

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Juliette ESNAULT et Manon THANNBERGER

Le 1^{er} juillet 2024

Vécu et attentes des pères dans la prise en charge de la fausse couche spontanée précoce de leur conjointe

Directrice de thèse : Dr Florence DURRIEU

JURY :

Madame le Professeur Marie Eve ROUGE-BUGAT

Présidente

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Madame le Docteur Florence DURRIEU

Assesseur



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POUSSAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 14/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E.)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E.)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E.)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E.)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E.)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E.)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E.)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E.)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E.)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E.)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E.)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E.)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E.)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E.)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E.)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E.)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E.)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E.)	Cardiologie	Mme NOURHACHEMI Fatemeh (C.E.)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E.)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E.)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E.)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E.)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E.)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E.)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E.)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E.)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E.)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E.)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E.)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E.)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E.)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E.)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E.)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOLD Jean-Pierre (C.E.)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E.)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E.)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E.)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E.)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E.)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E.)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E.)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E.)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E.)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E.)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E.)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E.)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E.)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E.)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E.)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E.)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E.)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E.)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E.)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E.)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E.)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E.)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E.)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E.)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E.)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E.)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E.)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E.)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Française	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. Curot Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLIZEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emille
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Nos plus sincères remerciements,

*Au **Professeur Marie Eve Rougé-Bugat**, qui nous fait l'honneur d'apporter de présider notre jury de thèse.*

*Au **Professeur Motoko Delahaye** qui nous fait l'honneur de participer à ce jury de thèse et nous a accompagné dans notre formation de médecin généraliste.*

*Au **Docteur Florence Durrieu**, qui a cru en notre idée dès le premier contact, nous a apporté son expertise, nous a accompagné tout au long de ce travail et nous a soutenues dans nos doutes.*

*A **Bénédicte et Charlotte**, les sage-femmes de Lannemezan, pour votre accueil de notre projet et pour votre aide dans le recrutement de nos patients.*

*A **Jessie**, d'avoir répondu présente dès nos premières sollicitations et de ne pas avoir hésité une seconde à nous adresser les patients qui pouvaient faire partie de notre étude.*

*A nos **co-internes de GPP** qui ont répondu avec enthousiasme à notre demande d'aide pour le recrutement.*

*Aux **patients et à leur famille**, qui nous font confiance au quotidien et sans qui rien de tout cela ne serait possible.*

Remerciements de Juliette

Mes plus sincères remerciements

*Au **Docteur Mahaie, Docteur Sacareau, Docteur Vielle, Docteur Selinge, Docteur Comes, Docteur Freyens, Docteur Peyre Muller**, qui ont été mes maitres de stage au cours de ma formation, m'ont permis d'appréhender un peu plus l'exercice de la médecine générale chaque jour, de me conforter dans mon choix de spécialité et de prendre confiance en moi.*

*Au **Docteur Pons** pour votre disponibilité, votre gentillesse et votre bienveillance, pour votre soutien dès le début de ces études, merci d'avoir toujours pris le temps.*

*A ma co-interne et co-thésarde **Manon**, pour ce travail mené à deux, ta présence depuis le stage aux urgences, le décompte des gardes et des heures de garde, tous ces lundis à boire des litres de café en se creusant la tête, à ta présence qui a rendu tout ce travail plus facile, à ce travail qui s'est réparti de manière si spontanée tout au long de ces deux ans, aux lectures, aux fous rires et aux pas de danse dans ton salon en attendant que les lasagnes chauffent. Merci pour tout, le plus dur est presque derrière nous, place au meilleur !*

*Aux P2F : à **La Ronque, Yolande, La Mune et Zozo**, d'avoir été là depuis le début de ces études, de m'avoir supportée dans le rire comme dans les larmes. Aux after et dortoirs au Carnot. Aux journées de révisions suivies de soirées entières passées entassées sur un canapé à regarder films, séries et Koh Lanta. Aux weekends et aux vacances passés mais surtout à tous ceux à venir.*

*A **Alexandre et Marie**, pour votre soutien inconditionnel depuis maintenant plusieurs années, merci pour les brunchs entre deux révisions, les soirées jeux et les weekends à Banyuls.*

*A **Charlotte** pour tous les footings post stage où l'on papote autant qu'on fait du sport, les 50 000 plats sur la table et les bords de tartes volés.*

*A **Sophie**, pour ta présence à mes côtés depuis presque 25 ans, à toutes les étapes de la vie passées ensemble, à ta présence dans toutes les galères, les moments de doute et les jolis moments, à tous les week-ends à Gruissan, les après-midis au-dessus du garage ou au bord de la piscine et aux randos ratées. Merci d'être encore là depuis tant d'années.*

*A **Lucie**, à ton calme dans les tempêtes mais surtout à tes accès de folie, tes moments Bobby et aux fous rires. Merci d'être toi et merci d'être là.*

*A **Margaux** de garder un œil de loin et à ta bienveillance à toute épreuve.*

*A **Alexis**, pour ce lien indéfectible maintenu malgré la distance, à ta présence, ton sourire, ton soutien et tes encouragements depuis toujours. A toutes les heures passées à jouer aux Simpson, et à toutes les ascensions à venir.*

*A ma belle-famille de m'avoir intégrée comme si j'avais toujours fait partie de la famille. A **Germain et Arlette** qui nous voient débarquer une heure avant le repas et ne disent jamais non, merci pour vos encouragements, pour votre accueil si régulier, et pour tous les weekends à Vieux Boucau. A **Sylvie**, d'avoir toujours une pensée, un mot gentil dans les moments difficiles. A **Enzo et Manon**, pour tous les repas et week-ends des couz. A **Alain, Carmen et Thierry, Renaud, Clara, Nathan et Clément** pour tous ces moments partagés.*

*A **Jean François et Nathalie** pour votre présence, votre soutien, votre bienveillance malgré la destruction de leurs oreilles, les dragibus bleus et les mojitos. La reine des neiges reviendra vite en concert.*

*A ma marraine, **Claire**, présente depuis les premiers jours. Merci d'avoir toujours été là, merci pour tes « salut ma belle », tes questions sur le bonheur, et le partage de cette passion de la couture.*

*A **Christian, Arthur et Emilie** pour les heures passer à jouer, toutes les bêtises racontées, les cochonneries mangées et les parties de pétanque disputées.*

*A mon parrain, **Franck, et à Karine** pour votre soutien d'ici ou du bout du monde, pour les vacances, pour votre disponibilité à chaque appel à l'improviste. Ces vacances chez vous au bout du monde après ma première année ont été précieuses. A **Julie, Mathieu et Emilie** de m'avoir accueillie parmi eux à cette occasion.*

*A **Papy et Elena**, de surveiller tout ça de loin et de m'avoir toujours soutenue dans ces études difficiles, aux gestes qui parlent parfois mieux que des mots et aux kilos de pot de miel embarqués aux départs de la ferté qui réconfortent ensuite tout le long de l'année. A Aurélien, Adeline, Pierrick, Federica et Eliana.*

*A ma sœur et mon frère, **Amélie et Martin**, vous avez été l'un de mes plus grands soutiens depuis le début de ces études, disponibles à la moindre demande pour me faire réciter, pour jouer, pour regarder une bêtise ensemble, me faire rire et tout dédramatiser. A tous les acides aminés récités mais aussi à toutes les chansons chantées et inventées, toutes les bêtises racontées, tous les fous rires en se brossant les dents et tous les couchages 2 heures trop tard. Être votre Sestra est une chance.*

*A mes parents, **Christelle et Pascal**, d'avoir toujours cru en moi d'aussi loin que je me souviens, vous qui êtes toujours disponibles pour accueillir toutes mes émotions, que ce soit les larmes de rires, mais aussi celles de peur et de tristesse. Vous avez été présents dans tous les moments de ma vie, vous avez su m'écouter et me soutenir dans les moments de doute, me mettre un coup de pied aux fesses quand il le fallait, me laisser partir mais aussi revenir. Merci de m'avoir permise de devenir qui je suis. Vous êtes mon port et vous le serez toujours.*

*A **Morgan**, pour ton amour, pour ta présence au quotidien, tes embêtayres et tes jolis mots. Grandir à tes côtés est une chance. Tu es la plus belle chose que ces études m'aient apporté. Alors à toutes les journées de révision, les matins difficiles, les marches et footings pour s'aérer, à toutes les séries regardées, tous tes endormissements sur le canapé, à tous nos projets, et aux envies pour le futur qui changent tous les deux jours mais dont « Nous » reste le dénominateur commun.*

A tous les disparus au long de ces études, votre présence était précieuse, votre absence tellement douloureuse, vous qui aviez été là depuis toujours. Partager ce moment avec vous aurait été une telle fierté.

Remerciements de Manon

Mes plus sincères remerciements

*A **Agathe, Baptiste et Alix**, grandir à vos côtés a été un tourbillon de rires, de jeux de société et de ploufs dans la piscine. Etre votre grande sœur est pour moi une grande aventure. J'ai adoré grandir avec vous et si je ne pourrai jamais arrêter de penser à vous comme « les petits », j'ai hâte de voir ce que notre vie d'adulte nous réserve.*

*A mes parents, **Caroline et Laurent**, merci d'avoir cultivé en moi le goût de la découverte et de l'effort et de m'avoir toujours soutenue, quelques soient les épreuves. Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ma vie, d'avoir fait de moi l'adulte que je suis aujourd'hui et d'avoir fourni des racines si solides que je n'hésite pas à voler de mes propres ailes.*

*A mes amis scouts, **Claire, Marine, Helene, Eugénie, Aurélien, les deux Matthieu et Sophie**, merci d'avoir supporté que je parle de gynéco à l'apéro et surtout pour ces weekends inoubliables et votre amitié qui m'est si chère. Merci de si bien incarner ces valeurs que nous partageons. A mes cochefs **Clara, Alexandre et Pierre** pour ces camps, ces orages sous la tente, ces jeux, les cinquièmes démentiels et tous ces autres souvenirs incroyables. A tous mes **anciens jeunes**, avoir été votre cheftaine et vous avoir vu grandir avec le sourire est l'une de mes plus grandes fiertés.*

*A **la Colonie** et ses valeurs ajoutées, merci pour ces années lycées d'anthologie, les rires, les chansons, les films, les vacances et pour prouver que la distance géographique n'émousse jamais les vraies amitiés. **Guigui**, merci d'avoir été là aujourd'hui et depuis toujours, le phare de nos vies. **Ju**, merci pour ces soirées à refaire le monde couchées sur le trampoline.*

*A **Baloo et Manou**, mes grands-parents, pour votre soutien, votre amour et votre fierté que vous ne manquez jamais de me faire ressentir, pour les vacances quand j'étais enfant, pour les Noël en famille et tant d'autres souvenirs.*

*A **Papy** pour être une inspiration de donner le meilleur de moi-même. A **Mamie de Versailles**, tu me disais toujours de me dépêcher de finir mes études pour que je puisse te soigner, je n'ai pas été assez rapide, mais en ce jour je pense à toi.*

A Clémence, Guillaume, Emilie, Séverine, Ambre, Louise et Jacques merci de m'accueillir dans votre famille à bras ouverts Merci de toujours être là pour nous, quoi qu'il arrive. Merci pour les week-ends à Orgeix, à Rodez, dans les quatre coins de la France, pour les bro-nights et les vacances avec vous.

*A Florence B, de m'avoir montré la voie et de m'avoir fait tomber amoureuse de la médecine générale. A tous mes maitres de stage que j'ai pu croiser durant mes études et qui ont entretenu cette flamme, en particulier les **Dr Landon, Fray, Ortala, Dupouy et Giovanni**. Merci aux médecins de **l'UHSI**, les Dr Lagarrigue, Bayle et Vasseur, de m'avoir montré que le jugement n'a pas sa place dans le soin. A tous les soignants que j'ai pu croiser dans mon cursus, de m'avoir tant appris, que ce soit dans un cabinet de médecine libérale, aux urgences, à l'arrière d'une ambulance ou dans un service de médecine. Merci à tous d'avoir donné tout son sens au Serment d'Hippocrate.*

A mes camarades de bancs de la faculté, ceux qui allaient en cours même les lendemains de soirée. Pour toutes ces années partagées, ces dizaines de milliers de pages avalées, ces millions de QCMS répondus, ces stages passionnants ou planqués et pour le soutien pendant les révisions des concours.

*A mes **co-internes**, compagnons de galère aux urgences ou rencontrés au cours de divers stages, les échanges sont toujours enrichissants avec vous futurs confrères et consoeurs.*

A Juliette, pour cette rencontre sur le tard bien que nous étions dans la même promotion depuis 6 ans, pour ces nuits de galère au urgences de Montauban, pour cette amitié construites autour de décompte des heures qui restent avant la fin de la nuit et des fast-foods de lendemain de garde. Faire cette thèse avec toi a été comme une évidence et je n'ai pas regretté. Aux cafés bus à la chaine, aux repas chez tes parents, aux répliques d'Harry Potter, aux ricanements de décompensation et à nos deux noms sur cette page de garde !

A Nicolas, pour ton amour, pour ta patience malgré des journées de révision sans fin, des nuits de garde, merci d'avoir supporté ma fatigue et ma frustration, merci de me soutenir chaque jour et de toujours être dans mon équipe. Ce chapitre de notre vie va se clore et il sera enfin temps de voir ce que l'avenir nous réserve, j'ai hâte de vivre avec toi la belle aventure de la vie.

