles qui arrivent avec le mouchoir repartent en général avec le mouchoir quoi... [...] psychologiquement ce n'est pas dit qu'elles s'en remettent aussi bien facilement qu'on veut bien le dire... »

Le médecin peut **se sentir en difficulté pour accompagner sa patiente sur son vécu**.

MG3 « A partir du moment où on a dit ça, on pense que... on a... on a protégé la personne, on l'a soulagé de quelque chose. [...] parce qu'on signifie que c'est un évènement qui entre guillemet [...] est naturel [...] ou alors c'est la personne qui va vous dire « d'accord, vous me dites ça, mais moi franchement j'ai du mal à l'avaler quoi. J'ai du mal à passer à autre chose. [...] On ne règle pas forcément le vécu qui a été ... qu'a eu la personne dans ce premier évènement en fait. »

Les patientes **ne veulent pas entendre ce discours scientifique de rationalisation**, selon un autre médecin.

MG8 « Je lui disais le côté scientifique, de toute façon ce n'est pas ça qu'on veut entendre quand on est, quand on a une fausse couche. Et je ne pense pas que ça soit ça qu'on a. Enfin. Enfin, ce n'est pas que ça qu'on veut entendre. I : Oui, et du coup, tu penses qu'elle sait, qu'elles veulent entendre quoi, plutôt ? MG 8 : Bah que... qu'on comprend que c'est difficile ! Qu'on comprend que c'est douloureux ! »

Selon un des médecins, ce **langage scientifique peut être un moyen de défense, protégeant le médecin de sa propre histoire de vie**.

MG 8 « I : Toi, qu'est-ce que tu ressens dans ces consultations-là ? MG 8 : Moi ce que... je, c'est dur ! Enfin c'est dur parce que moi je l'ai vécu dans mon parcours personnel, donc c'est compliqué ! Mais oui, ce n'est pas des consult... (silence, ne finit pas sa phrase) Et puis c'est difficile parce que nous pour se protéger, on prend notre côté scientifique en disant c'est fréquent, ce n'est pas grave... C'est compliqué ! »

Au fil de l'entretien, certains médecins énoncent **les changements qu'ils vont mettre en place** à la suite de cette rencontre (MG1, MG2, MG3, MG4, MG8, MG9).

MG9 : Ah bah moi, moi ça va changer les choses, enfin j'espère. Fin c'est sûr même.

Certains médecins souhaitent être **plus systématiques dans la recherche des antécédents de FC**. Ces questions peuvent s'intégrer facilement dans leur interrogatoire selon eux (MG1, MG2, MG4, MG9).

MG9 « mais c'est vrai que ça pourrait faire partie de mon interrogatoire du départ, niveau gynéco. [...] ce moment-là ça serait très bien que ça vienne, en effet. Pour dire « est-ce qu'il y a des grossesses compliquées, est-ce qu'il y a des fausses couches ? » [...] En fait, peut-être que je devrais. [...] Être soucieux, peut-être plus s'interroger euh, sur euh, les antécédents de fausse couche. »

D'autres encore proposent de rechercher **les antécédents de FC lors de syndrome dépressif chez les femmes en âge de procréer** (MG3, MG4 et MG9).

MG4 « Sur des terrains un peu anxio-dépressifs, ça vaudrait peut-être le coup de se poser la question, elles n'osent peut-être pas nous le dire qu'elles ont fait une fausse couche 6 mois avant, quoi. Je pourrais dire « est-ce qu'il n'y a pas une fausse couche aussi ? » Non ? »

Un médecin **explique qu'ils n'informent pas assez ses patientes sur les risques de FC en début de grossesse**, pouvant entraîner des conséquences pour ses patientes.

MG1 « C'est vrai qu'on n'en parle pas suffisamment [...] on informe pas suffisamment sur le risque de fausses couches plus ou moins précoce. [...] Et en effet c'est quelque chose qui n'est pas, dont on ne parle [...] pas systématiquement aux jeunes femmes. »

Deux médecins proposent de **rechercher cet antécédent de FC lors d'un examen gynécologique difficile** (MG6 et MG9).

MG 9 « Non je n'y ai jamais pensé ! [Rechercher antécédent de FC lors examen gynécologique compliqué] En effet d'être alerté on fait un peu plus attention et on va demander. Donc là j'espère que du coup je ferai bien attention et que j'y penserai euh, en effet »

Intégrer l'impact psychologique d'une FC sur les patientes lors de la formation initiale des médecins est nécessaire selon un des médecins interrogés.