Table des matières

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE.....	4
1) TYPE D'ETUDE	4
2) OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	4
3) POPULATION	4
4) ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN	5
5) RECUEIL DES DONNEES.....	5
7) CONSIDERATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	6
RESULTATS.....	8
1) CARACTERISTIQUES DES PATIENTS INTERROGES.....	8
2) VECU	9
A) <i>Vécu de l'annonce</i>	9
a. <i>Qualité de l'annonce</i>	10
b. <i>Ressenti émotionnel lors de l'annonce</i>	11
B) <i>Vécu de la prise en charge</i>	12
a. <i>Difficultés</i>	12
b. <i>Facilité</i>	15
3) FACTEURS INFLUENÇANT LE VECU	16
A) <i>Relations avec le personnel soignant</i>	16
a. <i>Place du médecin généraliste</i>	16
b. <i>Prise en charge par un ou une gynécologue ou sage-femme</i>	18
c. <i>Confiance dans le personnel soignant</i>	19
B) <i>Intégration du conjoint dans la prise en charge</i>	19
a. <i>Présence au cours de la prise en charge</i>	19
b. <i>Rôle du conjoint</i>	20
c. <i>Informations sur la prise en charge</i>	21
1. <i>Par les professionnels de santé</i>	21
2. <i>Par l'intermédiaire de la conjointe</i>	21
C) <i>Soutien</i>	22
a. <i>Prise en charge psychologique</i>	22
b. <i>Soutien par l'entourage</i>	23
D) <i>Investissement dans la grossesse</i>	23
a. <i>Projection dans la grossesse, dans le rôle de père</i>	23
b. <i>Connaissances antérieures sur la fausse couche</i>	25
4) ATTENTES	25
A) <i>Des informations claires</i>	25
B) <i>Une meilleure organisation du système de santé</i>	27
DISCUSSION.....	29
1) DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS PRINCIPAUX.....	29
A) <i>BESOIN D'INFORMATION</i>	29
B) <i>BESOIN D'UNE CONSULTATION D'ANNONCE</i>	29
C) <i>ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE</i>	30
2) FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	32
A) <i>FORCES</i>	32
a. <i>Profil varié des patients interrogés malgré un échantillon réduit</i>	32
b. <i>Inspiration et ouverture par rapport à un travail de thèse déjà réalisé</i>	32
c. <i>Points communs et homogénéité des vécus et des témoignages</i>	32
B) <i>LIMITES</i>	33

a.	<i>Biais de recrutement : Faible intérêt de la population cible pour le sujet évoqué</i>	33
b.	<i>Biais de recrutement : recrutement par les conjointes</i>	33
c.	<i>Profil socio démographique des participants</i>	34
3)	LES PERSPECTIVES	34
A)	POUR LA RECHERCHE	34
B)	POUR L'ORGANISATION DES SOINS	35
C)	POUR LA PRATIQUE	35
a.	<i>Médecin traitant comme médecin de premier recours</i>	36
b.	<i>Prise en charge réalisée hors médecine générale</i>	37
D)	LA FAUSSE COUCHE COMME EVENEMENT DE VIE DE L'HOMME COMME DE LA FEMME	38
	CONCLUSION	39
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
	ANNEXES	42

INTRODUCTION

La fausse couche spontanée, définie comme un arrêt de la grossesse avant la vingt deuxième semaine d'aménorrhée, représente environ 15 à 20 % des grossesses (1). Parmi elles, les fausses couches spontanées précoces, c'est-à-dire arrêtées avant la quatorzième semaine d'aménorrhée, sont les plus fréquentes. Le risque augmente selon différents facteurs externes (prise de toxiques, diabète déséquilibré, pathologies de la crase sanguine...) mais aussi internes, notamment en fonction de l'âge de la mère. Ainsi il est de 9 % à 20 ans, de 20 % à 35 ans, de 40 % à 40 ans et de 80 % au-delà de 45 ans. Le risque varie également en fonction de l'âge du père, les anomalies chromosomiques sur les spermatozoïdes augmentant à partir de 40 ans. Bien que ce chiffre soit probablement sous-estimé, on peut dire qu'un tiers des femmes ayant des enfants a vécu une fausse couche. Dans la grande majorité des cas, aucune cause n'est retrouvée, sinon celle d'anomalies chromosomiques qui n'auraient pas permis la vie de cet embryon. Des causes plus spécifiques sont recherchées lors de la récurrence des fausses couches, à partir du seuil de trois fausses couches spontanées précoces.

Pendant longtemps, la fausse couche est restée considérée comme un évènement intime, secret, rarement évoqué ou partagé. Ce tabou, renforcé par la pratique des « trois mois sous silence », a été stigmatisant et culpabilisant pour les femmes qui n'étaient que peu éduquées ou accompagnées lors de ces évènements. En effet, la pratique était le plus souvent de ne pas parler de la grossesse à un stade précoce plutôt que de parler de la fausse couche. Les femmes, non informées sur les véritables causes de la fausse couche, vivaient leur deuil dans la culpabilité face à des soignants qui minimisaient complètement l'impact de cet évènement, très fréquent sur le plan médical, et se sentaient donc négligées dans leur prise en charge.

Heureusement, les impacts physiques, médicaux et psychologiques de la fausse couche sur la femme sont maintenant reconnus et pris en compte. D'autres études, précédant la nôtre, ont déjà montré l'impact psychologique de la fausse couche sur les femmes, leur besoin d'un accompagnement spécifique et d'informations claires (2,3). Les pratiques s'en trouvent d'autant améliorées, même si de nombreux témoignages confirment que des progrès restent à faire.

Parce que la grossesse et la maternité sont des mondes principalement féminins, ou parce que les hommes ne vivent pas la grossesse dans leur corps, ils ne sont pas considérés comme également impactés par la fausse couche (4). Souvent, ils ne trouvent pas leur place dans la prise en charge, même lorsqu'ils sont prêts à s'investir (5). Des études ont également montré que leur ressenti est différent de celui de leur conjointe, leur deuil plus silencieux et souvent négligé par les soignants. Ils ressentent de la tristesse, de la colère, de l'inquiétude, mais aussi de l'impuissance face à la situation (6).

Comme ils ne ressentent pas la douleur dans leur corps, ne saignent pas et ne vivent pas la fausse couche sur le plan physique, ils ne sont souvent pas considérés comme patients par les soignants et sont d'ailleurs les premiers à « s'oublier » dans la prise en charge. Selon une étude réalisée sur l'impact de la fausse couche sur la santé des pères, on retrouve qu'ils ont tendance à prendre un rôle de soutien de leur conjointe. Ils sont donc souvent considérés comme une « extension » de la femme ou pris en charge au sein d'un couple, et se voient donc rarement proposer une prise en charge dans leur individualité. Leur rôle de soutien leur demande de « rester forts » et donc ne leur permet pas d'être en phase avec leurs propres émotions, de s'interroger sur l'impact ou la signification que porte pour eux cette fausse couche (7). Leur ressenti est dévalué, à la fois par le corps soignant et par la société, qui apportent plus volontiers leur soutien aux femmes, mais également par eux-mêmes. Les études semblent donc indiquer qu'ils ont, par conséquent, moins tendance à solliciter une aide médicale ou psychologique (8).

En 2024, les évolutions de la société renforcent l'investissement et le rôle du père auprès de ses enfants et ce, dès le début de la grossesse, dans un monde où la coparentalité devient le modèle d'éducation privilégié. Par ailleurs, les pères sont davantage investis dans les grossesses, participent aux consultations de suivi, aux cours de préparation à l'accouchement... La précocité des échographies, notamment de datation, et la qualité des images leur permettent également de créer du lien de plus en plus tôt avec leur enfant à naître et de rendre tangible une relation qui n'était jusqu'alors que très théorique. Ainsi, si la relation est plus précoce et plus ancrée, le deuil n'en est que plus marqué.

Nous pensons qu'il est important de donner une place aux futurs papas, au cours de cette épreuve qui touche le couple, et surtout de leur permettre d'exprimer leur voix. Si l'on considère que l'homme a un rôle de soutien de sa conjointe lors d'une fausse couche, l'amélioration de sa prise en charge rendra meilleur le vécu du couple au complet lors de cette épreuve. Comme

des patients experts, ils sont les plus à même d'exprimer leur ressenti et de témoigner de leur expérience. Il s'agit de légitimer leur ressenti, de leur donner une place à part entière, individuelle et singulière, adaptée à leurs besoins. Il est d'autant plus important de permettre à ces hommes d'avoir un espace de parole que la plupart n'osera pas s'exprimer sur le sujet si l'opportunité ne lui est pas proposée. C'est pourquoi l'objectif de notre étude était de recueillir le vécu et les attentes des papas dans la prise en charge de la fausse couche spontanée précoce de leur conjointe.

MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative, inspirée de la phénoménologie interprétative, menée par entretiens individuels semi-dirigés.

Cette méthode nous a permis, à travers des données verbales, d'explorer le ressenti, le vécu et les comportements des sujets interrogés. Issue des sciences humaines et sociales, elle est particulièrement utile pour l'explication de phénomènes sociaux complexes.

2) Objectifs de l'étude

Notre objectif principal était de recueillir la manière dont la fausse couche et les différentes étapes de la prise en charge avaient été vécues par le conjoint, ainsi que ses attentes. L'objectif secondaire était de réaliser des propositions d'amélioration de cette prise en charge et d'établir un guide de pratique à l'attention des médecins généralistes.

3) Population

Nous avons réalisé un échantillonnage homogène à partir d'une population source : patients ayant tous vécu une fausse couche dans l'année et parlant Français, résidant dans l'ancienne région Midi Pyrénées. Cette zone géographique étendue a été choisie car présentant un centre de référence commun : la maternité de niveau 3 de l'hôpital Paule de Viguier. Au sein de cette population homogène, nous avons cherché à faire varier certains paramètres, notamment l'âge, la catégorie socio-professionnelle, la distance séparant le domicile d'une structure de soin, l'existence de grossesses ultérieures, le désir de grossesse et le type de professionnel de santé contacté en premier.

Pour cela, nous avons utilisé nos réseaux personnels : terrains de stage, groupes pédagogiques de proximité, réseaux sociaux, sage-femmes libérales, internes de médecine générale.

Les critères d'inclusion étaient :

- avoir vécu une fausse couche spontanée précoce il y a moins d'un an au moment de l'entretien,
- être majeur,
- parler Français et
- résider dans l'ancienne région Midi Pyrénées.

Nous avons exclu les patients refusant l'enregistrement et ceux issus d'un parcours PMA, car le risque de fausse couche est plus important qu'en population générale et les patients en parcours PMA sont plus informés du risque de fausse couche et de sa prise en charge (9).

4) Elaboration du guide d'entretien

L'élaboration du guide d'entretien a été réalisée après étude des données de la littérature et en collaboration avec notre directrice de thèse.

La première version a été modifiée suite à l'avis du comité éthique, notamment en retirant la question sur les croyances et la religion du participant.

Cette deuxième version a été utilisée pour les trois premiers entretiens, à l'issue desquels, la question d'ouverture a été modifiée. Le guide n'a plus été modifié par la suite.

Les trois versions du guide se trouvent en annexe.

5) Recueil des données

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons mené des entretiens individuels semi dirigés. Nous contactons les patients une première fois par téléphone pour leur expliquer brièvement l'objet de notre recherche puis nous leur adressons par mail la notice d'information et le formulaire de consentement. Nous les recontactons ensuite et leur laissons le choix du

lieu de l'entretien pour qu'ils se sentent plus à l'aise : chez eux, dans un lieu neutre (la faculté, l'hôpital) ou en visioconférence. Avec l'autorisation des participants, les entretiens étaient enregistrés puis retranscrits intégralement et anonymisés.

Le recueil des données a débuté en juin 2023 et a été arrêté le 15 janvier 2024, lorsque la suffisance des données a été jugée atteinte : les nouveaux entretiens n'apportaient pas d'éléments de réponse nouveaux.

6) Analyse des données

Nous avons réalisé une analyse des données par phénoménologie interprétative, en étudiant l'expérience individuelle de chaque personne interrogée. Chaque entretien était d'abord retranscrit par la chercheuse qui l'avait mené. Chacune de nous analysait ensuite les dires du patient afin de pouvoir passer d'un discours descriptif à un code interprétatif, avant de mettre en commun nos interprétations respectives. Cela nous a permis de recueillir et de comprendre la diversité de vécu des patients dans des situations similaires, dans plusieurs dimensions : leur expérience, leur compréhension et leur perception de la situation.

L'étiquetage initial a été réalisé dans deux tableurs Excel séparés, puis la triangulation et la mise en commun a permis d'établir un troisième tableur regroupant les verbatims en codes, eux-mêmes regroupés en thématiques, elles-mêmes regroupées en catégories.

La construction du modèle explicatif a été réalisée grâce au logiciel Mindmeister.

7) Considérations éthiques et réglementaires

Après obtention du consentement oral, nous envoyions au participant la notice d'information patient et le consentement, que nous faisons signer le jour de l'entretien ou qu'il nous renvoyait par email.

Les données ont été stockées sur des clés usb sécurisées et une boîte mail sécurisée a été utilisée. Un numéro a été attribué à chaque participant, correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.

Après retranscription, les enregistrements étaient détruits, et ne restaient plus alors que le numéro d'entretien et les données sociodémographiques.

L'autorisation de la CNIL a été demandée et l'avis favorable donné le 10/02/2023 pour Juliette Esnault sous le numéro 2023EJ13 et pour Manon Thannberger sous le numéro 2023MT14.

L'avis favorable du comité éthique du CNGE a été obtenu le 31/05/2023, avis numéro 120522462. Nous avons levé les réserves qui étaient émises en communiquant par email avec les patients par le biais d'une boîte mail sécurisée, ainsi qu'en modifiant le questionnaire et le guide d'entretien (notamment en retirant la question sur la religion et celle sur la définition de la fausse couche spontanée précoce). Nous avons aussi modifié la lettre d'information patient.

RESULTATS

1) Caractéristiques des patients interrogés.

Parmi les 20 patients contactés pour participer à notre étude, onze ont répondu favorablement. Nous avons regroupé les caractéristiques sociodémographiques et de prise en charge des patients dans le tableau suivant.

Caractéristiques		Nombre de patients
Age	18-25	0
	25-35	7 (<i>E1 E3 E6 E7 E8 E9 E10</i>)
	>35	4 (<i>E2 E4 E5 E11</i>)
Catégorie socioprofessionnelle	Cadres et professions intellectuelles supérieures	5
	Employés	3
	Ouvriers	3
Grossesses antérieures	Première grossesse	5 (<i>E1 E2 E4 E8 E9</i>)
	Première fausse couche mais ont déjà 1 enfant ou plus	3 (<i>E6 E7 E10</i>)
	Plusieurs fausses couches	1 (<i>E3</i>)
	Plusieurs fausses couches et ont déjà un enfant ou plus	2 (<i>E5 E11</i>)

Statut marital	Marié /Pacsé	7 (E1 E2 E4 E5 E7 E9 E11)
	Concubins	4 (E3 E6 E8 E10)
Lieu de résidence	< 30 minutes d'une structure hospitalière adaptée	8 (E1 E2 E3 E4 E6 E8 E10 E11)
	>30 minutes d'une structure hospitalière adaptée	3 (E5 E7 E9)
Prise en charge	En médecine générale	0
	En libéral avec sage-femme uniquement	1 (E9)
	En libéral avec gynéco uniquement	1 (E1)
	En libéral puis en hospitalier	8 (E2 E3 E4 E5 E6 E7 E10 E11)
	En hospitalier	1 (E8)

2) Vécu

A) Vécu de l'annonce

Les conjoints interrogés ont parlé du moment de l'annonce dans plusieurs points : la qualité de l'annonce, leur compréhension du moment et des évènements à venir, mais aussi de leur ressenti et de leurs émotions.

a. *Qualité de l'annonce*

L'annonce a été un moment important.

Pour certains, c'est le moment où ils ont compris ce qu'il se passait. Ils ont bénéficié d'une annonce de qualité, avec un bon accompagnement, car on leur a expliqué ce qu'il se passait.

Entretien 4 : « Non je ne retiens pas un choc, ou quelque chose de... non. Non, non, c'est pas... Elle a même été, je me rappelle qu'elle a eu un geste d'affection pour E... Enfin voilà, ça n'a pas été... Non, je me rappelle pas avoir eu une violence, tu vois ? quelque chose où tu diras « oh quand elle l'a annoncé, c'était très violent, très brutal ». Non, non c'était plutôt amené doucement avec toujours cette parole de « mais ça c'est pas grave ». »

Entretien 9 : « Après du coup voilà elle a expliqué clairement ce qu'il se passait et après, après voilà »

Pour d'autres, cette annonce a représenté un moment particulièrement violent, avec parfois un vocabulaire inadapté :

Entretien 1 : « oui (rires) c'était même très cash, c'était dur à avaler même, fin elle nous a juste dit : bon ben y a plus de vie »

Entretien 7 : « et heu, on n'a pas tout à fait compris son geste, de limite nous dire ben c'est normal »

Entretien 7 : « mais heu très froidement elle a dit « c'est un œuf clair point barre ». Pas cherché à comprendre plus, pas expliqué, démerdez-vous. »

Ils ont parfois le ressenti que la consultation d'annonce s'était passée trop vite, qu'ils n'avaient pas pu poser leurs questions.

Entretien 1 : « Je dirai qu'il y a heu, quand on a fait l'échographie chez la gynéco c'était relativement bref »

Entretien 7 : « que vous attendez des heures et des heures pour vous dire, bah faut opérer c'est un œuf clair : pfouuuu et le docteur il prend ses sabots demi-tour et ciao : qu'est-ce qu'un œuf clair ? »

b. Ressenti émotionnel lors de l'annonce

Si les patients n'envisagent pas la possibilité d'une fausse couche en début de grossesse, les symptômes précoces ou les bilans réalisés peuvent les amener à considérer ce diagnostic. L'annonce vient alors confirmer leurs craintes.

Entretien 5 : « Donc on partait pour une, entre guillemets, une bonne nouvelle, et on s'est retrouvés heu voilà, même si on avait des prémices parce que avec la prise de sang et le taux de heu TH euh (Je l'aide : Bhcg) qui n'augmentait plus, ça avait mis la puce à l'oreille, heu voilà, on s'était dit peut-être il y a un truc qui va pas »

Entretien 2 : « Voilà, on se fait... c'est pas qu'on s'en doutait... moi si... bon il y a encore un petit écart...euh ça sent pas très bon donc euh...Donc on va dire que la deuxième fois, bah euh c'est un peu moins surprenant, ça fait un peu moins mal que... la première fois. »

Certains sont aussi frappés par la violence de cette nouvelle.

Entretien 1 : « qu'on s'est retrouvés un peu en sortant du cabinet en se sentant un peu vidés quoi. »

Entretien 1 : « et là, en fait ça s'arrête comme ça touc, c'était un peu rude ouais »

Entretien 3 : « Puis là, ben on prend une claque. »

Ils ressentent un manque d'empathie.

Entretien 7 : « Pour nous la gynéco elle a pas été très très soignante dans ce moment-là. »

Entretien 3 : « juste si à la fin elle nous a dit « la vie continue » (rires), et heuuu »

Entretien 7 : « Test gynéco ; alors là je vais pas faire de cadeau à la gynéco de ma compagne hein heu, elle a été très très froide »

Certains sont tristes.

Entretien 1 : « Donc bah là globalement c'était la déprime, heu (rire), ouais c'était un peu dur »

Entretien 10 : « bah de la tristesse quand même, parce que pour moi c'était quand même un être vivant. C'était quelque chose de désiré, c'était pas un accident, on le voulait tous les deux »

Entretien 10 : « moi c'est vrai que je l'ai eu dur un peu. Je le montrais pas mais je l'ai eu dur quand même. »

Mais ils ressentent aussi de la tristesse pour leur conjointe.

Entretien 9 : « au début elle l'a pas trop montré, puis ensuite elle a pleuré, forcément, au bout d'un moment elle a lâché, et voilà quoi »

Entretien 4 : « Bah du coup je me sentais triste pour elle »

Entretien 9 : « Après ben pour moi c'était chiant, le plus chiant pour moi c'était de voir M triste et de pas pouvoir faire grand-chose »

Il arrive que certains soient en colère.

Entretien 7 : « Très compliqué, parce que vous rentrez chez vous à 2h du matin, qu'est-ce qu'on fait ? On pète la baraque, on retourne aux urgences, pff ? Vous savez pas où vous vous trouvez. »

B) Vécu de la prise en charge

a. Difficultés

Plusieurs choses peuvent rendre le vécu de cette prise en charge difficile.

Beaucoup s'inquiètent sur la santé de leur conjointe.

Entretien 5 : « moi je m'inquiétais pour ma femme quoi. »

Entretien 5 : « Ouais, ouais c'est ça, je me disais, mince, inquiétude pour physiquement ma femme, mais aussi psychologiquement parce que c'est arrivé à une époque, où pour elle c'était très compliqué, avec un évènement qui... qui s'est passé à son travail, fin je sais pas si... après avec du recul on se dit que ça a dû influencer aussi, c'est pour ça que ça a pas marché c'était, parce que elle est... »

Entretien 6 : « Le curetage s'est bien passé donc c'était bon mais c'est vrai que... j'étais plus inquiet pour elle qu'autre chose en fait... »

Ils se sentent impuissants face aux difficultés vécues par leur conjointe.

Entretien 3 : « En gros, on se sent un peu impuissant, parce que c'est pas nous qui... qui êtes... enfin c'est pas moi qui suis euh... euh... on va dire plus dans l'embarras physique »

Entretien 2 : « On se sent impuissant quoi surtout, moi je trouve. Enfin, je me sens plutôt impuissant. »

Entretien 5 : « beh euh, (souffle puis rigole), c'est un peu bizarre parce que, j'avais l'impression d'être un peu spectateur, tout en étant acteur aussi quoi, c'est ça qui est particulier. Fin la première fausse couche là qui a fini par le curetage à Tarbes là , ça ça été très violent, parce que en plus moi je suis resté heu, tout seul pendant qu'elle s'est faite opérer. »

Ils ressentent aussi de l'empathie.

Entretien 5 : « je m'inquiétais, mais c'était surtout pour ma femme, fin, à la limite, moi mon ressenti il était secondaire, c'était vraiment, voilà, est ce que tout va bien se passer ? »

Ils se posent des questions sur leur responsabilité jusqu'à ressentir de la culpabilité.

Entretien 5 : « mais la deuxième c'était, on était parti, fin bon on a rien fait d'extraordinaire, mais bon on se dit que peut être on a fait une bêtise et qu'on aurait pas dû »

Entretien 6 : « En fait il y a un sentiment de culpabilité aussi... »

Entretien 9 : « Elle a fait quatre semaines où en gros, elle a vécu comme si il y avait une grossesse normale et tout alors qu'il y avait plus rien... et puis nous on a pas les contraintes

physiques quoi... on n'a rien, on se prive de rien, on est juste là à attendre que le bébé arrive et c'est plus dur pour elle de se dire ben voilà j'ai fait ça pour rien en gros, j'ai dû me priver de trucs, faire plein de truc pour que au final ça aboutit à rien. »

Ils ont parfois été confrontés aux saignements et à l'expulsion, ce qui a été violent et traumatisant.

Entretien 3 : « Le 18 c'était plus choquant visuellement que compliqué. »

Entretien 5 : « ça a été quand même nous assez... assez violent entre guillemets. »

Entretien 10 : « C'est un peu choquant quand même, parce que ça saigne abondamment. Ça saignait pas mal quand même donc...et de savoir les complications »

Ils ressentent de la colère, notamment vis-à-vis des soignants.

Entretien 7 : « heu heureusement que j'y étais pas parce que je pense que ça se serait mal passé quand on vous envoie limite chier genre c'est normal pas grave ».

La fausse couche est parfois vécue comme un échec.

Entretien 11 : « Ah, on va pas dire qu'on l'a bien vécu hein, parce que forcément ben à chaque fois c'est un sentiment d'échec, on sait que on n'a plus beaucoup de chances d'être de nouveau parents »

Entretien 11 : « qu'elle ait un petit frère ou une petite sœur, et je sais pas donc c'est un sentiment d'échec, c'est la faute à personne, c'est comme ça, on s'est rencontré assez tard et heu »

Ils ont du mal à comprendre ce que vit leur compagne.

Entretien 4 : « en fait comme moi dans ma tête j'avais envie de passer à autre chose euh... finalement tu euh... tu comprends pas. Enfin...c'est pas que tu comprends pas mais c'est que pour toi voilà, c'est que quelque chose de physique quoi. T'as pas le côté euh. le côté dans la tête qu'elle a eu quoi. Moi j'avais rebondi de suite quoi. Donc, après voilà... bon c'est pas comme elle a voulu mais euh...elle avait parfois l'impression d'être seule dans cette situation.

Et ça ça m'a embêté, ça ça m'a...embêté quoi. Qu'elle se sente pas soutenue alors que... alors que finalement c'était le cas mais que j'étais passé à autre chose quoi. » « La difficulté elle a été là-dedans quand même je pense. Et du coup le retour de la médaille c'est que finalement, ta compagne te dit que t'as pas conscience, enfin que tu l'as pas forcément toujours aidée.... Mais en fait c'est parce que tu n'as pas forcément compris ce qu'il se passait, donc c'est ... c'est un peu ça la difficulté. Je trouve. »

Entretien 8 : « C'est ça, j'ai du mal à identifier le.... Comment elle a pu vivre elle. Je sais qu'elle l'a mal vécu du coup, beaucoup plus que moi. »

b. Facilité

Pour d'autres c'est un moment plus facile à vivre.

Ils arrivent à relativiser, à positiver.

Entretien 9 : « Après, moi par rapport à ça, ben je sais pas, moi je, fin après c'est mon caractère aussi mais je passe rapidement à autre chose, quand il y a quelque chose qui a pas fonctionné, et ben ça a pas fonctionné pour quelque chose, on oublie on passe à autre chose, et heu »,

Entretien 4 : « j'ai vite pensé à rebondir là-dessus quoi. »

Entretien 10 : « Mais après franchement, ça a été vite oublié. »

La fausse couche est d'autant plus facile à vivre qu'ils ne vivent pas la grossesse dans leur corps.