MG8 « Oh bah je pense que, je suis même persuadé que dans notre formation... on ne nous explique pas assez que ça peut être très, très traumatisant pour les femmes ! On reste très scientifique en disant : « C'est très fréquent, ce n'est pas grave ! ». Très bien ! Mais pour autant c'est, (soupire) ça peut être vécu comme très traumatisant. Donc... voilà, je pense que... voilà, une petite ligne de plus quand on nous apprend, quand on nous parle de la fausse couche, nous dire que ça peut être traumatisant, ça peut être bien ! »

Discussion

I – Forces et limites

Le manque d'expérience de l'investigatrice constitue la principale limite de cette étude. Le recrutement au hasard des participants a permis d'éviter l'auto-sélection. Le sujet d'étude n'a pas été précisé en amont aux participants évitant ainsi des refus de participation.

Concernant les participants, l'occasion d'interroger des médecins exerçant seuls ne s'est pas présentée.

D'après la revue de littérature de Mathilde Uranga-Harismendy réalisée en 2020, les études menées auprès des médecins généralistes pour connaître leur pratique en matière de prise en charge de la fausse couche ont été réalisées à l'étranger. L'objectif de cette revue de la littérature était de réaliser un état des lieux des pratiques des médecins généralistes sur la fausse couche précoce avec entre autres la recherche de la proposition ou non d'un suivi post fausse couche et la réception ou non de l'information de l'évènement de fausse couche par le médecin (10).

Notre étude aborde pour la première fois cette thématique sous un autre angle en questionnant les médecins généralistes sur leur ressenti concernant leur prise en charge de leurs patientes ayant réalisée une fausse couche. Cet aspect novateur en est la principale force.

L'analyse en double codage ouvert et en aveugle des entretiens renforce la validité de l'étude. La triangulation, réalisée avec une autre chercheuse, a permis d'enrichir l'analyse.

II – Principaux résultats

1) Être mieux informé des antécédents de fausse couche

D'après les médecins interrogés dans notre étude, ils sont peu ou mal informés des événements de fausse couche de leurs patientes. C'est le manque de compte rendu et le manque de recherche de cet antécédent qui en sont les principales causes selon eux.

Cette perte d'information des antécédents de fausse couche entraîne des conséquences dans la suite de la prise en charge immédiate et à long terme de la patiente. Le compte-rendu est essentiel car il y a un risque plus important de déclarer un trouble psychologique dans l'année qui suit une fausse couche (11–13).

L'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital avec l'envoi des comptes-rendus des spécialistes aux médecins généralistes est essentielle pour optimiser la prise en charge des patientes. Ce décloisonnement et cette réorganisation des soins autour du patient sont l'objectif majeur des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) créées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Une recherche systématique de l'antécédent de fausse couche semble primordiale. Elle peut être facilement intégrée dans l'interrogatoire lors d'une première rencontre ou lors de consultation de gynécologie ou dans un contexte de grossesse. En questionnant les femmes sur cette thématique, le médecin leur indique qu'il peut être également un interlocuteur pour les motifs d'urgences gynécologiques. La disponibilité dans l'urgence et le rôle d'orientation sont des compétences du médecin généraliste, même si ce dernier ne réalise pas de suivi de grossesse ni de suivi gynécologique.

Dans la thèse d'Anne Juhel interrogeant les patientes sur les rôles des médecins généralistes dans le suivi de la fausse couche précoce, elle retrouve une méconnaissance des patientes au sujet des compétences du médecin généraliste en termes de gynécologie (4).

Lorsque le médecin généraliste est prévenu de cet événement chez ses patientes, il redevient alors le pivot central de la prise en charge, un véritable « chef d'orchestre » pouvant orienter vers d'autres professionnels tout en étant capable d'apporter un soutien psychologique à ses patientes.

2) Le malaise de la fausse couche

La fausse couche est en partie encore taboue dans la société (14). Les femmes sont insuffisamment informées de ce risque. Cette méconnaissance rend son vécu encore plus difficile.

Dans notre étude, les médecins interrogés ont des avis contradictoires au sujet de cette prévention. Certains médecins n'informent pas leurs patientes du risque de fausse couche, par crainte de créer de l'anxiété chez leurs patientes. Pourtant, ce rôle d'informateur paraît essentiel pour les femmes (4,14).