Entretien 8 : « Je savais pas trop quoi faire, justement... comment...encore une fois moi j'étais l'accompagner elle ? mais voilà... »

Entretien 4 : « c'est la légèreté d'être à ma place, de pas l'avoir porté »

Certains ne se sont pas encore projetés dans la grossesse.

Entretien 8 : « comment dire.... Pour moi c'était pas encore réel donc en fait, j'ai pas de... je sais pas comment dire (hésitation) j'avais pas encore d'attachement quoi. », « tu t'y fais vraiment... comme là à partir des trois mois. Quand tu commences à voir la première écho, bon bah voilà. Là d'accord oui. Au début c'est vrai que c'est compliqué de se... on va dire de se mettre vraiment dedans quoi. »

3) Facteurs influençant le vécu

A) Relations avec le personnel soignant

a. Place du médecin généraliste

Certains ont fait appel à leur médecin généraliste.

Entretien 5 : « Bon voilà, après je sais que, voilà ma femme a insisté aussi, pour avoir, avec son médecin traitant, et pour avoir un suivi aussi, comme elle avait vraiment cette, fin ON avait vraiment cette volonté de troisième grossesse, voilà. » « Heu... oui ! enfin elle, c'est une médecin traitante. Oui, comme elle nous suit depuis pas mal d'années, elle est quand même, entre guillemets, très investie dans la prise en charge ouais, ouais ouais. »

Entretien 2 : « J'étais allé voir ma généraliste pour faire une... enfin, pour une compèt de vélo et du coup pour un certificat. Et du coup, je lui en ai parlé aussi. Je lui ai demandé : est-ce que moi j'ai des choses à faire en attendant ? elle m'a dit, pour l'instant non. Je lui ai quand même posé des questions mais... si j'avais besoin oui je pense, le suivi psychologique si je le ressentais... je n'hésiterais pas à aller la voir. »

Mais dans la plupart des cas, il n'a pas fait partie du parcours de soin. Soit par manque de disponibilité :

Entretien 8 : « Euh.elle l'a contactée justement il me semble et comme elle répondait pas justement, c'est à partir de ce moment qu'on est allé aux urgences, enfin qu'elle a contacté les urgences et que... on on a été là-bas, oui il me semble que c'est ça. »

Soit parce que les patients ne voyaient pas quel aurait pu être son rôle dans ce parcours :
Entretien 11 : « Non parce que on voit pas trop comment il aurait pu nous aider, on voit pas trop ce qu'il aurait pu apporter. »,

Entretien 1 : « non je pense pas honnêtement non (silence) mais après je l'ai pas provoqué non plus, fin voilà quoi j'ai pas appelé mon médecin pour en parler heu (silence) »

La prise en charge et le suivi de la fausse couche ne sont pas perçus comme des rôles pouvant incomber au médecin généraliste.

Entretien 8 : « beh après c'est des sujets qu'on a pas trop parlés avec elle, parce qu'on y va bon, quand on est malade. Après je sais pas ce qu'elle aurait pu nous dire je pense qu'elle aurait rassuré P, qu'elle nous aurait rassurés, mais après je pense pas qu'elle ait trop ce rôle non plus. Elle fait partie de la médecine mais ce n'est pas trop son rôle à elle, elle en vit pas tous les jours, comme une sage-femme ou un gynécologue ou quoi que ce soit. Je pense qu'elle aurait eu certains mots pour rassurer, pour dire il faut pas perdre espoir, peut être en consultation regarder si tout va bien, entre guillemets, au niveau de la fausse couche, suivant comment ça s'est passé. »

Entretien 7 : « Si vous voyez ce que je veux dire en fait on peut pas mélanger les 2 métiers, même si le généraliste il peut se renseigner, s'il renvoie une patiente, lui dire j'en sais rien allez voir une gynéco c'est son job : c'est son job. Moi pour moi vis-à-vis du généraliste c'est quand on a une toux, quand on a mal quelque part, c'est juste à ma vision, donner des médicaments pour un soin. Et pas de dire je vous donne des médicaments pour heu, potentiellement vous enlever une poche avec un œuf clair. A part nous aiguiller sur une personne qui est spécialisée, c'est tout ce qu'elle pourrait nous renseigner. »

Souvent il n'a pas été contacté ni informé.

Entretien 4 : « On n'a pas le même médecin généraliste déjà. Et... alors pour E je crois quasiment pas. Alors je sais qu'en plus, elle a du mal à voir sa médecin car elle a beaucoup de remplaçantes. Et moi, euh...j'y vais très rarement au médecin et je sais pas si elle a eu vent de cet épisode. Je crois même pas, je pense pas. Mouais. », « alors je ne pourrais pas vous répondre parce que moi je suis pas allé chez mon médecin généraliste depuis quelques années. »

b. *Prise en charge par un ou une gynécologue ou sage-femme*

Dans la plupart des cas, les couples ont été pris en charge par des gynécologues ou des sages-femmes. Souvent par préférence d'avoir affaire à un spécialiste :

Entretien 7 : « Y a des spécialistes qui sont faits exprès comme des gynécos, les gynécos pourront pas être généralistes et les généralistes ils pourront pas être gynéco. »,

Entretien 10 : « Mais après je pense que c'est beaucoup mieux les sages-femmes comme nous on a. C'est une libérale, qui avait son petit cabinet. Ou alors, le gynécologue des femmes ou je sais pas. Le médecin traitant sur certains points je pense mais d'autre je sais pas. »

Quand cela été possible, ils ont eu recours en premier lieu au praticien qui les suivait habituellement.

Entretien 5 : « heu oui, elle est suivie par le... oui oui elle a été suivie par, si je dis pas de bêtise par sa gynéco, et heu l'hôpital aussi, puisque ils voulaient vérifier si tout allait bien au niveau des heu au niveau des ovaires, puis si y avait pas de... si tout allait bien, et tout allait bien donc ça nous a rassurés aussi »

Dans certains cas, ils sont allés d'emblée aux urgences.

Entretien 8 : « euh on était en weekend chez ses parents, enfin chez son père du coup. Et le matin en fait, elle s'est réveillée avec des pertes de sang. Donc là elle a téléphoné il me semble, du coup, aux urgences, pour savoir, parce que du coup, on était au courant... »,

Entretien 10 : « nous ça s'est passé en Espagne, parce qu'on était en vacances à Barcelone. Donc elle avait fait un test comme quoi il était positif.... Donc du coup, super contents quoi, donc du coup c'était chouette ! Donc du coup, il s'est avéré que... c'était quoi, au bout d'une semaine je crois... ouais je crois que c'était ça... on est partis... elle perdait beaucoup de sang et on est parti à l'hôpital du coup à Barcelone et c'est de là qu'elle a fait la fausse couche. »

c. Confiance dans le personnel soignant

Quel que soit le type de prise en charge, la confiance dans le personnel soignant a influencé le vécu de la fausse couche.

La plupart des conjoints ont confiance en les soignants qui les ont pris en charge.

Entretien 3 : « mais si on me le dit c'est que ... c'est des pros... »,

Entretien 5 : « ... et que, voilà et puis j'ai totalement confiance en les professionnels donc ça y a pas de souci donc heu. »

Certains ont perdu confiance et émettent des doutes sur la prise en charge.

Entretien 2 : « Il n'y a pas une confiance... forte. La relation est limitée, oui. Donc ça je pense que c'est le nerf de la guerre. C'est la confiance en son médecin, que ce soit généraliste, le praticien qu'on a en face. »,

B) Intégration du conjoint dans la prise en charge

a. Présence au cours de la prise en charge

Très souvent, le conjoint n'a pas pu participer aux consultations avec sa conjointe, en particulier si la prise en charge avait lieu aux urgences, et était tenu de rester dans la salle d'attente.

Entretien 3 : « et voilà ils l'ont mise sur un brancard et ils m'ont dit « allez à l'accueil et après vous pouvez pas rentrer avec elle »

Entretien 8 : «Sauf que j'avais pas le droit de rentrer moi à cause du covid. Donc bah j'ai attendu bêtement et sagement dans la voiture pendant quatre cinq heures quoi... (rires) »

De ce fait, ils ne savent pas précisément ce qui se passe, ce qui arrive à leur conjointe.

Entretien 7 : « ah là je pourrais pas vous répondre plus que ça, parce qu'ils ont fait heu, je sais qu'elle a fait heu la même chose que la gynéco, je sais pas comment ça s'appelle, et je crois qu'elle a fait des scanners ou ?? je pourrais pas vous répondre très clairement là-dessus »

Entretien 4 : « La difficulté elle a été là-dedans quand même je pense. Et du coup le retour de la médaille c'est que finalement, ta compagne te dit que t'as pas conscience, enfin que tu l'as pas forcément toujours aidée.... Mais en fait c'est parce que tu n'as pas forcément compris ce qu'il se passait, donc c'est ... c'est un peu ça la difficulté. Je trouve »

b. Rôle du conjoint

Le conjoint considère qu'il a un rôle de soutien moral de sa compagne.

Entretien 9 : « elle était dans une tristesse hyper importante et au final, ben à part la câliner et dire ça va aller machin et tout on peut rien faire. On peut pas partager quoi »

Entretien 8 : « Je savais pas trop quoi faire, justement... comment...encore une fois moi j'étais pas trop... touché quoi par rapport à ... physiquement. Donc c'était plutôt comment l'accompagner elle ? mais voilà... »

Entretien 6 : « Mais comme on disait tout à l'heure j'ai pas eu de rôle, à part la soutenir quand elle était à la maison et l'accompagner comme je le pouvais quand je suis allé à Purpan avec elle euh... par message ou quoi »

Il a également un rôle logistique, il se libère du travail pour rester avec sa conjointe et l'aide sur les aspects matériels de la prise en charge.

Entretien 2 : « Surtout qu'après avec les médicaments, beh..., du coup c'est à la maison que ça s'est fait, il fallait qu'elle prenne les antalgiques. Donc on a vu ensemble, un peu le protocole antalgique »

Entretien 8 : « Elle m'a appelé à un moment donné parce qu'elle avait soif tout simplement et ils lui en ont pas donné là-bas. »

c. Informations sur la prise en charge

1. Par les professionnels de santé

Dans certains cas, les informations étaient données au couple par le professionnel de santé en charge de la conjointe et le conjoint était investi dans les explications.

Entretien 5 : « oui par contre, voilà, là-bas on a été pris en charge, le gynéco nous a très bien expliqué, (...) il nous avait bien expliqué les contraintes que pouvaient avoir, au niveau médicamenteux que ça risquait tout le weekend d'avoir des écoulements ou autre, »

Entretien 10 : « parce que moi je sais que son gyneco et sa sage-femme, ils étaient cash, ils nous expliquaient tout, ils nous cachait rien, c'était ça qui était...première échographie si ça n'allait pas ils allaient nous le dire... c'est vrai que pour ça il n'y avait pas de...ils avaient leur mots, ils étaient pas agressifs par exemple en disant « le bébé n'est pas accroché, vous allez faire une fausse couche » ils avaient les mots, qu'il faut pour expliquer les situations »

2. Par l'intermédiaire de la conjointe

Plus fréquemment, le conjoint ne recevait pas les informations par un professionnel de santé mais par l'intermédiaire de sa conjointe.

Entretien 6 : « A travers J. oui. Enfin, c'est elle qui m'a tout rapporté en fait. Si elle me dit rien, je sais rien »

Entretien 8 : « Après P. a été bien avec moi aussi, m'a bien bien rassuré sur la chose. Donc après, elle s'était renseignée, après elle avait eu sa sage-femme qui lui avait expliqué un peu le fonctionnement »

Entretien 1 : « c'est plutôt elle qui m'a expliqué des choses que je savais pas »

C) Soutien

a. *Prise en charge psychologique*

Aucun des patients interrogés n'a bénéficié de la proposition d'un soutien psychologique.

Entretien 11 : « Hum non, je pense pas, clairement je pense pas, je sais pas si ça existait, en tout cas on nous en a pas parlé, après nous on s'épaule mutuellement donc ça, heu voilà là-dessus y en a pas un des deux qui se renferme complètement, ça peut être passager, quelques heures, mais voilà généralement on n'est pas du tout du genre à se renfermer chacun de notre côté, on en parle. Donc on n'a pas eu de soutien psychologique, je sais pas après si il en existe, et je sais pas si on en aurait demandé, je sais pas, je sais pas dire »,

Entretien 2 : « Après, on va dire le vécu psychologique, ils n'en parlent pas trop je trouve. »

Ils jugent que cela n'aurait pas été nécessaire pour eux, n'en éprouvent pas le besoin.

Entretien 5 : « Non, alors moi très honnêtement je pense pas en avoir, je pense pas en avoir besoin parce qu'on communique beaucoup avec ma femme il y a pas de soucis, heu, ma femme en avait déjà un pour un autre évènement donc heu... elle a pu en discuter avec un professionnel, donc heu voilà, y a pas eu de ; fin elle a pu en discuter elle a pu être prise en charge, mais ça a quand même été difficile. C'est sûr, parce que, on voulait vraiment un troisième enfant. »

Mais ils auraient aimé qu'on propose un soutien psychologique à leur conjointe.

Entretien 8 : « bien du coup, potentiellement un accompagnement derrière, plus psychologique oui. Ce qu'on n'a pas eu... clairement.

b. Soutien par l'entourage

Ils trouvent du soutien en discutant avec leur entourage.

Entretien 1 : « heuu pfou je sais pas trop, ben déjà le fait d'en parler dans l'entourage ben ça a quand même pas mal aidé un peu à diluer le truc », « oui par contre on en a parlé facilement à la famille, aux amis proches, ça y a pas de soucis vraiment, on en a parlé. »

Ils s'aperçoivent que d'en parler à l'entourage libère la parole de leurs proches, et que la fausse couche est plus fréquente dans leur entourage que ce qu'ils pensaient.

Entretien 9 : « parce que au final, on a plein de copines qui ont fait des fausses couches, et souvent elles l'avaient pas dit et elles se retrouvaient seules dans leur coin à pouvoir en parler à personne et à se retrouver à chaque fois que « pourquoi t'es triste », ben non pour rien, alors que M pour le coup ben elle avait quand même sa famille, ses amis machin et tout qui prenaient des nouvelles, puis du coup ben voilà elle était bien. »

Entretien 5 : « non, pas du tout, fin je savais ce que c'était oui, mais bon sans l'avoir vécu, sans avoir eu vent de personnes proches de moi au final qui en avaient eu, parce que les gens n'en parlaient pas, et heu du fait (rires) d'avoir entre guillemets vécu ça, on s'est rendu compte qu'il y avait pas mal de personnes autour de nous qui avaient vécu ça »

D) Investissement dans la grossesse

a. Projection dans la grossesse, dans le rôle de père

La grossesse est le plus souvent un événement très attendu par le papa et la découverte de la grossesse est synonyme de bonheur.

Entretien 7 : « Sachant que l'envie d'enfant est toujours là »

Entretien 1 : « test de grossesse positif donc heu, on est super content quoi (sourire) » Entretien 7 : « ben vous partez du principe, vous faites un test de grossesse, vous avez pris rendez-vous chez la gynéco, y a rien qui s'est passé, on est super content »

Certains conjoints se projettent dans la grossesse.

Entretien 1 : « évidemment quand on s'est fait nos films pendant quelques semaines »
Entretien 9 : « Et puis mine de rien, pour moi comme pour M., on dit on se projette pas etc et tout mais bien sûr que si en fait dès le début tu te projettes, t'as une potentielle date de terme, t'as une potentielle date de chaque écho donc tu te dis il va falloir faire ça ça ça, même si ça fonctionne pas, on le sait pas donc on fait en sorte que on soit prêt si ça fonctionne normalement, donc on réfléchit à tout et on se dit, tout ça tu peux y réfléchir et ça fait chier ».

Ils ont commencé à l'annoncer à leur famille.

Entretien 3 : « bon ben la grossesse on s'y attendait, donc heu bon on était contents, voilà, on l'a annoncé à la famille début juillet »

Entretien 7 : « c'est sûr on s'y est pris un peu en avance, on n'a pas attendu les trois premiers mois, du coup on en a parlé à la famille, heu, à des amis, des voisins ».

Ils se projettent également dans leur rôle de père.

Entretien 6 : « Surtout maintenant qu'on a un enfant on sait ce que ça peut donner, enfin c'est super cool d'avoir un enfant »

Entretien 9 : « moi j'étais prêt à avoir un bébé »

Entretien 3 : « on avait préparé nos plans, en plus on fait construire une maison, on se voyait dans l'avenir ».

Pour d'autres, la projection dans la grossesse et dans le rôle de père est moins évidente ou moins rapide.

Entretien 1 : « ... fin j'sais pas ça prend du temps de se dire ok on va avoir un enfant tout ça, »

Entretien 8 : « comment dire.... Pour moi c'était pas encore réel donc en fait, j'ai pas de... je sais pas comment dire (hésitation) j'avais pas encore d'attachement quoi »

Entretien 8 : « tu t'y fais vraiment... comme là à partir des trois mois. Quand tu commences à voir la première écho, bon bah voilà. Là d'accord oui. Au début c'est vrai que c'est compliqué de se... on va dire de se mettre vraiment dedans quoi. »

b. Connaissances antérieures sur la fausse couche

Leurs connaissances de la fausse couche avant de la vivre étaient plutôt théoriques : ils savaient que cela existait sans vraiment savoir de quoi il s'agissait précisément et ne se doutaient pas que cela pouvait leur arriver.

Entretien 1 : « moi j'avais déjà entendu parler de fausse couche tout ça mais je m'étais jamais vraiment trop interrogé sur le sujet »

Entretien 7 : « Donc malheureusement je fais partie des personnes qui étaient pas forcément au courant, qui a pas envie de courir sur internet comme beaucoup de personnes le font pour se renseigner »

4) Attentes

A) Des informations claires

Ils attendent plus d'explications de la part des soignants.

Entretien 10 : « ouais, moi j'ai manqué beaucoup d'explications. »

Entretien 7 : « Donc je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire, pour pouvoir avoir des explications claires et nettes »

Entretien 9 : « Mais je pense qu'il faut pas cacher au conjoint, faut pas cacher d'infos par rapport à ça quoi, faut qu'il entende les mêmes infos que la femme »

Ils ont besoin d'information sur le déroulé de la fausse couche, les différentes étapes

Entretien 9 : « Et si on a toutes les infos de base, on est plus serein le jour où ça arrive, même si c'est compliqué à gérer, le jour où on arrive on se dit bon bah on m'a dit que ça pouvait arriver »

Entretien 3 : « ben ouais la sage-femme elle aurait pu nous expliquer un peu plus ben, tout ce qui allait se passer ».

Ils ont également besoin d'informations au cours de la prise en charge, sur ce qu'il est en train de se passer pour sa conjointe.

Entretien 3 : « ben déjà quand elle m'a dit qu'elle se faisait opérer, en plus elle m'a envoyé qu'un tout petit message, déjà je me suis dit mais pourquoi elle se fait opérer ? »

Entretien 7 : « on a tous un téléphone, dire beh écoutez je vais en discuter avec votre compagnon qui doit être dans le flou, est ce qu'on peut le voir, il attend devant les portes, on va le chercher et puis point barre »

Entretien 9 : « parce que au moins quand ça arrive l'un ou l'autre peut se dire « ben tu te souviens il avait dit ça le médecin, parce que il y en a forcément un qui va plus paniquer que l'autre et pas savoir quoi faire et l'autre peut le calmer un peu et lui permettre d'être plus tranquille dans sa gestion du stress. »

Les conjoints attendent également des explications plus théoriques sur la fausse couche : les statistiques, les causes, la physiopathologie.

Entretien 1 : « sur ça et sur l'histoire des statistiques fin un peu tout ce qu'on a pu glaner comme informations après coup au final heu »

Entretien 9 : « Et puis c'est de dire qu'on peut rien améliorer, que c'est comme ça, ça arrive. Fin je pense que ça c'est important de pas culpabiliser les gens sur leur fausse couche quoi...

Les conjoints souhaitent aussi avoir des informations sur ce qui allait se passer par la suite tant les quelques prochains jours :

Entretien 9 : « l'explication de ce qui va se passer, ça c'est important, du fait que ça va pas se passer en une journée, fin surtout pour la femme »,

que plus tard

Entretien 10 : « Pour expliquer ce qui allait se passer...beh tout ce que lui a dit sa sage-femme après quand on est rentrés de vacances quoi. Que ça pourrait être compliqué de re-avoir un enfant de suite, parce que le temps que tout se remette en place et compagnie... donc euh voilà... et de pas perdre l'espoir quoi »

Ils vont chercher ces informations autour d'eux, auprès de leur entourage.

Entretien 1 : « fin qu'il y a vraiment beaucoup de, beaucoup de personnes avec qui on a discuté qui ont aussi fait des fausses couches »

Entretien 5 : « Et après bon, mine de rien c'est en parlant autour de nous, à nos amis, à notre famille, qu'on s'est rendu compte, parce qu'on n'avait jamais abordé le sujet, comme on avait pas eu de difficulté pour les deux premiers enfants, c'est après, avec ces événements, qu'on s'est rendu compte qu'en fait c'était quelque chose qui arrivait à beaucoup de femmes et beaucoup de couples quoi, d'avoir des fausses couches. »

B) Une meilleure organisation du système de santé

Souvent les hommes n'ont pas pu participer aux consultations avec leur conjointe et auraient souhaité avoir la possibilité d'être présents.

Entretien 6 : « euh... déjà qu'on puisse accompagner aux consultations, ça serait bien. Après c'était un peu particulier mais c'est vrai que de la laisser toute seule pour faire quasiment tous les rendez-vous euh... c'était pas forcément évident. (...). Du coup, à ce niveau-là, j'ai pas grand-chose à dire, c'est surtout pouvoir l'accompagner aux consultations quoi »

Entretien 8 : « J'ai pas compris vraiment pourquoi, en gros, j'avais pas le droit de venir. Donc bon. Parce que bon, à partir de ce moment-là, le covid du coup, parce que c'était essentiellement ça qui était dit... c'était largement passé. Dans le pire des cas mettre un masque, ça sans problème et puis voilà. »

Ils attendent également une meilleure disponibilité des soignants, tant sur la prise de rendez-vous pour les consultations :

Entretien 2 : « Donc que peut être un maillage un peu plus important, je pense pour les femmes ça pourrait être bien. A mon avis. Faciliter l'accès quoi... parce que... Puis pour les rendez-vous, nous aussi bon, ça a été un peu long... enfin pour avoir, ... pour qu'elle ait des rendez-vous, faut qu'elle appelle plusieurs fois sa généraliste, c'est pas facile... »

Entretien 2 : « médecins qui nous suivent le sachent un peut être en amont, je vous le dis, a posteriori comme ça. Pour que le suivi soit un peu plus facilité. Que si par exemple, je sais pas, moi je vois pour ma compagne... bon pour moi c'est peut-être moins gênant mais... je me dis quand elle a du mal à prendre des rendez-vous... je me dis que peut être justement si on ne peut pas aller voir de spécialité, enfin de gynéco ou comme ça, peut-être qu'avec... si il y avait un maillage ou je sais pas des... euh... des facilités d'accès. Pour justement, les femmes enceintes ou le début du suivi, c'est peut-être mieux »

que sur leur disponibilité au cours de la prise en charge et le temps accordé au conjoint

Entretien 3 : « Et bah à l'hôpital, plus d'info des docteurs quoi, on n'en veut pas aux aides-soignants et tout qui font les navettes et tout ça, ils ont pas les infos mais on voit bien que, elle était surchargée la gynécologue la pauvre, et heu voilà, c'est tout »

Entretien 5 : « Fin après si on veut vraiment, elles avaient autre chose à faire, mais, aussi peut être prendre plus de temps avec le papa oui, pendant le temps d'intervention pour rassurer, mais bon... ».

DISCUSSION

1) Discussion autour des résultats principaux

A) Besoin d'information

Notre travail a permis de mettre en évidence la principale attente des hommes dans la prise en charge de la fausse couche spontanée précoce de leur conjointe : une information claire, loyale et appropriée. En effet, tous nous ont partagé un manque d'informations de la part des soignants et ce à toutes les étapes de la prise en charge : le diagnostic et l'annonce, la prise en charge et le suivi (10). La prise d'informations serait donc un facteur conditionnant leur vécu. Ils se sont trop souvent sentis mis de côté et ont eu l'impression de ne pas avoir de place dans la prise en charge. Ils ne se sont pas vu proposer de participer à la consultation d'annonce et n'étaient pas tenus au courant de l'état de santé de leur conjointe lorsque la prise en charge nécessitait un passage hospitalier (11). Dans la vaste majorité des cas, c'était d'ailleurs les conjointes qui les informaient directement du diagnostic de fausse couche et ce sans qu'ils ne voient jamais de professionnel de santé. On peut donc suggérer que le simple fait de prendre un temps pour expliquer au conjoint, le rendrait acteur de la prise en charge et permettrait une meilleure gestion de cet évènement par le couple.

B) Besoin d'une consultation d'annonce

Les pères souhaiteraient bénéficier d'une consultation d'annonce dédiée au couple, lors de laquelle les échanges se feraient à deux avec les professionnels de santé. En effet, la femme vivant la fausse couche dans son corps, elle est la première à ressentir la perte et la seule à ressentir physiquement la douleur et les saignements. Selon les conjoints, le vécu émotionnel très marqué des femmes est un frein à une bonne prise et assimilation d'informations. La littérature a déjà mis en évidence la sidération ressentie par le patient au centre de la prise en charge lors de la consultation d'annonce (12). C'est pourquoi il devrait être systématiquement proposé au patient de venir accompagné d'une personne ressource. Cela a d'autant plus d'importance dans l'annonce de la fausse couche que le conjoint tient le double rôle de personne-ressource et de patient ayant perdu une grossesse. En tant que conjoint, ils ont principalement besoin d'entendre une explication sur les causes de la fausse couche afin d'être

rassurés sur leur éventuelle responsabilité. La fréquence semble être un élément de réassurance : ils ont besoin de savoir que la fausse couche est un évènement fréquent, non grave et qui souvent n'impactera pas leur pronostic de conception. Ils ont souvent été déroutés par le déroulé de la fausse couche, surtout en cas d'imprévu ou la survenue de symptômes auxquels ils n'avaient pas été préparés. L'annonce a vocation non seulement à informer, mais aussi à définir une perspective pour le patient tout en lui permettant de se structurer. C'est pourquoi les conjoints ont également besoin d'une présentation des différentes options de prise en charge (surveillance simple, médicale ou chirurgicale) et de la conduite à tenir ou d'un protocole pour savoir à quoi s'attendre et comment réagir. En effet, ils se donneraient plutôt un rôle de soutien de leur conjointe, d'abord émotionnel mais également logistique (conduite aux consultations, services rendus, pose de jours de congé...) (13). Ils se donnent ce rôle « d'homme fort », à la fois auto-attribué mais aussi suggéré par la société.