La fausse couche est encore banalisée dans le monde médical (14). Selon les médecins interrogés dans notre étude, la différence de représentation de la fausse couche entre le praticien et sa patiente favorise ce malaise. Le médecin considère la fausse couche à travers le prisme médical. Pour lui, la fausse couche reste un événement fréquent et sans conséquence médicale grave. La patiente, elle, a un vécu personnel d'un événement souvent unique et pouvant représenter un deuil.

Cet événement peut être perçu comme la perte d'un bébé, la fin des projections de la femme voire un échec.

Selon l'article publié en 2020 dans l'American Journal of Obstetrics and Gynecology (13), les fausses couches sont des événements déclencheurs de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété. Les scores y sont plus élevés qu'en population générale. Le stress post-traumatique concernerait une femme sur trois à un mois après la fausse couche et une femme sur six après neuf mois. Une dépression modérée à sévère a été rapportée chez 11% des femmes après un mois et 6 % des femmes après neuf mois. L'anxiété modérée à sévère était rapportée chez 24 % après un mois et chez 17 % après neuf mois (13).

La formation des jeunes médecins autour de cette thématique de santé s'avère être une nécessité (10).

Dans notre étude, certains médecins se sentent démunis sur le plan médical pour accompagner leur patiente réalisant une fausse couche. Ils ont le sentiment de ne pas leur apporter suffisamment, pouvant générer une frustration selon les médecins interrogés. Ils ressentent un sentiment d'impuissance face au peu d'arsenal thérapeutique disponible en ambulatoire pour la prise en charge d'une fausse couche.

Et pourtant la prise en charge d'une fausse couche précoce est réalisable en consultation de médecine générale tant que la patiente n'a pas de douleurs importantes, ni de fièvre, ni de signe de choc.

Il existe trois recours de prise en charge d'une fausse couche : la méthode chirurgicale, la méthode médicale et la méthode expectative.

La méthode expectative consiste à attendre que les tissus embryonnaires soient expulsés naturellement. Cette expulsion naturelle peut prendre de quelques jours jusqu'à deux semaines. Au-delà de deux semaines elle est considérée comme prolongée et nécessitera le recours à l'une des deux autres méthodes. Dans la littérature, il n'est pas retrouvé de sur risque des différentes méthodes (1,15,16).

En médecine générale de ville, la méthode expectative est réalisable. L'échographie peut être prescrite afin de vérifier la disparition des tissus embryonnaires. Un médecin généraliste formé à l'IVG médicamenteuse a le droit d'utiliser le Misoprostol, actuellement sous recommandation temporaire d'utilisation délivré par ANSM pour ce motif.

Le site Améli.fr réexplique les différentes méthodes pour les patientes (8).

3) Le rôle central du médecin généraliste dans la prise en charge des femmes vivant une fausse couche

Le vécu d'une fausse couche varie d'une femme à l'autre. Le sentiment de perte du futur bébé, le sentiment d'échec, le sentiment de la perte de la maternité, de vide psychique sont différents ressentis qui peuvent traverser les femmes (4,6). Néanmoins, cet événement peut aussi être bien vécu. Avoir des enfants après une fausse couche constitue un réconfort pour les femmes (4,6).

Pour les médecins interrogés dans notre étude, le vécu de la fausse couche diffère selon les patientes.

L'étude qualitative de Juliette Normand, montre que le risque de dépression est majoré par des troubles psychologiques préexistants, par l'intensité du désir de grossesse, l'absence d'enfants, ou lors d'une fausse couche dans un contexte de PMA (6).

La prise en charge centrée sur la patiente et ses besoins est primordiale, contrairement à une prise en charge protocolisée inapplicable.

Le cœur de cette prise en charge centrée sur la patiente repose sur le lien de confiance médecin-patient. Cette relation permet au médecin de suivre, de repérer les patientes fragiles aux antécédents de troubles psychologiques et d'assurer son rôle essentiel d'écoute (6).

La prise en considération de l'événement de fausse couche et de son impact psychologique permet de ne pas banaliser l'évènement. Valider le caractère douloureux de l'évènement auprès de la patiente, permet au médecin généraliste d'être témoin de ce bouleversement, d'après les médecins de notre étude.

Dans une étude qualitative de 2019 en Australie, différents professionnels de santé confirmaient le ressenti de ce rôle d'écoute. La plupart des participants s'estimaient compétents pour apporter un soutien émotionnel malgré une formation limitée (17).