Une consultation dédiée au couple permettrait, d'une part, une bonne implication du conjoint dans la prise en charge et d'autre part une meilleure assimilation des informations données. Afin de garantir le respect du secret médical, il serait impératif de recueillir le consentement de la patiente pour cette consultation à deux. Cela permettrait au conjoint d'avoir une meilleure compréhension de la situation et de ses enjeux et donc d'avoir un rôle de soutien envers sa compagne plus adapté, tant sur le plan émotionnel que purement logistique et organisationnel. Cela améliorerait le vécu global de la fausse couche.

C) Accompagnement psychologique

Aucun des hommes interrogés n'a rapporté le besoin d'un accompagnement psychologique. Les pères se mettent spontanément en retrait (14), au profit des besoins de leur conjointe (13), et suggèrent que le soutien psychologique serait surtout bénéfique pour elle (2,3,15). En effet, ils ne ressentent pas le besoin de parler de leur expérience.

Ceci pourrait s'expliquer d'une part par un investissement moins marqué dans la grossesse. En effet, si pour la vaste majorité d'entre eux la grossesse était attendue, ils sont nombreux à avoir rapporté qu'ils ne s'étaient pas autant investis dans la grossesse. Nous pourrions expliquer cela par la précocité de la fausse couche spontanée, qui a souvent eu lieu avant les premières échographies (16). La grossesse resterait alors un concept plutôt théorique et les conjoints ne ressentiraient pas encore un attachement fort pour l'enfant à venir. Cependant, même ceux qui

s'étaient projetés dans la grossesse et dans une future vie de famille, ne ressentent pas non plus de besoin d'accompagnement.

D'autre part, cela peut également s'expliquer par leur recherche de soutien et de partage d'expériences, principalement auprès de leurs proches.

Ce résultat discordance avec certains résultats de la littérature, qui semblent plutôt démontrer que les besoins de soutien psychologique sont identiques pour l'homme et pour la femme, et peuvent influencer leur vécu (17). La discordance de ces résultats sur les besoins exprimés par les conjoints peut s'expliquer par la taille de notre échantillon, mais ne remet en aucun cas en cause le résultat : il faut proposer un soutien psychologique à tous (14).

Le fait qu'ils soient pris en charge par des professionnels de santé non connus auparavant (gynécologue, sage-femme) ou des équipes nombreuses et pluridisciplinaires dans le milieu hospitalier ne semble pas garantir une attention personnalisée au vécu et au ressenti des conjoints (17). Il ressort des entretiens que le médecin traitant est plus perçu comme un acteur de soin dans les pathologies aiguës ou chroniques, voire un seul dispensateur d'ordonnance, que comme un élément central du parcours de soin dans un rôle de prévention, de suivi et d'accompagnement des événements de vie (18). Un seul des patients a pensé à consulter son médecin généraliste et il semblerait que ce soit celui qui ait le mieux vécu « sa » fausse couche.

On pourrait donc penser qu'un accompagnement individualisé par un professionnel de santé qui connaît le patient dans sa globalité serait un élément protecteur. C'est également le cas pour les couples qui ont été suivis par des professionnels déjà connus auparavant. Le frein principal à la sollicitation du médecin traitant dans la prise en charge de la fausse couche pourrait être d'abord une méconnaissance de ses missions : les patients n'imaginent pas qu'il pourrait avoir sa place ni qu'il devrait être tenu informé de la fausse couche. Ils préféreraient consulter un professionnel plus spécialisé, comme un gynécologue ou une sage-femme. Dans tous les cas, ils semblent être mis en difficulté par un manque de disponibilité de la part des soignants libéraux et hospitaliers. En effet, ceux qui ont eu facilement accès à des soins, qui ont pu être reçus en consultation facilement et garder le contact avec leur soignant ont mieux vécu la fausse couche. En revanche, d'autres ont souffert d'une prise en charge plus brève (plus expéditive ?) et n'ont pas senti que les professionnels de santé prenaient le temps des explications, du soutien... Ils ont pu interpréter cela comme une banalisation de leur expérience et de leur ressenti (19). Cette banalisation ressentie étant l'une des plaintes majoritairement rapportées par les patients, il faut donc être attentif au caractère exceptionnel et singulier que représente la

fausse couche dans la vie d'un couple (20). Là où la banalisation de son expérience est souvent vue par le patient comme un manque de considération, elle peut s'avérer en réalité être un mécanisme de protection pour le personnel soignant (12).

2) Forces et limites de l'étude

A) Forces

a. Profil varié des patients interrogés malgré un échantillon réduit

Le profil de prise en charge des patients interrogés était représentatif des possibilités de parcours de soins pour les couples ayant vécu une fausse couche : prise en charge uniquement en ambulatoire, uniquement hospitalière ou bien diagnostic en ambulatoire puis prise en charge hospitalière. Ceci nous a permis d'avoir une vision d'ensemble du parcours de soin de ces patients.

b. Inspiration et ouverture par rapport à un travail de thèse déjà réalisé

Un travail de thèse réalisé il y a 10 ans par une interne de médecine générale des Pays de la Loire sur le vécu de l'homme lors de la fausse couche spontanée précoce de sa conjointe, faisait déjà un état de lieux du vécu et des représentations du conjoint sur la fausse couche (21). S'il a servi de base pour notre travail, nous nous sommes attachées à recueillir les attentes des hommes et surtout à déterminer des conseils pratiques de prise en charge. En effet, on s'aperçoit qu'en 10 ans, le vécu des hommes a peu changé et que donc peu de progrès ont été réalisés. Nous espérons qu'un travail plus pratique et ancré dans le quotidien permettra une meilleure prise en charge dans les prochaines années.

c. Points communs et homogénéité des vécus et des témoignages

Tous les entretiens ont permis de mettre en évidence les mêmes difficultés des hommes dans leur prise en charge. Cette homogénéité des témoignages, au sein de la singularité de leur

expérience, révèle une véritable souffrance des couples. Ceci marque l'intérêt de notre travail dans la proposition de pistes d'amélioration concrètes.

B) Limites

a. *Biais de recrutement : Faible intérêt de la population cible pour le sujet évoqué*

La principale limite de notre travail est le biais de recrutement. Le recrutement de volontaires pour participer aux entretiens a été long et difficile. Nous avons tenté de recruter via différents canaux : les médecins généralistes, les sages-femmes libérales et hospitalières, les urgences de Paule de Viguier (mais sans succès) et les réseaux sociaux. C'est finalement le bouche à oreille qui a permis le meilleur recrutement. Nous avons constaté que les hommes n'étaient pas prêts à parler, d'abord car ils ne se sentaient pas touchés ou concernés par le sujet. Ils ne voyaient donc pas l'intérêt de participer à l'étude. D'autre encore, ne comprenaient pas la démarche même de thèse que nous entreprenions et ne voyaient pas l'intérêt d'un travail de recherche dans sa globalité. Ceci constitue notre premier biais de recrutement car nous n'avons donc interrogé que des hommes qui avaient été touchés par la fausse couche, qui s'étaient investis dans la grossesse et dans la prise en charge de la fausse couche. Nous n'avons donc pas pu recueillir le témoignage d'hommes pour qui la fausse couche était un non événement. Nous avons également sélectionné des hommes qui comprenaient l'intérêt d'un travail de recherche pour améliorer la prise en charge.

b. *Biais de recrutement : recrutement par les conjointes*

Du fait de ce désintérêt parce que les hommes consultent peu au sujet de la fausse couche, le recrutement s'est effectué majoritairement par le biais de leur conjointe. Celles-ci se sont montrées très intéressées par l'étude. D'abord sur le plan global de la prise en charge de la fausse couche mais elles constataient également un intérêt au recueil du vécu du conjoint et de sa place dans la prise en charge. Cependant, cet investissement de la femme n'était pas corrélé à celui de son conjoint. Ainsi nous avons essuyé plusieurs refus de participation et des

annulations d'entretiens d'hommes qui s'étaient engagés à participer. La plupart ne donnaient pas de raison à leur refus ou leur abandon, d'autres remettaient en question l'intérêt de leur témoignage.

c. Profil socio démographique des participants

Finalement, nous n'avons pas interrogé de participant âgé de 18 à 25 ans. Cela peut s'expliquer d'abord par le recul de l'âge des projets de grossesse (22). Nous avons des contacts de participants de cette tranche d'âge mais qui ont refusé de participer par manque d'intérêt pour les travaux de recherche. Une autre explication pourrait être que les 18-25 ans consultent peu et sont donc plus difficiles à recruter.

Notre guide d'entretien contient des questions permettant d'établir le profil socio-démographique des participants. Sa première version les interrogeait notamment sur leurs croyances ou leur spiritualité. Il nous a été vivement recommandé par le comité éthique de supprimer cette question car elle ne répondrait pas à la question de recherche. Il nous semble cependant que la question de la vie spirituelle et religieuse influence directement le vécu du deuil (23,24).

3) Les perspectives

A) Pour la recherche

Notre travail s'est intéressé uniquement aux attentes et au vécu du conjoint. Il existe déjà des travaux concernant seulement les femmes (25). Cependant, il nous a paru évident au cours de nos recherches que la fausse couche devrait être une question de couple. Il nous semble intéressant de mener de nouveaux travaux sur le vécu et les attentes de la fausse couche du point de vue du couple, mais aussi de la vision de la fausse couche par les personnels soignants. Au cours de la rédaction de notre travail de thèse, une revue intégrative de la littérature est parue (26), identifiant cinq axes de recherche : une évaluation empirique des stratégies de réponse aux besoins identifiés, l'investigation des besoins liés à l'environnement, la reconnaissance des rôles des différents acteurs de la prise en charge pluriprofessionnelle, la recherche des besoins

de soins de divers groupes et la recherche des facteurs prédictifs de l'impact émotionnel. Il pourrait aussi être intéressant d'élargir les recherches ou couples homosexuels, aux femmes seules et aux personnes transsexuelles.

B) Pour l'organisation des soins

Notre travail a mis en évidence que le médecin traitant n'était pas intégré par les patients comme un acteur de la prise en charge de leur fausse couche. Cet événement de vie, souvent banalisé par les prises en charge des spécialistes, reste néanmoins difficile pour les patients. Le rôle du médecin traitant comme médecin de famille prend tout son sens dans l'accompagnement de ces patients. Si l'organisation des soins dans le milieu hospitalier ne permet pas le suivi, il pourrait a minima leur être suggéré de prendre contact avec leur médecin traitant, afin de proposer à ceux qui le souhaite un accompagnement plus personnalisé.

En France, le parcours de soin coordonné mis en place le 13 août 2004 (27) permet au médecin traitant d'être au centre de la prise en charge et d'avoir un réel rôle de centralisation et de coordination des soins dispensés aux patients par les autres acteurs de santé. Pour que cela soit le plus efficient possible, il doit être tenu au courant des prises en charge de ses patients. La gynécologie faisant partie des spécialités pouvant être consultées sans orientation par le médecin traitant pour faire partie du parcours de soin coordonné, cela pourrait expliquer que la communication entre professionnels de santé par courrier et compte-rendu est plus rare. Le médecin traitant est plus rarement mis au courant de la fausse couche, ce qui contribue fortement à la banalisation de cet épisode de vie qui impacte cependant les patients. (28)

C) Pour la pratique

Nous identifions deux types de situations au cours desquelles le médecin traitant a un rôle majeur. Soit, la prise en charge de la fausse couche a été faite à l'hôpital ou avec d'autres professionnels de santé (ex : sage-femme, gynécologue) et la consultation avec le médecin traitant arrive en cours ou après la prise en charge. C'est la situation la plus fréquente. Soit, le médecin traitant est sollicité comme médecin de premier recours à l'occasion d'une inquiétude ou lors du début de la fausse couche.

a. *Médecin traitant comme médecin de premier recours*

Dans le cas où le médecin traitant est sollicité en premier, par exemple dans le cadre d'une cinétique de Bhcg décroissante, de saignements minimes au début de la grossesse, de douleurs,... le médecin peut être amené à évoquer le diagnostic. Il peut soit faire le diagnostic seul (réévaluation de la prise de sang ou échographie au cabinet,) soit coordonner une prise en charge avec ses interlocuteurs locaux notamment les sages-femmes échographistes, les gynécologues ou les urgences de proximité.

Il est alors nécessaire d'organiser une consultation d'annonce. Selon nos résultats, les hommes sont en demande principalement d'informations concernant le diagnostic et la prise en charge technique.

Nous pouvons proposer une consultation d'annonce type selon le format suivant, qui peut être étalée sur plusieurs consultations :

- Accueil de la plainte : il sera différent s'il s'agit d'une cinétique des betaHCg décroissante, d'un résultat d'échographie en décalage avec l'âge gestationnel ou des saignements ou des douleurs. Dans le cas où seule la femme consulterait à cette étape, toujours proposer une consultation de couple. Dans l'optique de garantir le respect du secret médical, il conviendra évidemment de s'assurer de l'accord de la patiente. Prévoir un temps de consultation long.
- Annonce du diagnostic avéré ou évoqué : comme dans l'annonce d'une maladie grave, il paraît essentiel de mettre les mots sur la pathologie et d'utiliser un vocabulaire médical mais adapté au niveau de compréhension des patients. Privilégier le terme de fausse couche, éviter le terme d'œuf clair qui est mal compris par les patients et source de confusion et d'interrogations.
- Recueillir les connaissances, les idées reçues et les représentations du patient afin d'orienter les explications et d'adapter le vocabulaire. Prendre en compte l'imaginaire collectif qui entoure la fausse couche.
- Expliquer les mécanismes de la fausse couche et ses causes. Avoir un discours déculpabilisant. Au besoin, proposer des données statistiques et chiffrées (1). En effet, l'argument de fréquence a été un élément de réassurance dans la majorité des entretiens menés.
- Permettre un premier temps de questions.

- Expliquer les différents temps de la prise en charge et leur intérêt. Cela évite que les patients se sentent « ballotés » entre les divers acteurs de la prise en charge.
- Expliquer le déroulé propre de la fausse couche : les trois possibilités de prise en charge : la surveillance active et l'expulsion spontanée, la prise de traitement abortifs (comme le misoprostol qui ne permet qu'une accélération du processus naturel d'élimination) ou la prise en charge chirurgicale comme le curetage (29).
- Encadrer le déroulé de la fausse couche : expliquer à quoi s'attendre en termes de saignements ou de douleurs (sans minimiser ni inquiéter les patients), proposer un protocole d'antalgie adapté et progressif, expliquer les symptômes devant amener à reconsulter.
- Se rendre disponible au cours de la fausse couche et/ou identifier avec les patients les acteurs relais locaux (urgences, sage-femme, gynécologue, confrère...)
- Permettre un temps de questions, reformuler, faire reformuler pour s'assurer d'une bonne compréhension, si besoin/disponible, remettre une plaquette d'information (30).
- Prévoir si nécessaire, (envie/besoin des patients) une consultation après la fausse couche, pour réévaluer la patiente, discuter avec le couple du vécu et éventuellement des futurs projets de grossesse ou de contraception. Rassurer, en cas de première fausse couche, sur l'absence de retentissement sur la fertilité et les grossesses à venir. Orienter vers un gynécologue en cas de fausse couche récidivante (31).
- Proposer un soutien psychologique ou se rendre disponible pour de futures consultations.

Il s'agit donc d'une consultation très dense avec beaucoup d'informations théoriques et pratiques mais également un contexte émotionnel intense. Dans la mesure du possible, il faut prévoir un temps de consultation long mais également ne pas hésiter à scinder les différents temps et à reconvoquer les patients. Il peut aussi être intéressant de proposer des consultations individuelles dédiées à chacun des membres du couple.

b. Prise en charge réalisée hors médecine générale

Le plus souvent le médecin traitant n'est pas l'interlocuteur de premier recours et parfois n'intervient pas du tout dans la prise en charge de la fausse couche. Il a cependant sa place dans le suivi de ses patients.

Les recommandations de déroulé de consultation, présentées ci-dessus, pourraient tout à fait être adaptées pour les autres acteurs de la prise en charge de la fausse couche. Cependant, la tension actuelle sur le système hospitalier rend cette prise de temps difficile, surtout dans un contexte d'urgence. Le rôle du médecin traitant prend alors tout son sens dans la gestion de « l'après ».

Il pourrait être intéressant de proposer systématiquement une consultation en médecine générale afin de recueillir en particulier leur vécu, leurs questions éventuelles et évaluer la bonne compréhension du diagnostic. Ce modèle de consultation existe déjà après l'annonce d'une maladie grave ou chronique. Il donne le temps au patient de dépasser le mécanisme de sidération, de faire émerger des questions et de permettre une discussion autour du sujet, en dehors du contexte de l'urgence et donc de façon plus posée. C'est également l'occasion de proposer un suivi psychologique, ce qui aura rarement été fait avant.

D) La fausse couche comme évènement de vie de l'homme comme de la femme

S'il est évident que les interrogatoires de première consultation chez la femme comportent souvent la question de la gestité et de la parité, cela l'est moins chez l'homme. Il pourrait être prévu de poser la question des enfants et des fausses couches de façon systématique, dans un objectif d'ouvrir le dialogue. Le patient, s'il en ressent le besoin, pourra se saisir de cette opportunité.

En effet, si depuis quelques années nous nous appliquons à faire entrer la question des violences et des addictions dans l'interrogatoire standardisé des premières consultations en médecine générale, la parentalité n'est pas toujours un sujet abordé avec les hommes. Nous pourrions, par exemple, ajouter à la question « avez-vous des enfants ? », les questions « avez-vous déjà vécu dans votre couple des IVG ou des fausses couches ? ».

CONCLUSION

Notre étude qualitative a mis en évidence l'importance et la nécessité de l'information et de l'écoute des conjoints dans la prise en charge de la fausse couche spontanée précoce. Elle a permis de démontrer le double rôle du conjoint, à la fois patient à qui l'on annonce une mauvaise nouvelle et personne-ressource de sa conjointe qui vit la fausse couche. L'absence de place du médecin généraliste dans la prise en charge est un élément récurrent des entretiens.

Si la fausse couche est un élément courant du point de vue médical, elle reste un événement important et singulier dans la vie des couples, qui peut avoir un impact psychologique sur les personnes mais aussi sur l'équilibre du couple. Notre travail a ainsi démontré que la découverte d'une fausse couche spontanée précoce nécessite la réalisation d'une véritable consultation d'annonce ainsi que la proposition d'une ou plusieurs consultations de suivi. Cela nous a permis d'établir une liste des points à évoquer de manière systématique lors de ces consultations, en particulier une proposition d'un accompagnement psychologique.

Devant le ressenti de banalisation de leur expérience par le conjoint, il semblerait intéressant de mener de nouveaux travaux de recherche sur le vécu et la perception des soignants dans la prise en charge de la fausse couche, afin de mettre en évidence les freins et leviers à l'accompagnement dans la fausse couche. L'information des patients sur la place du médecin généraliste pourrait constituer un réel levier pour l'amélioration des prises en charge. Il pourrait aussi être intéressant de recueillir le vécu des couples lorsqu'ils ont bénéficié de la proposition et ou de la mise en place d'un suivi psychologique. Il semblerait aussi important de mener des recherches sur le vécu du couple, ainsi que celui des personnes en parcours de procréation médicalement assistée.

Toulouse, le 0/05/2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Lu et approuvé le 23/05/2024
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Assurance Maladie. Fausse couche. 20 mars 2024; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse/difficultes-et-maladies-pendant-la-grossesse/fausse-couche>
2. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet Lond Engl*. 1 mai 2021;397(10285):1658-67.
3. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, Shrout P, Johnson J, Skodol A, et al. Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *Am J Obstet Gynecol*. 1 janv 1992;166(1, Part 1):104-9.
4. Williams HM, Topping A, Coomarasamy A, Jones LL. Men and Miscarriage: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Qual Health Res*. janv 2020;30(1):133-45.
5. Segura A, Mellier D. L'impact des fausses couches précoces sur le devenir père. *Divan Fam*. 2021;46(1):189-203.
6. Lacroix P, Got F, Callahan S, Séjourné N. La fausse couche : du côté des hommes. *Psychol Fr*. 1 sept 2016;61(3):207-17.
7. Due C, Chiarolli S, Riggs DW. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 15 nov 2017;17:380.
8. Rinehart MS, Kiselica MS. Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2010;47:288-95.
9. Centre médical de fertilité. Risques pour la femme [Internet]. 2024 [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cpma.ch/TraitementsPMA/Risques>
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 16 avr 2024]. L'information du patient. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>
11. Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
12. Haute Autorité de Santé. Annoncer une mauvaise nouvelle [Internet]. 2010 [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle
13. Abboud LN, Liamputtong P. Pregnancy loss: what it means to women who miscarry and their partners. *Soc Work Health Care*. 2003;36(3):37-62.
14. Harty T, Trench M, Keegan O, O'Donoghue K, Nuzum D. The experiences of men following recurrent miscarriage in an Irish tertiary hospital: A qualitative analysis. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. juin 2022;25(3):1048-57.
15. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 sept 2008;37(5):435-40.
16. Calappi M. Le vécu de la grossesse par les pères : analyse de l'évolution du sentiment de paternité. *DUMAS*. 17 avr 2018;139.

17. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M, Aventin Á. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 31 mars 2022;22(1):270.
18. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. HAL-UL. 2013;
19. Malglaive M. Vécu de la fausse couche et implications pour les professionnels de santé [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2015 [cité 16 avr 2024]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770777>
20. Graham B, Endacott R, Smith JE, Latour JM. « They do not care how much you know until they know how much you care »: a qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emerg Med J EMJ*. juin 2019;36(6):355-63.
21. Deheeger A. Le vécu de l'homme lors de la fausse couche spontanée précoce de sa conjointe : enquête qualitative à partir de dix-sept entretiens semi-directifs auprès d'hommes résidant en Pays de la Loire.
22. Insee. Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. 2024 [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
23. Ben-Cheikh I, Rachédi L, Rousseau C. Deuil compliqué selon les cultures : défis diagnostiques et limites des classifications internationales. *Frontières* [Internet]. 2020 [cité 17 avr 2024];32(1). Disponible sur: <https://www.erudit.org/fr/revues/fr/2020-v32-n1-fr05603/1072750ar/>
24. Apfeldorfer G. Chapitre 4. Les religions donnent du sens à la mort. In: Oser vivre, oser mourir [Internet]. Paris: Odile Jacob; 2021. p. 64-77. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/oser-vivre-oser-mourir--9782738154200-p-64.htm>
25. Volgsten H, Jansson C, Darj E, Stavreus-Evers A. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. déc 2018;97(12):1491-8.
26. Lee L. Toward Optimal Emotional Care During the Experience of Miscarriage: An Integrative Review of the Perspectives of Women, Partners, and health care providers. *J Midwifery Womens Health*. 2023;68(1):52-61.
27. Ministère de la santé et des sports. Le parcours de soins coordonné à l'hôpital. 2008.
28. Fédération Hospitalière de France. Ville – Hôpital : des pistes pour renforcer les liens. 9 mars 2018.
29. Ghosh J, Papadopoulou A, J Devall A. Methods for managing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2022 [cité 21 déc 2022];2021(6). Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD012602/PREG_quelle-est-la-meilleure-option-de-prise-en-charge-lorsque-les-femmes-ont-une-fausse-couche-precoce
30. Ecole des parents. Fausse couche-Parlons en. 2023.
31. European Society of Human Reproduction and Embryology. Recurrent pregnancy loss [Internet]. 2023 [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien première version

Annexe 2 : Guide d'entretien deuxième version

Annexe 3 : Guide d'entretien troisième et dernière version

Annexe 4 : Notice d'information patient

Annexe 5 : Carte conceptuelle des résultats

Données sociodémographiques

Age

Métier /catégorie socioprofessionnelle

Religion

Lieu de résidence

Avez-vous des enfants ? Si oui combien, et leur âge ?

Statut marital

Questions

Comment définiriez-vous la fausse couche spontanée précoce ? Qu'est-ce que c'est pour vous une fausse couche spontanée précoce ?

Comment s'est passée la fausse couche que vous avez vécue ?

Où cela s'est-il produit ?

Comment l'annonce s'est-elle déroulée ?

Comment a-t-elle été prise en charge ?

Comment la perte s'est déroulée (expulsion) ?

Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique ?

Quelle place votre médecin généraliste a-t-il tenu ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Selon vous, qu'est ce qui aurait pu être mis en place pour améliorer cette prise en charge ?

Sur le plan de l'accompagnement psychologique ?

Sur le plan des explications ?

Quelle aurait pu être la place du médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Données sociodémographiques

Age

Métier /catégorie socioprofessionnelle

Religion

Lieu de résidence

Statut marital

Avez-vous des enfants ? Si oui combien, et leur âge ?

Questions

Est-ce que cette grossesse était désirée ?

Comment définiriez-vous la fausse couche spontanée précoce ? Qu'est-ce que c'est pour vous une fausse couche spontanée précoce ?

Comment s'est passée la fausse couche que vous avez vécu ?

Où cela s'est-il produit ?

Comment l'annonce s'est-elle déroulée ?

Comment a-t-elle été prise en charge ?

Comment la perte s'est déroulée (expulsion) ?

Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique ?

Quelle place votre médecin généraliste a-t-il tenu ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Selon vous, qu'est ce qui aurait pu être mis en place pour améliorer cette prise en charge ?