Le rôle du conjoint auprès de la femme réalisant une fausse couche est soulevé dans notre étude. Les conjoints hommes ressentent une souffrance psychologique variable tout comme leur compagne selon une thèse de 2022 interrogeant le vécu des partenaires de femmes vivant une fausse couche (18). Certains parlent de deuil du futur enfant. Ils ont tous tendance à faire passer la souffrance de leur conjointe au premier plan. Cet événement fausse couche était vécu comme une épreuve pour le couple, pouvant créer des conflits ou au contraire renforcer les liens suivant la communication du couple.

Ils rapportent le tabou dans la société les limitant pour rechercher du soutien pour eux-mêmes. La thésarde évoquait des solutions pour aider la prise en charge du binôme : proposer au couple lors de l'annonce de fin de grossesse de revoir leur médecin traitant s'ils en ressentent le besoin voire de proposer une psychothérapie de couple. Délivrer l'information du risque de fausse couche précoce lors d'une consultation en couple serait également une piste de réflexion (18).

Les médecins de notre étude évoquent peu le rôle de soutien des conjoints. Pourtant, ils reconnaissent qu'il serait pertinent de l'intégrer dans cette prise en charge lorsqu'ils sont questionnés sur ce sujet. Le médecin généraliste retrouve une place centrale, de médecin de famille, en facilitant l'implication du conjoint dans cette situation de fausse couche pour le couple.

Des notions de représentation et de projection du médecin femme sont retrouvées dans notre étude. Le médecin femme s'identifie, elle aurait pu être cette patiente vivant une fausse couche, créant un espace de sororité. Les médecins femmes ayant déjà des enfants partagent avec leurs patientes ce sentiment « viscéral » de se sentir mère dès le début de la grossesse. Tandis que les médecins hommes se sentent moins à leur place pour comprendre le ressenti de leurs patientes.

La fausse couche étant un événement fréquent chez les femmes en âge de procréer, les médecins ont pu y être confrontés personnellement ou dans leur couple voire dans leur entourage. Un changement dans leur prise en charge s'opère à la suite du vécu d'un antécédent de fausse couche chez leur proche. Cette identification permet une meilleure empathie du médecin.

Catherine Marin, docteur en histoire ayant effectué des recherches sur les soins palliatifs et la relation soignant-soigné, nous le rappelle (19). Selon elle, la projection et l'identification sont inévitables dans toute relation, qu'elles soient conscientisées ou non. « L'empathie du soignant se travaille personnellement et à plusieurs, pas à pas, car il ne s'agit pas seulement, pour être soignant, de vouloir le bien du patient à sa place, mais à travers le souci qu'on a de lui, de faire preuve de sollicitude et d'attention au besoin et désir de vivre du sujet malade, en soutenant ses capacités constitutives » (19)

III – La loi reconnaît la fausse couche, elle sort de son tabou

Le thème de la fausse couche et plus largement de la santé des femmes est au cœur des questions et des évolutions de notre société. La fausse couche tend progressivement à être moins taboue et considérée. La loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 en est la preuve. Elle vise à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche. Ainsi, depuis le 1er janvier 2024, elles pourront bénéficier d'indemnités journalières sans délai de carence pendant leur arrêt-maladie. Cette exonération du délai de carence sera étendue aux femmes ayant recours à une IVG à partir du 1er juillet 2024. L'inscription de l'IVG dans la constitution française le 8 mars 2024 est une avancée inédite, et même novatrice dans le monde.

A partir du 1er septembre 2024, chaque ARS (Agence Régionale de Santé) devra mettre en place un parcours « fausse couche » permettant d'associer les professionnels médicaux et les psychologues dans le but d'accompagner, d'informer et d'orienter les femmes victimes et leurs partenaires. Ce parcours inclura le médecin généraliste au centre de la prise en charge des femmes.

Cette loi parle aussi de l'inclusion des partenaires, qui semblent être les grands oubliés de cette prise en charge.

L'intégration des conjoints dans la prise en charge de la fausse couche par les médecins serait pertinente à explorer. C'est une recherche qui pourrait se réaliser en deux temps avec un temps commun avec leur conjointe et un second temps pour recueillir leur ressenti autour de cette prise en charge en couple.

Les croyances et spécificités culturelles influencent la manière dont les couples perçoivent la grossesse et anticipent les complications. Les croyances les plus populaires mettent en lien le risque de fausse couche avec l'alimentation, l'activité physique, l'anxiété ou les rapports sexuels (20).

Très peu d'études traitant spécifiquement de la religion et de la vision de la grossesse ont été retrouvées que ce soit chez les patientes ou chez les professionnels de santé. Pourtant des études référençant l'omniprésence de la religion sur la vision de la grossesse par le monde médical existent. Ces études analysent cette vision dans l'histoire du dix-neuvième et du vingtième siècle, pour comprendre la mise en place des lois sur l'avortement. Il n'y a pas d'étude sur le retentissement actuel des religions sur la vision médicale.

Il n'y a pas eu de questionnaire sur la thématique de la religion dans cette étude. Il s'agit d'un sujet difficile à aborder en face-à-face avec des entretiens semi-dirigés. Une analyse phénoménologique aurait été nécessaire avec des entretiens plus longs pour instaurer une confiance vis-à-vis de questions beaucoup plus personnelles.

La religion du médecin ou ses croyances spirituelles, ont-elles un impact sur sa vision de la fausse couche et sur sa prise en charge ?

Conclusion

Ce travail a permis d'explorer le ressenti des médecins généralistes dans l'accompagnement des femmes présentant une fausse couche spontanée précoce.

Les médecins sont rarement informés de la fausse couche de leur patiente. Une codification de la recherche de cet événement et une meilleure communication ville-hôpital sont les clefs de l'amélioration de cette prise en charge. Le médecin informé peut alors se placer en pivot central assurant ainsi un soutien psychologique auprès de ses patientes.

L'écart de représentation de la fausse couche, entre le praticien et sa patiente, peut entraîner un malaise en consultation. Les médecins considèrent la fausse couche à travers le prisme médical qui fait état d'un événement bénin et fréquent au mépris d'un vécu pouvant être difficile pour les femmes. La formation des jeunes médecins à cette thématique est essentielle. Ce malaise s'explique également par le sentiment d'impuissance du médecin. Pourtant, le médecin généraliste en ville a toutes les compétences pour prendre en charge ces patientes.

L'intégration des partenaires dans la prise en charge de la fausse couche par le médecin semble être nécessaire pour évoluer sur ce tabou sociétal.

Au vu de la fréquence des fausses couches, les médecins peuvent y être confrontés personnellement à travers leur entourage. Cette expérience personnelle leur permet de changer de regard sur cet événement de vie puis de modifier leur posture dans leurs prises en charges par la suite. L'identification permet une meilleure empathie du médecin.

Le ressenti d'une fausse couche est très variable d'une femme à une autre. Pour certaines elle est assimilée à un deuil alors que pour d'autres elle peut être bien vécue. Cette différence de ressenti nécessite une approche globale s'adaptant à chaque patiente. Les fausses couches peuvent entraîner des conséquences physiques ou psychiques chez leurs patientes initialement ou plus tardivement. L'événement fausse couche va s'inscrire dans l'histoire de vie des patientes.

Le médecin généraliste a un rôle de chef d'orchestre dans la prise en charge de la fausse couche chez les femmes. Son rôle d'écoute, de soutien psychologique est primordial. Il s'intègre dans une dynamique de progression des droits des femmes pour leur santé. La fausse couche n'est plus si taboue, elle est permise d'exister et d'être vécue.

Références bibliographiques

1. Beucher G, Benoist G, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. *journal Gynécologie obstétrique & fertilité*, 37(3), p.257-264, (2009)
2. CNGOF 2014 [Internet] Prise en charge des « pertes fœtales» (fausses couches et MFIU) Available from: https://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/recommandation-du-college-national-sur-la-prise-en-charge-des-pertes-foetales-fausses-couches-et-mfiu/
3. De Farcy de Pontfarcy C. Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes : la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ? étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012. 74p. Mémoire : Sage-femme : Université de Brest : 2013
4. Juhel A. Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? : Etude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais. 62p. Thèse : Médecine : Université Rennes : 2018
5. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. *Devenir*. 2009;21(3):143–57.
6. Normand J. Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes. 57p. Thèse : Médecine : Université Paris Est Créteil : 2019
7. Marchand PM. L'utilisation d'internet comme source d'information au cours de la grossesse. 56p. Mémoire : Sage-femme : Université de Nice : 2019
8. ameli.fr [Internet] [Mise à jour 01/03/2024]. Fausse couche. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse/difficultes-et-maladies-pendant-la-grossesse/fausse-couche>
9. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse couche. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* – 40(5), p437-443, (2011)
10. URANGA-HARISMENDY M. Suivi de l'avortement spontanée précoce : état des lieux des pratiques des médecins généralistes. 46p. Thèse : Médecine : Université d'Angers : 2020
11. Lok IH, Yip ASK, Lee DTS, Sahota D, Chung TKH. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril*. 2010;93(6):1966–75.
12. Bennett SM, Litz BT, Lee BS, Maguen S. The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Prof Psychol Res Pract*. 2005;36(2):180.
13. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memmar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Apr 1;222(4):367.e1-367.e22.
14. L'ÉCHO DES GYNÉCOS [Internet]. CNGOF. 2019 Available from: <https://cngof.fr/accueil/ressources-documentaires/lecho-des-gynecos/>
15. G. Beucher, et al. Fausses couches du premier trimestre : bénéfiques et risques des alternatives thérapeutiques *journal Gynécologie obstétrique & fertilité*, 42, p608-621, (2014)
16. Blond A. Limites de la prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre par le généraliste. Rédaction d'un protocole d'aide à la prise en charge. 60p. Thèse : Médecine : Université de Nantes : 2007

17. Klib J, Mj TS, Je B. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 2019 Aug 59(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338853/>
18. Rabussier J. Comment les hommes vivent-ils la fausse couche de leur partenaire? 65p. Thèse : Médecine : Université Paris Centre : 2022
19. Marin C. Empathie et vulnérabilité. Accueillir une détresse jusque-là sans mot. Jusqu'à la mort accompagner la vie. vol. 133, no. 2, 2018, pp. 95-104.
20. Bottemanne H, Charron M, Joly L. Croyances périnatales : mécanismes neurocognitifs et spécificités culturelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2022 Jul 1;50(7):542–52.

Annexes

Trame d'entretien initial

Introduction

Interrogez-vous les femmes sur les antécédents de fausses couches au cours de leur vie dans votre pratique courante ? Et si oui par quel biais ?

Est-ce que cela vous arrive d'évoquer le risque de fausses couches en début de grossesse ?

Avez-vous été souvent confronté à des situations de fausses couches dans votre carrière ?

Situation

Si vous avez une femme qui se présente à votre cabinet à la suite d'une fausse couche qui a été pris en charge aux urgences.

Comment allez-vous gérer cette consultation ?

Que lui diriez-vous ?

Quelles techniques de communication utilisez-vous ?

Que lui proposez-vous ?

Que pensez-vous que les femmes viennent chercher au décours de votre consultation ?

Quel rôle pensez-vous pouvoir jouer ?

Concernant vie personnelle

ATCD perso ?

Trame d'entretien final

Introduction

Interrogez-vous les femmes sur les antécédents de fausses couches au cours de leur vie dans votre pratique courante ?

Et si oui par quel biais ?

- Type consultation ?
- Est-ce que cela fait partie de vos questions lors d'une première prise de contact ?
- Type question ? moment consultation ?

Comment obtenez-vous l'information qu'une fausse couche a eue lieu ? (CR gynéco/ info spontanée patiente...)

Est-ce que cela vous arrive d'évoquer le risque de fausses couches en début de grossesse ou en période de projet de grossesse ? (Habitue à prévenir)

Avez-vous été souvent confronté à des situations de fausses couches dans votre carrière ?

Est-ce que cela vous arrive fréquemment de voir des femmes dans les suites d'une fausse couche ?

Vous rappelez vous de la dernière fois ou avez reçu une femme à la suite d'une fausse couche ?
/C'était quand la dernière fois que vous avez reçu une femme à la suite d'une fausse couche ?

Si situation rare ou que le méd. gé n'évoquent pas le sujet avec les femmes

- Quels sont les freins à ce que vous évoquez les fausses couches avec les femmes ?
- Pourquoi ce n'est pas un sujet que vous évoquez ?

Situation :

Si demain vous avez quelqu'un qui se présente à votre cabinet à la suite d'une fausse couche

Si information disponible : « rappelez-vous de la dernière où vous avez vécu cette situation »

Sinon : « imaginez une femme que vous suivez depuis toute petite qui viendrait de vivre cette situation FC »

Comment allez-vous gérer cette consultation ?

Que lui diriez-vous ? / Quelles techniques de communication utilisez-vous ?

Que lui proposez-vous ?

Quel était votre ressenti face à cette situation ? Qu'est que vous pensez que la patiente a ressenti ?

Qu'est-ce cela vous évoque/représente une fausse couche pour vous ? représentation pour la femme ?

Pour vous qu'est-ce que les femmes attendent de cette consultation ? / Quel rôle pensez-vous pouvoir jouer ?

Quelle est la place du partenaire dans cet événement ?

Concernant vie personnelle

ATCD perso ? entourage proche concerné par un ATCD FC ?

Si oui,

- Que viennent chercher les proches : conseil côté médecin ? ou conseil de l'ami, membre de la famille ?
- Est-ce que cela à changer votre façon de voir les choses ? la prise en charge ? notamment si personnellement touchée personnellement mais aussi suite FC d'un proche ?

Fiche Consentement de participation au projet de Thèse

J'ai été sollicité(e) pour participer à un projet de thèse.

Objectif: Quels sont les ressentis des médecins généralistes de l'Indre-et-Loire dans l'accompagnement des femmes présentant une fausse couche spontanée précoce ?

Investigateur : Marine CHAIGNEAU

Directrices de thèse : Dr Anaïde Noé-Lagrange et Dr Mélanie Sanchez

Structure : DUMG de TOURS

J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront anonymes et confidentielles et ne seront accessibles que pour l'investigateur. J'ai été prévenu(e) que ma participation était sur la base du volontariat, et ne comportait aucun risque particulier.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

Je peux décider me retirer à tout moment du projet sans conséquence pour moi-même. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informe immédiatement l'investigateur.

Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

NOM et Prénom :

Le .../.../.... À

Signature

Analyse axiale

I- Ressenti du MG : la FC est une situation rare

- La FC est un motif de consultation rare au cabinet de médecine générale alors qu'il s'agit d'un phénomène fréquent chez les femmes en âge de procréer
- Le suivi gynécologique est assuré par d'autres, il dit à ses patientes qu'il n'assure pas le suivi gynécologique, il met des barrières
- Mg se sent relégué au second recours, il n'est pas au centre de la prise en charge de la FC
- Pour les patientes le MG n'est pas une personne ressource dans un contexte de FC
- ATCD de FC, le MG loin d'être systématique, n'y pense pas, n'y porte pas d'intérêt
- Info FC ne m'est pas transmise, oubli de renseigner le dossier
- Lien ville-hôpital, une relation compliquée
- Selon MG dans la FC une notion de Tabou, désir de ne pas en parler
- Vision genrée de la FC, banalisation de la FC, la FC est une histoire de femme

II- Une situation malaisante pour le médecin

- La FC une notion difficile à évoquer avec sa patiente
- Certains MG évoque que la prise en charge psychothérapique ne les intéresse pas, n'est pas de leurs ressorts.
- FC les femmes y pensent et se renseignent seulement si informés de ce risque
- La FC touche à l'intime selon MG
- Interroger ou parler de la FC + facile consultation dédié notion légitimité
- Selon le MG, la FC un évènement non grave, fréquent et sans conséquence ultérieure
- Position ambivalente du MG devant une vision médicale d'un évènement bénin et fréquent d'un côté et unique et traumatisant pour la patiente

III- Prise en compte du fort impact de cet évènement de vie sur sa patiente

- La FC est une fin brutale d'un projet pour les femmes et le couple
- La FC est un deuil à faire pour la patiente qui passe par toutes les étapes
- Conséquences psychologiques de la FC – fort impact sur sa patiente
- Le sentiment de culpabilité dans la FC
- La FC est vécue comme un échec par la femme
- « fausses-croyances » stérilité et récurrence des femmes dans la FC

IV- MG met en place des ressources pour accompagner les femmes + découvre ses rôles dans la PEC de la FC

- MG a les capacités de récupérer les informations de FC par différents biais
- Outils de communication autour de la FC, solutions trouvées par le MG pour prendre en charge les femmes
- Arrêt de travail : document aux multiples enjeux
- RDV de suivi dans la FC
- La part médicale dans la PEC de la FC
- MG se sent à l'aise pour gérer une FC au cabinet
- Rôle d'informateur
- Rôle aiguillage

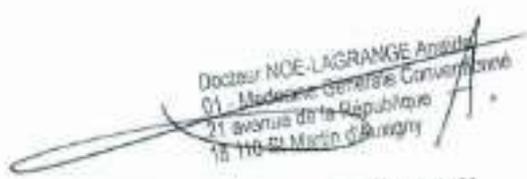
- Rôle de réassurance
- Rôle de témoignage, mémoire, soutien, accompagnement
- Rôle de psychologue, d'écoute
- Rôle de Médecin de famille, personne ressource dans un contexte de FC
- Rôle polyvalent, centrée patiente dans la FC avec une prise en charge en fonction de leurs besoins

V- Remise en question du MG, réflexion posture + verbalisation des changements qu'il souhaite mettre en œuvre dans sa pratique

- Le vécu de la FC diffère d'une patiente à l'autre
- La FC, un évènement qui peut parfois être bien vécu
- Réflexion du MG sur la relation des patientes avec leurs proche dans le contexte d'une FC
- Réflexion du MG sur la place du conjoint(-e) dans la FC
- Réflexion du MG autour de sa place pour son entourage qui fait une FC
- Vivre la FC personnellement / par ses proches => changement de PEC, changement vision des choses
- Les représentations du MG sur la FC, ses projections + les conséquences pour les patientes
- Avis controversé sur l'importance de parler de FC en début de grossesse
- PEC de la FC en dehors du cabinet de médecine générale n'est pas toujours le plus adapté
- Réflexion du MG autour du temps avant d'envisager une prochaine grossesse après une FC
- Les difficultés rencontrées par le MG en consultation + ses remises en question

Vu, les Co-Directeurs de Thèse


Docteur SANCHEZ Milane
01 - Médecine Générale Conventienne
21 Avenue de la République
15110 SAINT MARTIN D'AUVERGNE
☎ 01017841 00120154


~~Docteur NCE-LAGRANGE Angèle
01 - Médecine Générale Conventienne
21 Avenue de la République
15110 Saint Martin d'auvergne~~
☎ 18 1 01565 2 00 1 20 1 01

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le

CHAIGNEAU Marine

72 pages – 1 tableau

Résumé : La fausse couche représente une fin brutale à un projet d'enfant lorsqu'elle survient dans un contexte de grossesse désirée. Les femmes ressentent principalement des douleurs psychiques, les douleurs physiques passent souvent au second plan. Le médecin généraliste prend en charge ces femmes à la phase initiale ou plus tardivement, tant sur le plan médical que psychologique. Ce travail vise à explorer le ressenti des médecins généralistes dans l'accompagnement des femmes présentant une fausse couche spontanée précoce.

Une étude qualitative a été réalisée auprès de dix médecins généralistes de l'Indre-et-Loire par entretiens semi-dirigés, puis analysés selon une approche par théorisation ancrée.

L'analyse a fait ressortir un cheminement réflexif des médecins interrogés lors de leur entretien. La fausse couche est un motif de consultation rare au cabinet de médecine générale alors qu'il s'agit d'un phénomène fréquent chez les femmes en âge de procréer. Il est peu notifié dans le dossier médical. Il existe une différence des représentations de la fausse couche entre le praticien et sa patiente pouvant être à l'origine d'un malaise en consultation. Elle est souvent considérée comme un évènement bénin et fréquent à travers le prisme médical alors qu'elle peut être vécue comme une épreuve difficile à surmonter pour la patiente. Le médecin prend en compte le potentiel impact psychologique de cet évènement. Il élabore ainsi des ressources pour accompagner les femmes à traverser cet évènement de vie. Le médecin se remet en question durant l'entretien et verbalise les changements qu'il souhaite mettre en œuvre dans sa pratique.

L'analyse des ressentis des médecins interrogés a mis en lumière : l'importance de codifier la recherche des antécédents de fausses couches ; l'intérêt d'améliorer la communication ville-hôpital ; la nécessité de former les jeunes médecins sur cette thématique de santé ; le rôle pivot du médecin généraliste dans cette prise en charge centrée patiente. Le maître-mot étant l'écoute dans cette relation.

Mots clés : Fausse couche ; Médecin généraliste ; Ressenti ; Qualitative ; Théorisation ancrée

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Anaïde NOÉ-LAGRANGE

Docteur Mélanie SANCHEZ

Membres du Jury : Docteur Alain AUMARECHAL

Docteur Christophe RUIZ

Membre invité : Docteur Marc ZAFFRAN

Date de soutenance : 16/05/2024