Sur le plan de l'accompagnement psychologique ?

Sur le plan des explications ?

Quelle aurait pu être la place du médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Données sociodémographiques

Age

Métier /catégorie socioprofessionnelle

Religion

Lieu de résidence

Statut marital

Avez-vous des enfants ? Si oui combien, et leur âge ?

Questions

Parlez-moi de votre histoire

Est-ce que cette grossesse était désirée ?

Comment définiriez-vous la fausse couche spontanée précoce ? Qu'est-ce que c'est pour vous une fausse couche spontanée précoce ?

Comment s'est passée la fausse couche que vous avez vécu ?

Où cela s'est-il produit ?

Comment l'annonce s'est-elle déroulée ?

Comment a-t-elle été prise en charge ?

Comment la perte s'est déroulée (expulsion) ?

Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique ?

Quelle place votre médecin généraliste a-t-il tenu ?

Comment l'avez-vous vécu ?

Selon vous, qu'est ce qui aurait pu être mis en place pour améliorer cette prise en charge ?

Sur le plan de l'accompagnement psychologique ?

Sur le plan des explications ?

Quelle aurait pu être la place du médecin généraliste dans cette prise en charge ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Monsieur,

Il vous a été proposé de participer à une étude non-interventionnelle dont l'objectif est d'explorer le **vécu et les attentes des conjoints lors de la fausse couche de leur compagne.**

L'objectif est de déterminer les éléments du vécu des conjoints lors d'une fausse couche précoce de leur compagne et d'évaluer les attentes afin de sensibiliser les professionnels de santé de premier recours à ce vécu et ces attentes.

Lisez attentivement cette notice avant de décider de participer à cette étude.

Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Si vous le souhaitez, vous pouvez en discuter avec votre famille, vos amis ou votre médecin traitant avant de prendre votre décision.

Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai suffisant de réflexion, vous pourrez alors décider si vous souhaitez participer à l'étude ou non.

OBJECTIF, MÉTHODOLOGIE ET DURÉE DE LA RECHERCHE

Cette étude de thèse qualitative a pour objectif de définir le vécu et les attentes des conjoints lors de la fausse couche de leur compagne.

Celle-ci se déroule sur une durée d'un an, sous la forme d'entretiens individuels, en présentiel ou par visioconférence et d'analyse de ces entretiens pour en tirer des conclusions.

PARTICIPATION LIBRE ET VOLONTAIRE

Vous êtes libre d'accepter, d'interrompre votre participation à tout moment, ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à donner de raison.

Vous serez informé par les investigateurs de toute nouvelle information concernant l'étude qui pourrait modifier votre décision de participer à cette étude. A cette occasion, vous pourrez vous opposer à la poursuite de votre participation à cette étude.

Sentez-vous libre de poser à votre investigateur toutes les questions que vous pourriez avoir à propos de cette étude.

PROTECTION DES DONNÉES

La loi française encadre de façon précise la participation des patients à ce type d'étude. En effet, toutes les données de cette étude seront confidentielles et votre identité sera protégée, même lors de la publication des résultats. Elles seront couvertes par le secret médical et uniquement utilisées dans l'objectif fixé par l'étude.

Les données collectées seront enregistrées dans une base de données électronique sécurisée et feront l'objet d'un traitement informatique sécurisé.

Vous conservez l'ensemble de vos droits relatifs à la loi informatique et libertés précisés ci-dessous.

VOS DROITS

En application des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que du règlement européen 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données collectées vous concernant, ainsi que d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette étude et d'être traitées. Les données relatives à des effets indésirables qui seraient détectés dans le cadre de la présente étude doivent être collectées et traitées pour répondre à une obligation légale de vigilance et ne pourront donc donner lieu à une opposition de votre part.

Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur qui vous suit dans le cadre de l'étude et qui connaît votre identité ".

Vous pouvez également saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité française de protection des données personnelles (<https://www.cnil.fr>). Les résultats de l'étude pourront être communiqués à la communauté scientifique dans la presse, lors de séminaires et de congrès, en garantissant la confidentialité absolue des données vous concernant, ainsi que votre anonymat.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où vous décideriez d'interrompre votre participation à l'étude, il faudra que vous en informiez l'investigateur qui vous suit dans le cadre de cette étude. Aucune nouvelle donnée ne sera collectée. Seules les données collectées avant votre souhait de ne plus participer à l'étude et qui n'auront pas fait l'objet de l'exercice de votre droit d'opposition seront utilisées pour les besoins de l'étude.

En outre, si vous le souhaitez, vous pourrez être informé par l'investigateur des résultats globaux de cette étude selon les dispositions de l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique, une fois que celle-ci sera achevée.

Enfin, vous disposez du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles après votre décès, conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978. Ces directives précisent la manière dont vos droits d'accès, de rectification et d'opposition seront exercés après votre décès.

Les données collectées dans le cadre de cette recherche peuvent être utilisées lors de nouvelles recherches conduites ultérieurement à des fins scientifiques. Vous pouvez décider de vous opposer à cette utilisation à tout moment auprès de votre investigateur.

ACCÈS À MES DONNÉES PERSONNELLES

Aucune donnée permettant de vous identifier directement à savoir votre nom, votre date de naissance en entier ou vos coordonnées ne sera collectée dans la base de données de cette étude.

Les seules personnes autorisées à consulter vos coordonnées sont :

- Esnault Juliette

- Thannberger Manon

Sachez que ces personnes sont soumises au secret professionnel.

CONSERVATION DE MES DONNÉES PERSONNELLES

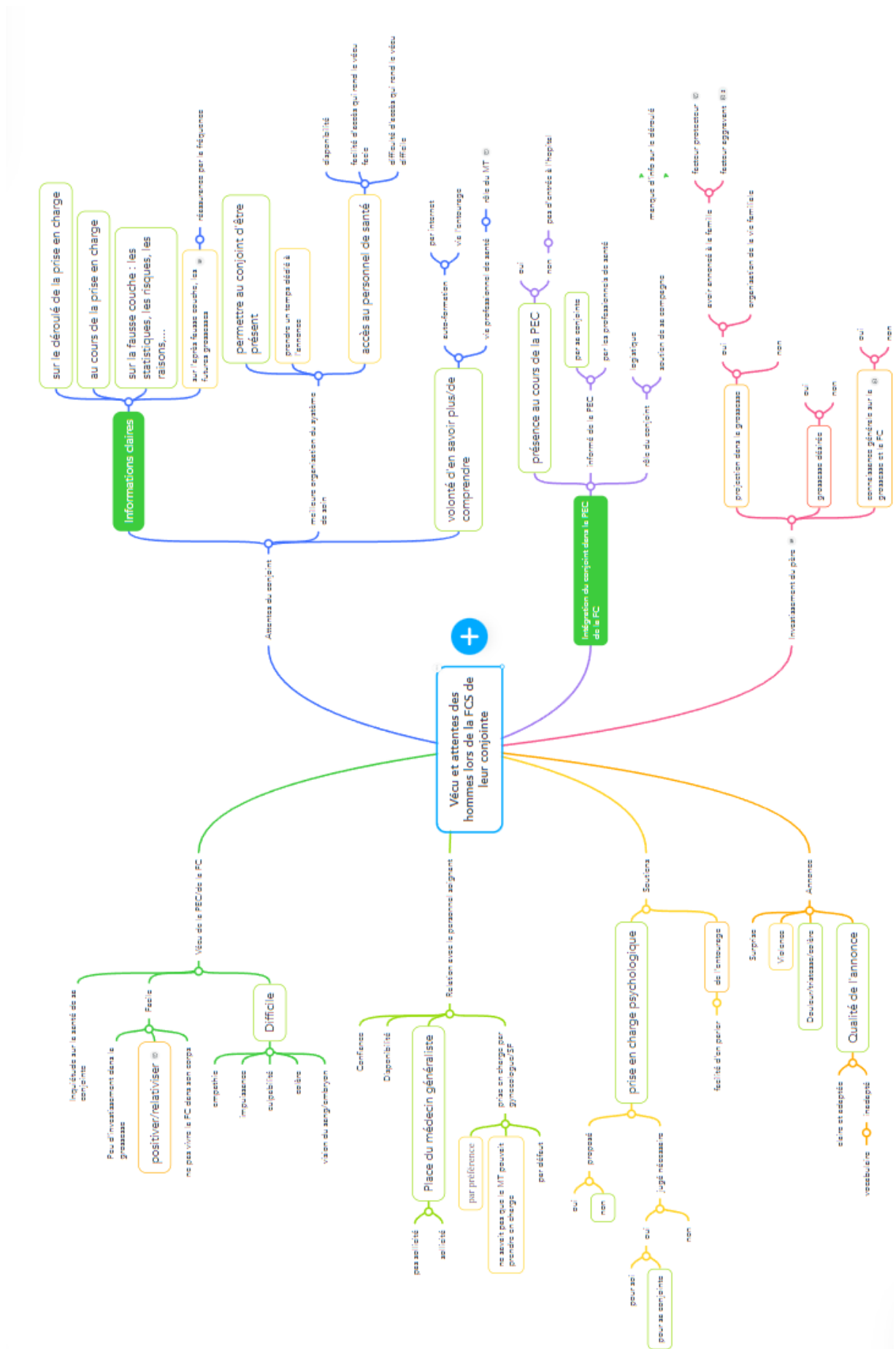
Ces données seront conservées jusqu'au rapport final de l'étude ou la publication des résultats de l'étude, puis seront archivées et seront supprimées dans les 2 ans qui suivent la publication des résultats de l'étude.

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à nous contacter.

ESNAULT Juliette 06 74 48 36 65 juliettno@hotmail.fr

THANNBERGER Manon 06 18 22 16 82 manonthann@gmail.com

Annexe 5 : Carte conceptuelle des résultats :



Juliette ESNAULT, Manon THANNBERGER

Vécu et attentes des pères dans la prise en charge de la fausse couche spontanée précoce de leur conjointe

Directrice de thèse : Dr Florence DURRIEU

Toulouse, le 1^{er} juillet 2024

Contexte : La fausse couche spontanée précoce touche environ 20% des femmes ayant une grossesse. Si les pratiques de prise en charge de cet épisode courant en médecine sont en train d'évoluer pour permettre un meilleur accompagnement des femmes au cours de cet événement difficile, leurs conjoints restent les grands oubliés du corps médical.

Objectif : Recueillir le vécu et les attentes du père dans la prise en charge de la fausse couche spontanée de leur conjointe.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés entre juin 2023 et janvier 2024 auprès d'hommes dont la conjointe a fait une fausse couche dans les douze derniers mois, vivant dans l'ex région Midi-Pyrénées, jusqu'à saturation des données. L'analyse des données a été effectuée selon une méthodologie de phénoménologie interprétative.

Résultats : 11 entretiens individuels ont été réalisés. Les attentes des pères en matière d'information claire et adaptée concernant la prise en charge, la santé de leur conjointe, le déroulé de la fausse couche et ses conséquences pour leur fertilité future, ainsi qu'un accompagnement personnalisé en couple avec un moment pris pour l'annonce et la réponse aux questions apparaissent au premier plan. Leur vécu est conditionné par le sentiment d'une bonne écoute, d'une bonne prise en compte et d'une bonne intégration par les soignants de la prise en charge de leur conjointe, ainsi que par la proposition d'un suivi et d'un accompagnement au cours de la fausse couche mais également à distance.

Conclusion : Une consultation dédiée au couple, une annonce avec des informations claires et adaptées, ainsi qu'une proposition d'accompagnement psychologique systématique constituent les principales pistes d'amélioration pour répondre aux difficultés énoncées. Des études qualitatives sur le vécu et la perception des soignants dans la prise en charge de la fausse couche et une ouverture vers les personnes en parcours PMA pourraient permettre de compléter les recommandations concernant une prise en charge centrée sur le patient.

Experience and expectations of fathers in the care of their partner's early miscarriage.

Background: Early miscarriage affects approximately 20% of pregnant women. If the way this very frequent event is taken care of is evolving in order to guarantee a better support of women during this challenging moment, their partners remain forgotten by health workers.

Aim: Record the experiences and expectations of fathers considering the management of their partner's early miscarriage.

Method: Qualitative study by semi-structured individual interviews between June of 2023 and January of 2024 with men whose partners have suffered a miscarriage during the last 12 months, living in the ex-region Midy-Pyrenees, conducted until data are sufficient. Data analysis was performed using a phenomenological interpretative methodology.

Results: 11 individual interviews were carried out. The expectations of fathers with regard to a clear and loyal information about the care of the miscarriage, their partner's health and the course of events, the miscarriage's consequences on future fertility, a personalized support for the couple with time taken for announcing the miscarriage and for answering questions appeared at the forefront of the results. Their perception was conditioned by the feeling of being heard, of being able to take part in the care of their partners and by the suggestion of a follow up during and after the miscarriage.

Conclusion: A consultation dedicated to the couple, an announcement with clear and adapted information as well as a systematic offer of psychological support are the main ways to respond to the difficulties stated. Qualitative studies on the perception of health workers during the care of a miscarriage or targeting couple in a fertility process could make it possible to complete recommendations on a patient centered care of miscarriage.

Mots-Clés : fausse couche, conjoint, attentes, vécu, médecin généraliste, prise en charge psychologique.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE