



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UFR DE MEDECINE LYON SUD CHARLES MERIEUX

LES PATIENTES REALISANT UNE FAUSSE COUCHE SPONTANEE : ETAT DES LIEUX DU PARCOURS DE SOIN

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 11 février 2025
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Madame BEACCO BALAGUE Elena

Née le 10 octobre 1996 à Paris 14eme (75)

Sous la direction de Madame la Maitre de Conférence Universitaire Dr CORTET Marion

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur	Pierre CHAREYRON

du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)

Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP) Rosaria FERRIGNO

Directrice du Département-composante Informatique

Saida BOUAZAK
BRONDEL

Directeur du Département-composante Mécanique

Marc BUFFAT



Faculté de médecine Lyon-Sud Charles MERIEUX Liste des enseignants 2024/2025

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 2^{ème} classe)

ADHAM Mustapha FOUQUE Denis GOLFIER François	Chirurgie Digestive, Néphrologie, Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale,	
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire LINA Gérard PIRIOU Vincent SALLES Gilles THIVOLET Charles THOMAS Luc	Biochimie et Biologie moléculaire, Bactériologie, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, Hématologie ; Transfusion, Endocrinologie et Maladies métaboliques, Dermato –Vénérologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 1^{ère} classe)

ALLAOUCHICHE Bernard BONNEFOY- CUDRAZ Eric BOULETREAU Pierre BURILLON Carole CERUSE Philippe CHAPET Olivier FESSY Michel-Henri FREYER Gilles GEORGIEFF Nicolas GLEHEN Olivier LONG Anne MION François PICAUD Jean-Charles RUFFION Alain SALLE Bruno	Anesthésie-Réanimation Urgence, Cardiologie, Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, Ophtalmologie, O.R.L., Cancérologie, radiothérapie, Anatomie – Chirurgie Ortho, Cancérologie ; Radiothérapie, Pédopsychiatrie, Chirurgie Générale, Médecine vasculaire, Physiologie, Pédiatrie, Urologie, Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
SANLAVILLE Damien SAURIN Jean-Christophe SEVE Pascal TAZAROURTE Karim TRONC François	Génétique, Hépatogastroentérologie, Médecine Interne, Gériatrique, Médecine Urgence, Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BARREY Cédric BERARD Frédéric CHOTEL Franck COTTE Eddy DES PORTES DE LA FOSSE Vincent DEVOUASSOUX Gilles DISSE Emmanuel DORET Muriel FEUGIER Patrick FRANCK Nicolas FRANCO Patricia	Neurochirurgie, Immunologie, Chirurgie Infantile, Chirurgie générale, Pédiatrie, Pneumologie Endocrinologie diabète et maladies métaboliques, Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale, Chirurgie Vasculaire, Psychiatrie Adultes, Physiologie – Pédiatrie,
---	---

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

GILLET Pierre-Germain JOUANNEAU Emmanuel	Biologie Cellulaire, Neurochirurgie,
---	---

KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,
PAPAREL Philippe	Urologie,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie. Imag. Méd.,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFOL Gilles	Cardiologie,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BLET Alice	Anesthésie Réa.Méd,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
CHO Tae-hee	Neurologie,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FASSIER Jean-Baptiste	Méd. Santé au travail,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésie Réa.Méd.,
GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
KOPPE Laetitia	Néphrologie,
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostat. Inf. Méd.
MILOT Laurent	Radiologie Imagerie Médicale,
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
PETER DEREK Laure	Physiologie,
PINKELE CAUSSY Cyrielle	Nutrition,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
RASIGADE J. Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

ROLLAND Benjamin	Addictologie,
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie,
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion,
VALOUR Florent	Maladie Infect.,
VIEL Sébastien	Immunologie,
VISTE Anthony	Anatomie,
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation,
YOU Benoît	Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (1^{ère} Classe)

ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DECAUSSIN PETRUCCI	Anatomie et Cytologie pathologiques,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
DUMISTRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1^{ère} Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
HAFLON DOMENECH Carine	Pédiatrie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie,
LE QUELLEC Sandra	Hémato. Transfusion,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique,
SKANJETI Andréa	Biophysique Médecine nucléaire,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2^{ème} Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epidémiologie. Économie de la santé,
DARGENT Auguste	Méd. Intens.réanim.,

GILBERT Thomas
HEIBLIG Maël
KEPENEKIAN Vahan
LEBOSSE Fanny
RAMIERE Christophe
REY Romain
TAUBER Marie
WOZNY Anne-Sophie

Méd. Int. gériatrie,
Hémato-transfusion
Chirurgie Viscérale et Digestive,
Gastro-Hépatologie,
Bactériologie-virologie,
Psychiat. d'adultes,
Immunologie,
Biochimie biologique moléculaire,

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS STAGIAIRES
(2ème Classe)**

BENZERDJEB Nazim
BOCHATON Thomas
DOUPLAT Marion

Anat. Cytolo.path.,
Physiologie,
Méd. Urgence,

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,
HERSAT DE LA VILLEMARQUE Anne,

MAITRES DE CONFERENCES - MEDECINE GENERALE (2ème classe)

MAYNIE-FRANCOIS Christine

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice
BONNEFOY Marc
CHIDIAC Christian
ECOCHARD René
FLANDROIS Jean-Pierre
GILLY François-Noël
GUEUGNIAUD Pierre Yves
LAVILLE Martine
LAVILLE Maurice
MATILLON Yves
MOURIQUAND Pierre
NICOLAS Jean-François
SIMON Chantal
TEBIB Jacques

Bactériologie – Virologie,
Médecine Interne, option Gériatrie
Maladies infectieuses ; Tropicales,
Biostatistiques,
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
Chirurgie générale,
Anesthésiologie et Réanimation urgence,
Nutrition – Endocrinologie,
Thérapeutique – Néphrologie,
Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
Chirurgie infantile,
Immunologie,
Nutrition
Rhumatologie,

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMPOSITION DU JURY

Président de jury

Monsieur le Professeur de médecine générale LETRILLIART Laurent

Membres du jury

Monsieur le Professeur de Gynécologie Obstétrique HUISSOUD Cyril

Monsieur le Professeur Associé de médecine générale FARGE Thierry

Directeur de thèse

Madame la Maitre de Conférence Universitaire de Gynécologie Obstétrique Dr CORTET Marion

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Professeur Laurent LETRILLIART, je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver l'expression de mon plus profond respect.

Au Professeur HUISSOUD Cyril et au Professeur Associé FARGE Thierry :

Merci de vous être rendus disponibles pour participer à l'évaluation de mon travail. Votre présence est précieuse. Au professeur Thierry FARGE merci d'avoir été mon tuteur pendant mes années d'internat, pour votre écoute et votre professionnalisme. Recevez mes sincères remerciements et mon profond respect.

A la Maitre de Conférence Universitaire de Gynécologie Obstétrique Dr CORTET Marion :

Un très grand merci pour votre direction tout au long de ce travail. Pour la disponibilité, la rigueur et l'écoute toujours si précise et claire. Mon stage de gynécologie à l'hôpital de la Croix Rousse reste l'un des meilleurs tant sur le plan amical que professionnel grâce à vous. Vous faites partie des médecins inspirants de mes études. Merci encore.

À l'ensemble des personnes qui ont contribué à ma formation : Mes praticiens de niveau 1 notamment Romain, niveau 2 notamment Jocelyne, Pierre. Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour m'avoir encadrée durant ces semestres de cabinet en médecine générale ou SOS médecin. Pour m'avoir initiée au triathlon et au vélo, et fait rêvé quant aux possibilités de notre travail. Je vous témoigne mon plus grand respect pour la transmission de votre savoir.

À mes autres maîtres de stage, ainsi qu'aux équipes médicales et paramédicales rencontrées tout au long de mon parcours d'études, notamment celles de Romans sur Isère mon premier semestre, je vous exprime ma sincère gratitude à tous.

À tous les couples ayant expérimenté une fausse couche ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire. Je vous remercie chaleureusement pour votre participation qui a contribué à la réalisation de ce travail.

Au CRC de l'hôpital de la Croix Rousse : Sylvie THEVENON, Pierre PRADAT, sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Merci de votre rapidité, disponibilité et professionnalisme. Au réseau AURORE, à la Professeure Corinne DUPONT, et aux sages femmes coordinatrices ayant permis d'étayer mon sujet.

À mes grands-parents : Palou, Madou, Papi, Mami. Inutile de dire combien vous êtes des piliers. Et j'ai hâte de vous montrer le diplôme, même si vous n'aimez pas les hôpitaux ni les médecins. Merci spécial à mon papi pour ton soutien toutes ses années de travail et de concours, la fierté que je pouvais lire dans tes yeux est la plus grande des motivations. Et merci spécial à ma Mami qui n'a jamais aimé les hôpitaux et pour laquelle je suis fière de réaliser ce métier.

À mes parents évidemment pour toute l'aide indescriptible. Le soutien depuis ma naissance en fait. Mon début à l'école, ma réorientation après la prépa, en PACES, dans mes associations en P2, D1, via l'appartement de Falguière, pendant l'externat, dans mes histoires de copains, les DOMTOM, le choix

de Lyon, le changement de stage tous les 6 mois, et d'envies tous les jours, dans mes déménagements. Sans être médecin vous avez tout suivi. Cette thèse elle est pour vous.

A mes frères et sœurs Hadrien, Mateo, Léonore, le plus grand incubateur que je connaisse. Pour les mêmes raisons indescriptibles que papa et maman, cette thèse je vous la dédie, merci d'être le pilier de ma formation et de ma personne. J'ai hâte de la montagne, des voyages, du bateau, du GR20, de l'amour, de la construction de nos familles, du trail, des soirées, de l'évolution ensemble tout simplement. Vu la team ça va dépoter.

A mes cousins, et reste de la famille. Incubateur de la même façon, je serais pas 1/10ème de ce que je suis sans cette famille. Merci des réunions, de Noël, de ce temps passé ensemble qui nous tire toujours vers le haut.

A Albéric : Depuis le 19 octobre 2022 ou nous avons vécu Bourg en Bresse, Lyon, la Réunion, le ski, le triathlon, le parapente, la rando, le trail, la proximité, la distance, les copains, les achats au-dessus du budget, les rires, les pleurs, le somnambulisme, les projets, les changements de projets, les reprises de projets, les familles, l'appartement, les études, les intercontrats... En 2 ans on a eu plus de 15 vies je crois, et avec toi tout est possible. Intelligent, fonceur, optimiste, sincère, fidèle et fiable. Tu es un roc, mon meilleur ami, et le copain dont j'ai le bonheur tous les jours de partager la vie.

A mes amis : pour tout le soutien et le pilier qu'ils sont chaque jour.

De toujours, Emma et Eugénie. Dans les voyages, le quotidien, les concours, les apéros, les envies, bref toutes les étapes de vie. Tant d'autres nous attendent encore, et ça c'est ce qui me rend la plus heureuse.

De Lyon, Alexia, Maxime, Thomas, Anais, Axel, Alexa, Merwan, Laure, Mathys, Aymeric, Marie. Pour tout l'internat, les découvertes, les soirées, les déménagements, les raclettes, le rugby...

De Romans sur Isère, Justine, Louis, Thibault, Chloé. Premier semestre de l'internat c'est forcément unique surtout celui-là. Et Cholé qui continue avec la FST de médecine polyvalente.

De la Croix Rousse, Amandine, Clara, Ophélie. D'un self à du sport, un apéro, deux thèses, un bébé ce groupe ne s'arrête jamais. Mention spéciale pour Ophélie : Réunion ? Croix Rousse ? Petard on sait plus ou te placer. J'ai trop hate de te retrouver à la Réunion pour continuer l'aventure avec toi. A notre coloc de master Clara, que c'est toujours ouf de voir dormir à l'appartement. Avec Alberic on a trop hate que tu t'installés à Lyon. A celle qui réussi tout Amandine. Pour le moment tu nous donnes les tips du club poussettes, mais on a hate de te suivre et feter les anniversaires de Valentine avec vous !

Et bien sûr de la Réunion le semestre révélateur de mon internat : Judith, Magali, Ruben, Hugo, Marine, Lea, Pauline. Impossible de décrire ces 6 mois extraordinaires qui continuent de me tirer vers le haut. J'ai hâte de vous retrouver un mars, en métropole, dans des voyages, l'avenir va être dingue.

A mes amis d'enfance : Louise, Theo, Alix. 27 ans pour certains, 22 pour d'autres. On a grandi ensemble et rendez-vous dans 50ans au ski ou à vos mariages (coucou louise) pour que rien ne change.

Et bien sûr tous mes autres copains de la fac, de Solem qui ont façonné ces années et ont rendu ces études uniques et autant aimées.

C'est le métier de mes rêves, qui se réalise avec et grâce à vous.

TABLE DES MATIERES

Glossaire.....	p.15
Introduction.....	p.16
I) Légalement le suivi de grossesse.....	p. 18
A) Suivi obligatoire.....	p.18

B)	Lien ville hôpital dans le cadre de la grossesse.....	p.20
	a) La déclaration de grossesse et inscription en maternité.....	p.20
	b) Les moyens de communication entre professionnels de santé.....	p.21
	c) Les réseaux de santé périnataux : cas du réseau AURORE.....	p.21
II)	L'avortement spontané ou fausse couche spontanée.....	p.23
	A) Définitions.....	p.23
	B) Etiologies.....	p.23
	C) Prise en charge de la fausse couche spontanée.....	p.25
	a) Les traitements.....	p.25
	b) Bilan de fausse couche à répétition.....	p.28
	c) Prise en charge aux urgences de la Croix Rouse.....	p.29
	D) Légalement le conjoint, secret médical de la fausse couche.....	p.29
	E) Vécu psychologique et conséquences de la fausse couche.....	p.29
III)	Aspect légal de la fausse couche.....	p.32
	A) Loi du 7 juillet 2023.....	p.32
	B) Psychologues et modes d'exercices.....	p.33
	a) Mode d'exercice.....	p.33
	b) Remboursement par la sécurité sociale.....	p.33
IV)	Méthode de l'étude.....	p.35
	A) Type d'étude.....	p.35
	a) Quantitative.....	p.35
	b) Population étudiée.....	p.35
	B) Ethique et règlementaire.....	p.36
	C) Les entretiens.....	p.36
	D) Analyse des données.....	p.37
V)	Résultats.....	p.39
	A) Analyse de la loi.....	p.39
	a) Concernant le suivi médical pluridisciplinaire.....	p.39

b)	Concernant l'orientation des femmes vers les urgences gynécologiques.....	p.40
c)	Concernant le suivi psychologique hospitalier et libéral.....	p.40
d)	Concernant l'information des patientes.....	p.41
e)	Concernant l'inclusion du partenaire en vue d'une prise en charge du couple.....	p.42
B)	Vers une prise en charge à développer en ville.....	p.43
a)	Concernant les examens complémentaires.....	p.43
b)	Concernant les liens ville-hôpital à renforcer.....	p.44
c)		
VI)	Discussion.....	p.45
A)	Forces de l'étude.....	p.45
B)	Biais.....	p.47
C)	Validité interne et externe de l'étude.....	p.47
VII)	Conclusion.....	p.50
	Bibliographie.....	p.53
	Annexes.....	p.58

GLOSSAIRE

SA : Semaine d'aménorrhée

IVG : Interruption volontaire de grossesse

SAPL : Syndrome des anti-phospholipides

PMI : Protection maternelle et infantile

DMP : Dossier médical partagé

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRC : Centre de Recherche Clinique

HCL : Hospices Civils de Lyon

INTRODUCTION

D'après le CNGOF, les métrorragies du premier trimestre (3 SA à 15 SA) représentent le motif de consultation le plus fréquent aux urgences gynécologiques. En 2004, une étude menée par Yang et al.

rapporte que 24.4% des grossesses présentent au moins un épisode de métrorragie dont 77.3% ont lieu au premier trimestre soit avant 15SA [1].

Plusieurs études (Coquel et al. [2]) ont montré que la grossesse évolue favorablement dans 50% des cas après des métrorragies du premier trimestre, et que les complications possibles sont la mole, la grossesse arrêtée, la grossesse extra-utérine et l'avortement spontané [3].

La principale complication redoutée par la femme est l'avortement spontané, plus connu sous le nom de fausse couche spontanée. Il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme l'expulsion ou l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaines d'aménorrhée (SA). Il en existe deux types, la fausse couche spontanée précoce survenant avant 14 SA, et la fausse couche spontanée tardive entre 14SA et 22 SA. Elle est due dans 70% des cas à une anomalie génétique, et complique 10 à 20% des grossesses cliniquement connues (12% pour Everett en 1997, 11,4 % pour Hasan et al. en 2009).

Chaque année, 200 000 femmes présenteraient ce diagnostic d'après le gouvernement, qui a fait de sa prise en charge une question politique actuelle : il est fréquent et à l'origine d'une angoisse majeure pour le couple ainsi que d'un recours aux soins en urgence important. Le 7 juillet 2023, une loi est promulguée dans le journal officiel [4] prévoyant que chaque agence régionale de santé mette en place un « parcours fausse couche » associant des professionnels médicaux ainsi que des psychologues hospitaliers et libéraux à destination des patientes et de leurs partenaires. Des amendements sont ajoutés dans le code du travail permettant aux femmes de bénéficier des indemnités journalières sans délai de carence pendant leur arrêt maladie, et une protection contre le licenciement de 10 semaines pour les femmes confrontées à une fausse couche tardive (entre la 14ème et la 21 SA, donc < 1% des grossesses). Cette loi, qui s'appliquera à partir du 1er septembre 2024, dénonce la volonté politique de faciliter l'orientation, l'information et le suivi médical des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse.

Cependant, la disparité des modes de prise en charge et la définition du parcours de soin attendu par le gouvernement appelle à réaliser un état des lieux du parcours de soin actuel.

L'objectif de cette étude est de décrire celui d'un échantillon représentatif de femmes ayant consulté aux urgences gynécologiques de l'hôpital de la Croix Rousse (HCL Hospices Civils de Lyon) en 2024, avec pour question de recherche : Quel a été le parcours de soin des femmes consultant pour fausse couche spontanée à l'hôpital de la Croix Rousse (HCL) en 2024 ?

Les hypothèses de cette étude sont de quatre types.

Tout d'abord (comme le dit la loi), que le diagnostic de fausse couche spontanée nécessite, un suivi médical et psychologique du couple à la fois en ville et à l'hôpital. Ce suivi n'est possible que grâce à un lien solide entre les deux structures.

Ensuite, que la consultation aux urgences sans suivi préalable en ville accentue le traumatisme déjà initié par le diagnostic en raison de la structure même du service d'urgence (temps d'attente, difficulté à inclure le conjoint).

Enfin, que le parcours de soin associant des médecins et psychologues à la fois en ville et à l'hôpital est possible. Ce parcours de soin serait basé sur des consultations en semi urgence à définir menées par des professionnels de santé formés selon la loi. Le conjoint serait davantage informé et inclus dans la prise en charge.

Et pour finir, qu'un parcours de soin basé sur un suivi efficace en ville permet d'optimiser les motifs de consultation aux urgences, de limiter les traumatismes surajoutés comme le temps d'attente à l'hôpital, et d'améliorer la prise en charge.

L'étude consiste en une enquête quantitative observationnelle réalisée en menant des entretiens semi directifs sur la base d'un questionnaire de 19 questions. 206 patientes ont été incluses dans l'étude permettant l'analyse de 121 questionnaires entre les mois de juin et octobre 2024.

Elle est une étude première qui s'intègre dans un ensemble de travaux permettant d'identifier les disparités entre le parcours de soin attendu par l'état et celui réalisé en pratique aux urgences gynécologiques de l'hôpital de la Croix Rousse (Hospices Civils de Lyon) au cours de l'année 2024. Cela permettra dans des études secondaires d'identifier les étapes du parcours de soin potentiellement réalisables en ville et de déceler les éléments permettant une coordination ville-hôpital efficace dans le but d'améliorer la prise en charge de ces patientes.

I) Légalement le suivi de grossesse

A) Suivi obligatoire

La grossesse est un moment de la vie favorable à la consultation d'un professionnel de santé.

En France, elle fait appel à une surveillance regroupant des examens cliniques, biologiques et échographiques réguliers. Elle est basée sur une prévention des risques et un dépistage des événements anormaux. Le but de ce suivi est d'assurer l'évolution correcte de la grossesse afin de limiter les complications pour la mère et/ou l'enfant.

La HAS a défini différents types de suivis de grossesse en fonction des situations à risque identifiées. Ce risque est établi en évaluant les facteurs de risques médicaux de la patiente, les antécédents personnels gynécologiques ou obstétricaux, les expositions aux toxiques, et les antécédents chirurgicaux.

Le suivi A, correspondant à une grossesse « normale », peut être assuré par un médecin généraliste ou une sage-femme. Dans les autres cas, l'avis d'un gynécologue-obstétricien est recommandé.

DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES (ACCORD PROFESSIONNEL)
Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.
Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Figure 1 : Différents types de suivi et d'avis possible en fonction des risques encourus par la grossesse

Dans le cas où l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire, le suivi peut être poursuivi partiellement ou totalement dans une unité d'obstétrique. Elle est définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique comme une structure assurant, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement [5].

Le suivi de grossesse comporte différentes consultations.

Tout d'abord, la consultation pré conceptionnelle, non obligatoire, peut être réalisée, selon le choix de la femme, par le médecin généraliste, le gynécologue médical, le gynécologue obstétricien ou la sage-femme. Cette consultation est l'occasion de préparer le terrain de la grossesse avec pour but de détecter précocement les situations à risque qui nécessiteront d'emblée un suivi spécialisé.

Elle comporte la recherche des facteurs de risques, les toxiques, la prescription d'acide folique (débuté 4 semaines avant la conception et poursuivi 8 semaines après, à la dose de 0,4 mg, pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural), un frottis cervico-utérin si le dernier remonte à plus de 5 ans et une prise de sang comprenant un groupe sanguin, une recherche d'agglutinine irrégulières, des sérologies toxoplasmose, rubéole, VIH, voire syphilis ou hépatites B et/ou C selon le contexte.

Par la suite, sept examens prénataux sont obligatoires au cours de la grossesse [6]

Le premier doit être programmé avant la fin du premier trimestre (avant la fin du 3^e mois de grossesse), puis un examen prénatal est prévu tous les mois jusqu'au terme. Ces examens contiennent un examen clinique complet, et/ou une prise de sang, une analyse d'urine et la proposition d'une recherche de la trisomie 21. Certains examen comme la recherche de toxoplasmose sont réalisés tous les mois si la patiente n'est pas immunisée.

Le contenu précis des consultations obligatoires d'après la HAS, sont indiquées dans l'annexe [7]

Une consultation avec un anesthésiste est obligatoire même si la patiente ne souhaite pas accoucher sous péridurale. Elle permet d'anticiper une césarienne en urgence ou un recours à une anesthésie. Elle a lieu 6 à 8 semaines avant le terme, dans la maternité prévue pour la naissance, et comporte un examen clinique et paraclinique.

Créé en 2007 et rendu obligatoire en mai 2020, l'entretien prénatal précoce est un moment clé du parcours des 1000 premiers jours de l'enfant. Il est à programmer à partir du 4^e mois de grossesse. Réalisé par un médecin ou une sage-femme, il permet de définir l'accompagnement social, psychologique et médical nécessaire à mettre en place avant l'arrivée de l'enfant [8].

Chaque trimestre, une échographie permet de surveiller le développement de l'embryon puis du fœtus. La première a lieu avant la fin du 3^e mois pour dater la grossesse et permettre sa déclaration, la deuxième au cours du 5^e mois pour détecter d'éventuelles malformations et la troisième au 8^e mois pour évaluer la croissance. Des échographies supplémentaires peuvent être effectuées selon l'indication médicale, mais trois seulement sont obligatoires.

Enfin, les séances de préparation à la naissance, animées par une sage-femme, permettent d'apprendre certaines techniques pour gérer la douleur des contractions pendant le travail, et accueillir l'enfant. Elles ont lieu entre le 7ème et le 9ème mois de grossesse.

Les consultations obligatoires sont remboursées à 100% par l'assurance maladie. Le père peut également bénéficier d'un examen de santé prise en charge à 100 % si nécessaire, et la mère d'un bilan buccodentaire entre le 6ème mois et l'accouchement [9]

Synthèse : La grossesse est une période de la vie où les patientes consultent un professionnel de santé. Elle est l'occasion, notamment pour les médecins généralistes, de mettre en place des mesures de prévention ou de réaliser un bilan chez des patientes ne consultant pas régulièrement.

B) Lien ville hôpital dans le cadre de la grossesse

Comme vu précédemment, la grossesse est une période favorable à la consultation d'un professionnel de santé. Cependant, le suivi ne s'effectuant pas toujours en ville, un lien entre les professionnels libéraux et hospitaliers est nécessaire.

a) La déclaration de grossesse et inscription en maternité

Plusieurs liens sont disponibles pendant la grossesse.

Tout d'abord, une fois la grossesse confirmée, le premier examen prénatal est l'occasion de la déclaration de grossesse auprès de l'assurance maladie. Elle est réalisée par le médecin ou la sage-femme en ligne ou sur un formulaire papier, avant la fin du premier trimestre. A l'issue d'un examen clinique et un interrogatoire complet, le professionnel de santé évalue le type de maternité à choisir en fonction du risque encouru par la grossesse, ce choix pouvant évoluer dans le temps. L'inscription en maternité est ensuite réalisée par la patiente généralement après l'échographie du premier trimestre. Elle fournit sa carte vitale, sa mutuelle ou tout document faisant référence à la grossesse permettant un premier lien avec la structure hospitalière.

b) Les autres moyens de communication disponibles entre professionnels de santé

La rédaction de comptes rendus et de lettres d'adressage est le moyen de communication privilégié dans le monde médical. Le courrier peut être remis au patient et/ou transmis directement au professionnel de santé concerné. Il permet un lien entre professionnels n'utilisant pas le même logiciel ou ne travaillant pas dans la même structure.

Depuis février 2022, « Mon Espace Santé » est une interface dédiée aux patients et leurs données de santé. Les professionnels alimentent les données du dossier médical partagé (DMP) grâce à leur carte CPS, données pouvant être masquées ou supprimées par le patient si besoin. La grossesse entre dans le DMP et peut être consulté par les porteurs d'une carte professionnalisante ou toute autre structure de soin [10].

Par ailleurs, malgré le développement des dossiers partagés issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, le moyen le plus courant permettant le lien entre les professionnels libéraux et l'hospitalier reste l'information claire et loyale de la patiente, l'appel entre professionnel de santé, ou le contact par mail via une messagerie sécurisée [11].

c) [Les réseaux de santé périnataux et le cas du réseau AURORE](#)

Des structures de santé permettent aussi de faire le lien entre les libéraux et le monde hospitalier.

Issus des décrets de périnatalité de 1998 et développés depuis les années 2000, les réseaux de périnatalité sont partis du constat que la prévention, la formation des professionnels de santé et l'accès aux outils de communications sont inégaux entre les régions de France, notamment entre la métropole et les DOM-TOM. Ces inégalités sociales et cette diversité de lien ville hôpital influe sur la qualité des soins reçus pendant la grossesse [12].

Ainsi, les réseaux de périnatalité ont pour but d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés grâce à la mutualisation des pratiques et établissements. Les professionnels adhérant au réseau, s'engagent à orienter la femme vers un autre spécialiste selon l'évolution de la grossesse ou l'état de santé de l'enfant. Les professionnels sont des gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, médecins généralistes, pédiatres, anesthésistes, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, échographistes, radiologues, pédopsychiatres, psychiatres, et psychologues. Ils travaillent en cabinet libéral, en protection maternelle et infantile (PMI), dans des maternités publiques ou privées et dans les services de néonatalogie.

Un dossier périnatal partagé, créé dans chaque réseau, permet de colliger les éléments indispensables au suivi de la grossesse. Il est confié à la patiente et regroupe les informations périnatales importantes

(renseignements socio-démographiques, antécédents, début de grossesse, contexte psychosociologique). Il permet d'informer collégalement en cas d'hospitalisation ou de consultation spécialisée (diagnostic anténatal par exemple). Il peut être intégré par la patiente dans « mon espace santé » si elle le souhaite [13].

La région AUVERGNE-RHONE-ALPES comporte cinq réseaux de périnatalité. Celui de Saint-Etienne (réseau ELENA), de Grenoble (réseau ALPES-ISERE), de Chambéry (réseau DEUX SAVOIE), Clermont-Ferrand (réseau de santé périnatal d'Auvergne)

Le Réseau AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional), fondé en 1997, s'articule autour du Centre Hospitalier Universitaire de LYON et base ses locaux à l'Hôpital de la Croix Rousse. Il regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en AUVERGNE-RHONE-ALPES, des professionnels de santé libéraux et de la Protection Maternelle et Infantile (PMI du Département du Rhône et PMI de la Métropole Lyon) ainsi que des associations de parents ou de professionnels [14].

Synthèse: La grossesse est donc une occasion de réaliser des consultations obligatoires avec un professionnel de santé. Ces consultations peuvent être réalisées en ville ou à l'hôpital en fonction du risque encouru par la mère et l'enfant. L'optimisation des échanges entre professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patientes est un sujet majeur des dix dernières années et constitue un objectif des réseaux de périnatalités.

II) L'avortement spontané ou fausse couche spontanée

A) Définition

La fausse couche spontanée (ou avortement spontané) correspond à un arrêt non programmé de la grossesse, avant le terme de viabilité fœtale. Elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme l'expulsion ou l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaines d'aménorrhée (SA). Au-delà, le diagnostic posé est celui de mort fœtale.

200 000 femmes en sont victimes par an en France [15], et elle complique 10 à 20% des grossesses cliniquement connues (12% pour Everett en 1997, 11,4 % pour Hasan et al. en 2009). Le taux varie en fonction de l'âge et il s'agit de la complication la plus fréquente de la grossesse.

Deux catégories d'avortement spontané existent suivant le terme. La fausse couche spontanée précoce survient avant 14 SA, et la fausse couche spontanée tardive entre 14 SA et 22 SA.

Les principaux symptômes de la fausse couche amenant les femmes à consulter sont les douleurs abdominales et les métrorragies [16].

Ces symptômes amènent deux tableau cliniques différents de fausse couche spontanée, cotés différemment parmi les actes médicaux de la CCAM. La grossesse arrêtée précoce (cotée O03.4), ne présente pas de métrorragie. L'avortement spontané complet ou incomplet (coté O03.9) en présente et se distingue par l'expulsion partielle ou complète du contenu utérin.

B) Etiologies

Dans 70% des cas, la fausse couche spontanée est due à une anomalie génétique. Ces anomalies sont en général des aneuploïdies (5) (6), liées à une mauvaise séparation des chromosomes lors de la formation des gamètes ou de mutations lors de la fécondation [18], [19]

Les anomalies utérines sont aussi connues comme étiologies probables. Les polypes et fibromes favorisent les fausses couches tardives par une mauvaise implantation du produit de fécondation. Ce sont des excroissances bénignes localisées respectivement dans la muqueuse et dans le muscle utérin.

Les malformations congénitales comme l'hypoplasie utérine, l'hémi-utérus, l'utérus bicorne ou l'utérus cloisonné peuvent limiter aussi l'implantation de l'embryon.

Les synéchies utérines quant à elles sont des adhérences partielles ou complètes des parois utérines, pouvant être provoquées par un geste chirurgical endo utérin (aspiration curetage, IVG chirurgical)

Cependant, malgré les anomalies utérines connues, la fréquence des anomalies chromosomiques restant l'étiologie majoritaire, un bilan étiologique n'est réalisé qu'à partir de la 3ème fausse couche.

D'autres étiologies de fausses couches spontanées sont recherchées au cours de ce bilan d'avortement à répétition.

Les anomalies de la coagulation comme une mutation du facteur V de Leiden sont des facteurs de risque fréquents responsable de fausse couche spontanée à tous les stades.

Un allèle du gène de la prothrombine, l'allèle G20210A, peut occasionner des thromboses et de ce fait augmenter le risque.

Les déficits en antithrombine, protéines C et protéines S sont héréditaires tout comme le syndrome des anti-phospholipides, et sont responsables d'avortement spontanés via un état d'hypercoagulabilité sanguine. Il faut un critère clinique (comme une complication de grossesse) et un critère biologique pour confirmer le SAPL [20].

Les perturbations hormonales, comme l'hypothyroïdie et les anticorps antithyroïdiens sont associés à des pertes de grossesses [21].

L'insuffisance ovarienne, définie par un taux élevé de follicule stimulating hormone (FSH), est corrélée à une augmentation significative du risque de fausses couches par rapport à une population contrôle. Chez ces femmes, les échecs des fécondations in vitro sont aussi très importants [22], [23], [24].

L'hyperprolactinémie est aussi associée à des pertes de grossesses. Les études (15) réalisées sur des cohortes de faible effectif montrent une différence significative du nombre de fausses couches chez les femmes ayant une hyperprolactinémie traitée par bromocriptine versus un groupe contrôle non traité.

Le diabète Mellitus type I non contrôlé est lié à une augmentation des fausses couches. Il est important de noter que le contrôle du diabète est nécessaire pendant la grossesse tout comme au moment de la conception pour optimiser les chances d'une grossesse sans complications (5).

Enfin et de façon non négligeable, les habitudes hygiéno-diététiques sont des facteurs de risque d'avortement spontanée. L'alcool est corrélé aux fausses couches précoces avec un rapport dose dépendant (16) (5). Le tabac, les vaginoses bactériennes, l'obésité, la maigreur et l'excès de sport sont autant de corrections à effectuer afin de limiter les risques [25].

C) Prise en charge de la fausse couche spontanée

a) Les options médicales et chirurgicales

Le diagnostic de grossesse est déterminé par un taux de bêta-H.C.G plasmatique supérieur à 5 UI/L. Dans le cas d'une grossesse simple et évolutive, le nombre double environ tous les deux jours au cours des huit premières semaines de grossesse. Un test de grossesse urinaire peut être réalisé par la patiente, mais doit être confirmé par une prise de sang.

L'arrêt de grossesse au premier trimestre est établie par le diamètre moyen du sac gestationnel et la longueur vertex-coccyx de l'embryon visible sur une échographie endovaginale. Un diamètre moyen du sac ≥ 25 mm sans embryon, ou une longueur vertex-coccyx de l'embryon ≥ 7 mm sans battement cardiaque à l'échographie transvaginale permet de poser le diagnostic (figure 2).

En dehors de ces normes, la grossesse intra-utérine est de viabilité incertaine, et une seconde échographie doit être réalisée afin de conclure à une évolution ou non (figure 3).

Le délai de cette seconde échographie dépend de l'aspect du tableau intra-utérin (présence ou non de sac vitellin, présence ou non d'un embryon).

L'évolution de la gonadotrophine chorionique humaine (hCG) est utile en cas de grossesse de localisation indéterminée (c'est-à-dire sans sac gestationnel à l'échographie intravaginale), et une grossesse extra-utérine doit être évoquée si le taux dépasse 1 500 UI/L sans sac gestationnel intra-utérin [26].

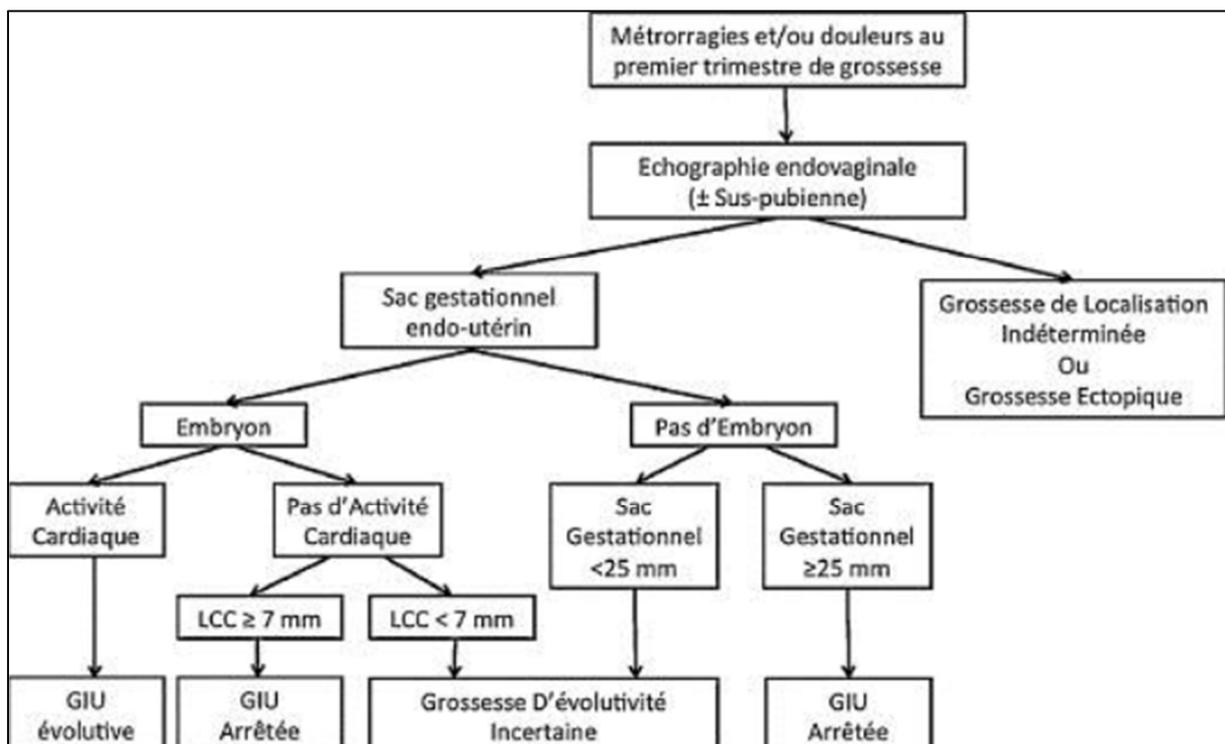


Figure 2 : Diagnostic échographique de l'évolution d'une grossesse

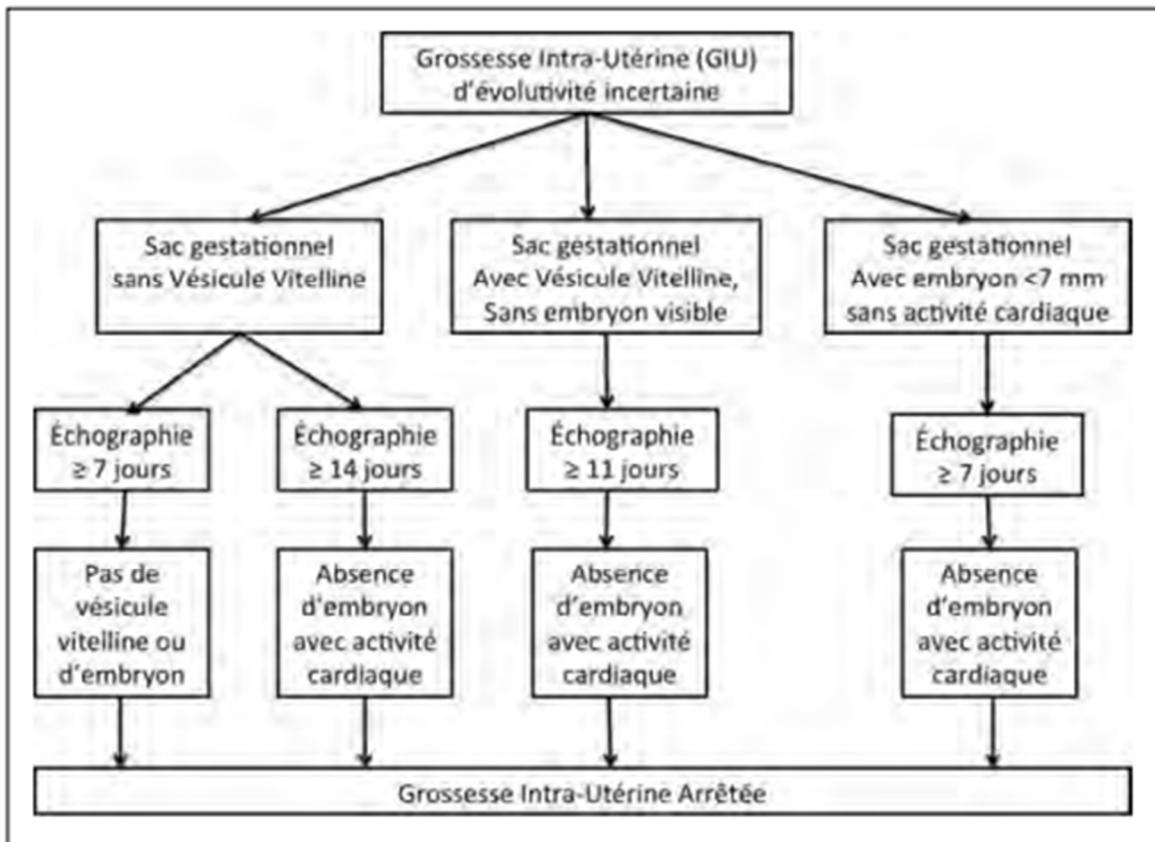


Figure 3 : Délai nécessaire pour affirmer le diagnostic de grossesse arrêtée dans le cas d'une grossesse incertaine

Ainsi, lors d'une suspicion de fausse couche spontanée, la patiente réalise un taux d'HCG (si la grossesse n'a pas été évaluée par une échographie antérieurement) puis une échographie intra-vaginale. Le diamètre moyen du sac gestationnel, la longueur vertex-coccyx de l'embryon et l'activité cardiaque sont recherchés par le manipulateur [27].

La grossesse arrêtée précoce est un arrêt de développement (stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur crano-caudale et/ou disparition d'une activité cardiaque) < 14 SA. Deux options thérapeutiques sont possibles, l'aspiration ou la prise de Misoprostol. L'expectative n'est pas recommandée. La patiente doit être informée des avantages et inconvénients de chaque technique, notamment du risque hémorragique et de synéchies dans le cadre d'une prise en charge chirurgicale.

La fausse couche spontanée incomplète est définie par une évacuation partielle du matériel intra-utérin. Trois options thérapeutiques sont possibles en fonction de la taille du sac gestationnel, de sa

localisation, de la symptomatologie de la patiente. Le choix revient à la patiente après une information loyale, claire et complète sur les risques et complications encourues par les différentes méthodes.

Dans le cadre où la patiente présente des métrorragies importantes et des contractions faisant évoquer une expulsion, l'expectative est à privilégier.

Si le sac gestationnel est < 25 mm une prise en charge par misoprostol est possible. Deux spécialités sont disponibles, le Gymiso® 200 µg, comprimé (boîte de deux comprimés) et le MisoOne 400 µg, comprimé (boîte d'un comprimé). La posologie initiale est de 400 µg per os, renouvelée toutes les 3 heures si aucun symptôme n'est obtenu après la prise, sans dépasser une dose totale de 2400 µg par 48 heures. Ces deux spécialités ne sont pas dispensées aux patientes en pharmacie d'officine. Le prescripteur obtient les spécialités auprès d'une pharmacie hospitalière ou d'officine sur présentation d'une commande à usage professionnel. Le professionnel de santé n'a pas besoin d'être conventionné avec une structure de soin [28].

Si le sac gestationnel est > 25 mm, une prise en charge chirurgicale est proposée. Elle permet des taux d'évacuation complète élevés (97-98 %) pour des risques de complications hémorragiques et infectieuses faibles (< 5 %). Le risque principal réside dans l'apparition de synéchies, à savoir des bandes de tissu fibreux reliant localement les parois opposées de la cavité utérine. Les synéchies font partie des facteurs de risque endo utérins de fausse couche spontanée. Elles peuvent cependant être diagnostiquées et traitées par hystéroscopie en amont d'un projet de grossesse.

La prise en charge chirurgicale peut aussi être envisagée devant l'échec d'une prise en charge médicamenteuse bien conduite (deux tentatives, espacées d'une semaine d'expectative)

La fausse couche spontanée complète, par définition, ne nécessite aucune prise en charge. L'expectative est le traitement.

Par ailleurs, une administration d'immunoglobuline Rhésus D est réalisée dans le cas où le sang de la mère est Rhésus négatif. Il s'agit d'une injection de sérum anti Rhésus administrée en intraveineuse ou intramusculaire dans les 72h après la fausse couche. Selon les recommandations Collège National des Gynécologues Obstétriciens de 2024, cette injection n'est plus à réaliser avant 12 SA : le passage de globules rouges du bébé dans le sang de la mère est modéré au premier trimestre de la grossesse, et le Rophylac étant un produit dérivé du sang, son administration nécessite des précautions bien que ses effets secondaires soient rares (allergie principalement). Cette recommandation s'applique aussi bien dans le cadre de la fausse-couche, de d'IVG, de la grossesse arrêtée, ou de saignements [29].

b) Bilan de fausse couche à répétition

A partir de deux fausses couches spontanées avant 24 SA, le diagnostic de fausse couche à répétition est posé. Il concerne 1 à 2% des femmes et la prévalence augmente avec l'âge [30].

La prise en charge comporte un bilan biologique complet avec une TSH, anticorps anti-TPO, sérologie coéliquaue, anticoagulant type lupique, IgG et IgM anti-cardiolipine et une échographie pelvienne transvaginale 3D. Une analyse génétique du fœtus peut être réalisée à visée étiologique avec conseil génétique du couple en cas d'anomalie.

Le traitement des fausses couches répétées repose d'abord sur des mesures hygiéno-diététiques (arrêt du tabac, diminution de l'IMC, sevrage des toxiques). Une prise en charge des étiologies curables est ensuite mise en place comme la prescription d'Aspirine 75-100 mg/j avant conception dans le cadre d'un SAPL ou un contrôle de la TSH devant une hypothyroïdie frustrée.

Le recours à la procréation médicalement assistée (PMA) constitue le parcours de dernière intention. Lorsqu'il s'agit d'un jeune couple sans risque connu, une consultation peut être envisagée à partir de 18 mois. Dès 30 ans, ou dans le cas d'antécédents gynécologiques, il est recommandé de consulter après 12 mois d'essais infructueux. Le délai est de six mois pour une femme de plus de 35 ans. Depuis 2021 elle est ouverte aux couples homosexuels femmes ainsi qu'aux femmes célibataires, qui ont un désir d'enfant [31].

c) Prise en charge aux urgences de l'hôpital de la Croix Rousse

Aux urgences de l'hôpital de la Croix Rousse, les femmes se présentent à l'accueil ou sont amenées directement en salle d'attente par les professionnels de santé dans le cas d'une urgence. A l'issue, les étiquettes d'identification leur sont remises. Un premier examen clinique est réalisé permettant le tri des patientes selon le degré d'urgence de leur prise en charge. Un prélèvement biologique est ensuite réalisé par l'infirmière d'accueil si nécessaire. Enfin, les femmes patientent dans une deuxième salle d'attente avant d'être vue par le médecin des urgences gynécologiques qui réalise une échographie endovaginale si besoin. Le temps moyen d'attente d'une biologie des beta HCG est de 1h15 et peut varier.

La salle d'attente est commune entre les femmes présentant un terme > 22 SA consultant les sage-femmes, et celles avec un terme < 22SA vues par le médecin.

Le nombre de femmes consultant pour les diagnostics O03.4 grossesse arrêtée et O03.9 fausse couche spontanée complète/avortement spontané incomplet est de 997 en 2024.

D) Légalement le conjoint, secret médical de la fausse couche

D'un point de vue législatif, il n'y a pas de reconnaissance juridique de l'existence d'un enfant issu d'une fausse-couche précoce. D'après l'arrêté du 20 Août 2008 et le décret n°2008-800 du 9 Janvier 2008, l'acte d'enfant né sans vie peut être délivré à tous les parents d'enfants morts nés ou nés vivants mais non viables à l'exclusion des fausses-couches précoces et des interruptions volontaires de grossesse [32].

Concernant le secret médical, et d'après les articles L1110-1 à L6441-1 du code de santé publique, il couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance de tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Tout membre du personnel des établissements de soin, services ou organismes et de toute personne en relation, de par ses activités, avec ces structures. La fausse couche spontanée n'entre pas dans le cadre d'une dérogation. Il s'applique à la patiente qui choisit ou non d'en informer son conjoint [33].

E) Vécu psychologique et conséquences de la fausse couche

L'avortement spontané peut être vécu comme une épreuve physique et psychologique pour un couple.

Selon une revue d'articles de Sejourné N. [34], les projets d'avenir peuvent être envisagés dès l'annonce de la grossesse. Pour la moitié des femmes, la précocité de la perte et le fait que la grossesse ne soit pas physiquement visible au stade de la fausse-couche n'atténuent pas la douleur de la perte de ce qu'elles considèrent comme un futur bébé.

D'après l'article d'Athey J. et Spielvogel AM et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [35], la fausse-couche peut entraîner une morbidité psychologique chez les femmes avec l'apparition de symptômes anxieux, dépressifs, ou encore un stress post-traumatique. On peut retrouver notamment des sentiments de vide, de culpabilité, d'injustice, de peur, de dévastation, ou encore de colère.

D'après une revue de Sejourné, le vécu peut être ambivalent [34]. La femme peut être marquée par l'annonce, puis prendre de la distance par rapport à la situation en utilisant un adverbe neutre pour qualifier l'embryon. Certaines minimisent le diagnostic pour les aider à relativiser [36].

D'après Hanus, la difficulté du deuil de la fausse couche est renforcée par le silence de la société actuelle. Elle correspond au deuil d'une projection d'un enfant à venir alors que la grossesse est encore invisible aux yeux des autres. L'entourage et les professionnels de santé peuvent parfois banaliser, agir comme si la grossesse n'avait pas existé. Le deuil n'est souvent pas reconnu et donc plus difficile à affronter.

D'après le mémoire de la sage-femme Mme LEBRUN « Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge », le diagnostic peut impacter le relationnel du couple en retardant les projets de vie. La sphère conjugale et familiale peut être bouleversée avec le dilemme de l'annonce de la grossesse à l'entourage et la gestion des réactions associées [37].

Un article de Tournebise M rapporte que la grossesse suivante peut être impactée par l'avortement spontané. Un refus de l'attachement et une attitude de dénégation peut se mettre en place jusqu'au stade de dépassement du terme de la précédente fausse couche. L'enfant issu d'une grossesse suivant une fausse-couche peut avoir une place difficile à trouver suivant la reconnaissance ou non de la grossesse antérieure [38].

Enfin, la thèse du Dr Rabussier « comment les hommes vivent-ils la fausse couche de leur partenaire » rapporte que les principaux sentiments ressentis par le conjoint sont ceux du deuil comme le choc, la sidération, la déception, le chagrin, la colère, le désespoir puis le désir d'investir dans une nouvelle grossesse ou de nouveaux projets. Il sont tiraillés entre le devoir de soutenir leur partenaire, dont la souffrance physique et psychique leur paraît prioritaire, et la gestion de leurs propres émotions. Cependant les tensions peuvent apparaître lors d'un manque d'empathie et de communication s'installe dans le couple. D'après cette thèse, l'expression du deuil périnatal masculin à travers la reconnaissance du rôle et de la situation émotionnelle complexe de l'homme permettrait l'établissement d'un soutien approprié et l'amélioration de la prise en charge du couple [39], [40], [41].

Synthèse : La fausse couche est donc un diagnostic fréquent touchant près d'une femme sur cinq. Les causes sont complexes, et non recherchées devant un événement isolé. Un bilan est recommandé à partir de la troisième fausse couche consécutive avec le même conjoint. La prise en charge est médicale ou chirurgicale en fonction de la taille du sac gestationnel et du degré d'urgence. Les examens paracliniques comportent une échographie plus ou moins un dosage des beta-hcg. Il s'agit d'un diagnostic loin d'être banal, pouvant être vécu comme une épreuve physique et psychologique pour un couple.

III) Aspect légal de la fausse couche

A) Loi du 7 juillet 2023

Devant la fréquence du diagnostic, 200 000 femmes par an, et le recours au soin important, une proposition de loi a été déposée le 17 janvier 2023 par la députée Sandrine JOSSO.

Elle a été adoptée en première lecture, avec modifications, par l'Assemblée nationale le 8 mars 2023, puis par le Sénat le 4 mai 2023. Après accord trouvé en commission mixte paritaire le 1er juin, l'Assemblée nationale a adopté la version finale le 15 juin 2023. Le Sénat l'a définitivement adoptée le 29 juin 2023.

Ainsi, la loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 vise à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (Annexe 1). Elle est promulguée le 7 juillet 2023 et publiée au Journal officiel du 8 juillet 2023. Son application est prévu a la date du 1^{er} septembre 2024 [42].

L'article 1 se focalise sur la création d'un parcours de soin du couple coordonné par les Agences Régionales de Santé (ARS). Il comporte des médecins et des psychologues.

Les professionnels exercent à l'hôpital et en libéral et sont formés sur les conséquences psychologiques de la fausse couche, un des objectifs du réseau étant l'information systématique des femmes sur le risque d'avortement spontané. Elles sont mises au courant du phénomène, des traitements, des interventions, du suivi médical et de l'accompagnement psychologique disponible.

La mention d'une prise en charge des femmes et « le cas échéant de leur partenaire » place le couple au cœur du soin, qui est admis ensemble aux consultations. Il est accompagné de façon pluridisciplinaire, avec un accès à une aide psychologique facilité, et un suivi médical amélioré.

Par ailleurs, les ARS sont responsables de l'organisation du parcours, et recensent les modalités de prise en charge mises en place par les établissements et les professionnels de santé.

L'article 4 de la loi précise l'article 1 en ajoutant les sage-femmes au suivi des patientes en plus des médecins et des psychologues.

L'article 2 se concentre sur la protection sociale et concerne le code du travail. Il prévoit un arrêt maladie pouvant être demandé par la femme dans les suites d'une interruption de grossesse avant 22 SA. Les indemnités journalières sont alors accordées sans délai de carence et la durée d'indemnisation est plafonnée.

Par ailleurs, l'article 3 renforce la protection des femmes face au licenciement. L'employeur ne peut mettre fin au contrat de la salariée durant les dix semaines suivant l'interruption de grossesse. La fin du contrat peut survenir seulement dans le cas d'une faute grave ou d'une impossibilité de maintenir le poste pour un motif étranger à la fausse couche. La fausse couche doit pour cela être médicalement constatée.

Enfin, l'article 5 vise à rappeler aux ARS leur engagement dans l'évaluation de l'accessibilité du dispositif pour les couples.

B) Psychologues et modes d'exercices

D'après la loi, l'amélioration de la prise en charge des fausses couches concerne le couple. Le conjoint peut donc être inclus aux consultations

a) Mode d'exercice

Le psychologue clinicien peut exercer à l'hôpital en tant que salarié. Il est alors proposé au couple lors de la consultation aux urgences ou du passage à l'hôpital. A l'hôpital de la Croix Rousse, le dispositif ENVOL comporte 2 psychologues spécialisés dans l'accompagnement des couples suite à une fausse couche. Ils organisent des consultations seules ou en groupe de parole permettant le partage d'expériences similaires.

Le psychologue peut avoir une activité libérale en cabinet ou centre de santé. Le couple peut alors les contacter directement.

b) Remboursement par la sécurité sociale

Depuis 2022, le dispositif « Mon parcours psy » permet à toute personne dès 3 ans de bénéficier de séances d'accompagnement psychologiques prises en charge par l'assurance maladie [43].

Le psychologue doit alors être conventionné. Le taux de remboursement est de 60% par la sécurité sociale, les 40% restant pouvant être remboursés par la complémentaire ou la mutuelle du patient [44] (Figure 4).

	Nombre maximum de séances	Tarif	Taux de remboursement
Entretien d'évaluation	1 séance unique	50 €	60 %
Séances de suivi psychologique	De 1 à 11 séances (maximum)	50 €	60 %

Figure 4 : Tarif des séances et taux de remboursement

Dans le cadre du dispositif, l'accès direct au remboursement est possible bien qu'il soit conseillé de consulter un médecin ou une sage-femme en amont. Celui-ci évalue les situations d'urgence, le risque suicidaire, et oriente vers la prise en charge adaptée.

Pour les mineurs, le médecin ou la sage-femme vérifie le consentement des titulaires de l'autorité parentale (parents ou tuteurs).

12 séances sont remboursées par la sécurité sociale depuis 2024, cependant le couple peut poursuivre les séances à ses frais.

Synthèse : La loi du 7 juillet 2023 vise à améliorer la prise en charge des femmes réalisant une fausse couche en impliquant des médecins, des psychologues et des sage-femmes dans un parcours de soin coordonné par les Agences Régionales de Santé. Les professionnels de santé peuvent être libéraux et/ou hospitaliers et une prise en charge par la sécurité sociale de l'aide psychologique est possible. Une protection de l'emploi jusqu'à 10 semaines après le diagnostic et le versement d'indemnités journalières lors d'un arrêt de travail sont par ailleurs établies.

IV) Méthode de l'étude

A) Type d'étude

a) Quantitative

La thématique de la thèse est le lien ville-hôpital dans la prise en charge des fausses couches spontanées. L'étude est quantitative observationnelle réalisée par auto-questionnaire.

La question de recherche est : Quel est le parcours de soin d'une patiente prise en charge pour fausses couches spontanées aux urgences gynécologiques de la Croix Rousse ?

L'objectif est la description du parcours de soin actuel, dans un but de comparaison avec celui présenté dans la loi du 7 juillet 2023.

Cette étude première s'intègre dans un ensemble de travaux permettant d'identifier les disparités entre le parcours de soin attendu par l'état et celui réalisé en pratique à l'hôpital de la Croix Rousse au cours de l'année 2024. Cela permettrait, dans des études secondaires, d'identifier les étapes du

parcours de soin potentiellement réalisables en ville et de déceler les éléments permettant une coordination ville-hôpital efficace dans le but d'améliorer la prise en charge des patientes.

b) Population étudiée

Un échantillon représentatif des femmes consultant aux urgences gynécologiques de l'hôpital de la Croix Rousse est obtenu par la sélection tous les mois de dossiers étant étiquetés sous les cotations : O03.4 grossesse arrêtée et O03.9 fausse couche spontanée complète/avortement spontané incomplet. Il comporte les femmes ayant recours à la PMA et ne distingue pas les fausses couches précoces (< 14 SA) des fausses couches tardives (entre 14 SA et 22 SA).

L'inclusion est réalisée du 1^{er} juin 2024 au 31 octobre 2024.

Les critères d'exclusions sont les fausses couches hémorragiques nécessitant une prise en charge chirurgicale dans les 12h, les grossesses extra-utérines et les mûles hydatiformes. Les femmes présentant une barrière de langue, n'ayant pas mentionné de numéro de téléphone ou de mail, ou ayant fait une erreur lors de leur mention dans le dossier sont de plus exclues de l'étude pour des raisons organisationnelles. Par ailleurs, les erreurs de cotation attribuant les étiquettes O03.4 ou O03.9 à des patientes ne présentant pas ce diagnostic sont exclues de l'étude.

B) Ethique et règlementaire

L'étude est basée sur le traitement de données sensibles sans donnée personnelle.

Il n'y a pas de codage de données, pas d'archivage, et donc pas de nécessité d'un accord de la CNIL. L'étude n'a pas d'objectif médical.

Le comité d'éthique des HCL coordonné par Mme Audrey MARTIN a donné son accord à la réalisation du projet le 10 octobre 2024. La demande d'examen par le comité a été obtenue avec l'aide de Mme Fanny JOUBERT, chargée d'études cliniques au Centre de Recherche Clinique de l'Hôpital de la Croix Rousse.

Un questionnaire anonyme a été réalisé sur le logiciel Red Cap avec l'aide Mme Sylvie THEVENON, data manager du Centre de Recherche Clinique de l'Hôpital de la Croix Rousse, et est envoyé à la patiente via l'adresse mail elena.beacco@chu-lyon.fr.

Une fiche d'information (Annexe 3) est jointe au mail pour compléter les informations transmises lors de l'appel.

Le consentement de la patiente est obtenu par un appel de la patiente sur son téléphone portable en amont de l'envoi du mail. Cet appel occasionne parfois un message laissé sur le répondeur invitant la patiente à recontacter l'investigateur.

Une fois la patiente contactée par téléphone et le questionnaire envoyé par mail, il n'y a pas de système de relance.

C) Les entretiens

La patiente est contactée par l'investigateur par téléphone dans le mois suivant son passage aux urgences gynécologique. Ce délai est choisi arbitrairement pour permettre à la patiente de réaliser le deuil nécessaire et d'initier un suivi post urgence, tout en gardant la proximité nécessaire avec la prise en charge pour limiter le biais de mémorisation.

Si celle-ci répond à l'appel, le guide d'entretien joint en Annexe 2 est suivi. Si la patiente accepte de participer à l'étude et confirme son adresse mail, le mail présent en Annexe 2 est envoyé auquel est joint la fiche d'information patiente. Une notification par mail est envoyée par le logiciel Red Cap lorsqu'un questionnaire est validé, mais il n'est pas possible de distinguer la patiente l'ayant rempli.

Dans le cas où la patiente ne répond pas au téléphone, le guide d'entretien Annexe 2 bis est suivi. Un message vocal est laissé sur le répondeur de la patiente l'invitant à recontacter l'investigateur. Deux jours après, le mail présent en Annexe 2 bis est envoyé sur l'adresse mail laissée dans le dossier. La patiente peut refuser l'envoi du mail en recontactant l'investigateur. Par ailleurs, un refus de sa participation est considéré d'office lorsque le questionnaire n'est pas rempli.

Dans le cas d'un numéro de téléphone/mail erroné ou indisponible, la patiente est exclue de l'étude.

Pour des raisons de respect de la patiente, il est arbitrairement choisi par l'investigateur de les contacter exclusivement en semaine, en dehors des jours fériés, et avant 18h.

D) Analyse des données

L'analyse des données a été réalisé avec l'aide de M. PRADAT, épidémiologiste du Comité de Recherche Clinique de l'Hôpital de la Croix Rousse.

245 patientes sont étiquetées sous les cotations O03.4 grossesse arrêtée et O03.9 fausse couche spontanée complète/avortement spontané incomplet entre le 1^{er} juin 2024 et le 31 octobre 2024.

39 patientes sont exclues de l'étude en raison : d'une prise en charge chirurgicale dans les 12h, d'une grossesse extra-utérines, de mûles hydatiformes, d'une barrière de la langue, d'un manque de numéro de téléphone ou de mail, d'erreur dans la mention de ces numéros ou mails et d'erreur de cotation avec des diagnostics ne correspondant pas aux étiquettes O03.4 ou O03.9.

206 patientes sont donc incluses dans l'étude et contactées par téléphone avant de recevoir le questionnaire par mail.

121 patientes ont répondu au questionnaire (Figure 5).

Les résultats de l'étude sont exportés le 13/11/24. 2 questionnaires ont été rendus après cette date et n'ont pas été comptabilisés.

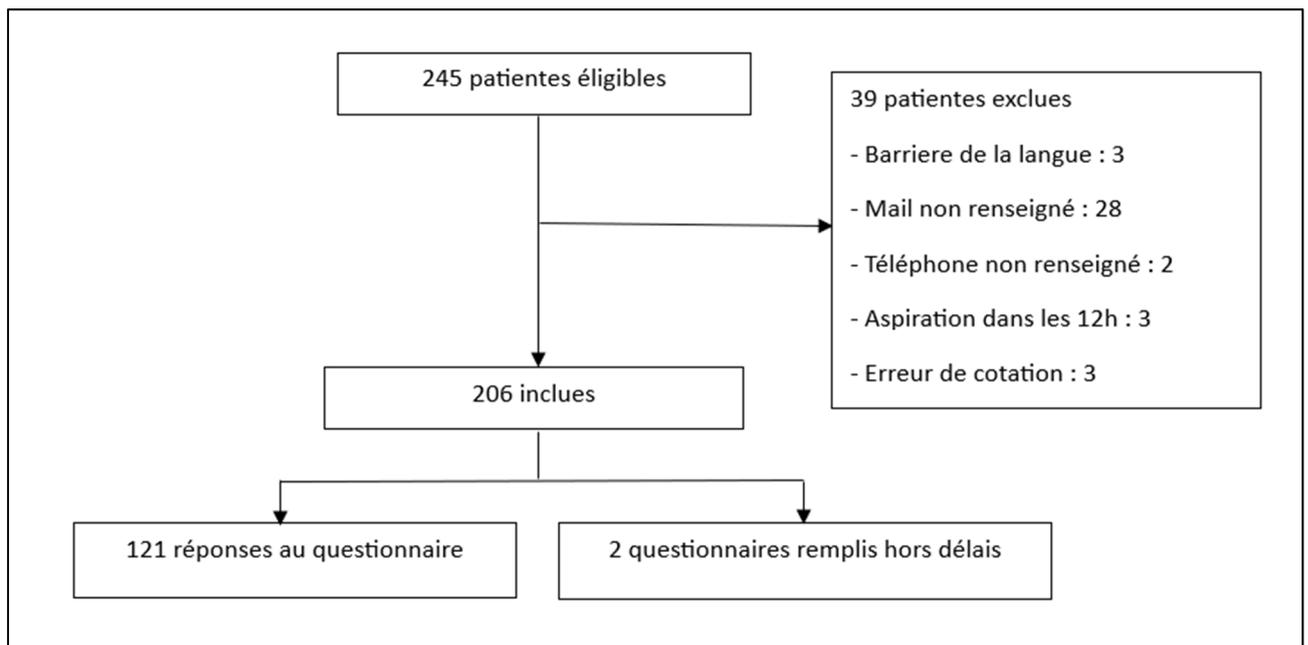


Figure 5 : Diagramme de flux de l'étude

V) Résultats

A) Analyse de la loi

Les résultats de l'étude sont analysés en comparaison avec les articles de la loi du 7 juillet 2023 disponibles en Annexe 1.

L'article se divise en différentes parties comprenant : le parcours de soin, le suivi psychologique, l'orientation, l'information et l'inclusion du partenaire dans une prise en charge pluridisciplinaire de la fausse couche spontanée.

Chaque partie de ces articles est analysée successivement à l'exception de la phrase « a pour objectif de développer la formation des professionnels » chapitre II bis qui n'est pas évaluée par le questionnaire.

a) Concernant le suivi médical pluridisciplinaire :

La loi mentionne « un parcours qui associe des professionnels médicaux », « médecins [...] et sages femmes », « dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire » avec « pour objectif [...] d'améliorer le suivi médical » article 1 et 4, chapitre II bis.

D'après les réponses au questionnaire, seulement 7.44% des femmes de l'échantillon ne sont pas suivies pour leur grossesse avant leur passage aux urgences gynécologiques. La majorité d'entre elles, 55.3%, réalise un suivi en ville par une sage-femme, et 16.5% d'entre elles consultent un médecin généraliste (tableau 1). 8 femmes ont un suivi conjoint par un médecin généraliste et une sage-femme, 1 femme par un médecin généraliste et un gynécologue-obstétricien, et 3 femmes par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien.

Dans le mois qui suit le passage aux urgences gynécologiques, 47.9% des femmes ne consultent pas de professionnel de santé. La majorité d'entre elles, 24.79%, réalise un suivi par un gynécologue-obstétricien. Seulement 13.2% d'entre elles consultent un médecin généraliste dont 3 en consultation conjointe avec une sage-femme, 1 en consultation conjointe avec un gynécologue-obstétricien, et 1 en consultation conjointe sage-femme et gynécologue-obstétricien (tableau 1).

Professionnel de santé consulté	Avant le passage aux urgences	Dans le mois suivant le passage aux urgences
Médecin généraliste	20 (16.5%)	16 (13.22%)
Sage-femme	67 (55.3%)	25 (20.66%)
Gynécologue-obstétricien	36 (29.8%)	30 (24.79%)
Pas de suivi	9 (7.44%)	58 (47.9%)

Tableau 1 : Suivi médical en amont et dans le mois suivant le passage aux urgences gynécologiques

b) Concernant l'orientation des femmes vers les urgences gynécologiques :

La loi mentionne « a pour objectif [...] d'améliorer l'orientation des femmes », article 1, ainsi que « chaque agence régionale de santé met en place un parcours de soin », article 1.

D'après les réponses au questionnaire, 27.3% des femmes consultent spontanément aux urgences gynécologique sans être adressées par un professionnel de santé. Cette orientation est faite dans 41.3% des cas par une sage-femme plutôt que par un médecin. Un médecin généraliste est à l'origine de

l'orientation d'une patiente vers les urgences dans 11.6% des cas, et un gynécologue obstétricien dans 27.3% des cas.

c) Concernant le suivi psychologique hospitalier et libéral :

La loi mentionne « un parcours qui associe [...] des psychologues hospitaliers et libéraux », avec « pour objectif de [...] faciliter leur accès à un suivi psychologique » article 1, chapitre II bis.

D'après les réponses au questionnaire, 79.3% des patientes ne présentent pas de suivi psychologique régulier avant leur passage aux urgences (tableau 2).

Dans le mois suivant le passage aux urgences gynécologiques, 81% des femmes ne consultent pas de psychologue, et 12% d'entre elles favorisent un psychologue libéral.

Pourtant, aux urgences gynécologiques, le dispositif ENVOL comprenant des psychologues hospitaliers a été proposé à 81 femmes (soit 67% d'entre elles).

Psychologue consulté	Avant le passage aux urgences	Dans le mois après le passage aux urgences
Hospitalier	2 (1.7%)	9 (7.4%)
Libéral	23 (19%)	15 (12.4%)
Pas de psychologue	96 (79.3%)	98 (81%)

Tableau 2 : Suivi psychologique des patientes en amont et dans le mois suivant le passage aux urgences gynécologiques

d) Concernant l'information des patientes :

La loi mentionne « ce parcours [...] vise à systématiser l'information des femmes ». Cette information comprend le phénomène d'interruption spontanée de grossesse, les possibilités de traitement, les dispositifs de suivi médical et les possibilités d'accompagnement psychologique.

Concernant la sensibilisation systématique des patientes :

D'après les résultats de l'étude, 77% des femmes semblent informées d'au moins un item parmi les quatre avant leur passage aux urgences. 91.7% des patientes rapportent avoir été informées aux urgences, 86.8% avoir été informées en consultation avec un professionnel dans le mois suivant leur passage aux urgences, (tableau 3).

Information donnée sur au moins un des items	Oui	Non
Avant le passage aux urgences	93 (77%)	28 (23%)
Aux urgences	111 (91.7%)	10 (8.3%)
Dans le mois après le passage aux urgences	105 (86.8%)	16 (13.2%)

Tableau 3 : Sensibilisation des femmes à propos du phénomène de fausse couche

Concernant le type d'information donnée aux patientes :

A la sortie des urgences gynécologiques, 70% des femmes sont informées de la fréquence et des traitements envisageables dans le cadre du diagnostic de fausse couche spontanée (tableau 4). Concernant les droits sociaux (Annexe 1, article2), 25.6% sont informées de leur existence avant leur passage aux urgences, 14% en ont été informées aux urgences et 3.3% après leur passage aux urgences.

Concernant le suivi psychologique réalisable, 22.3% des femmes ont connaissance de son existence avant le passage aux urgences, mais il est évoqué dans 15.7% des cas ou la patiente consulte un professionnel dans le mois après son passage aux urgences (tableau 4).

Information donnée sur	Fréquence	Traitement	Suivi médical	Suivi psychologique	Droits sociaux
Avant le passage aux urgences	76 (63%)	50 (41%)	40 (33%)	27 (22.3%)	31 (25.6%)
Aux urgences	85 (70.2%)	87 (72%)	78 (64.5%)	62 (51.2%)	17 (14%)

Après le passage aux urgences	/	/	42 (34.7%)	19 (15.7%)	4 (3.3%)
-------------------------------	---	---	------------	------------	----------

Tableau 4 : Type d'informations données aux patientes concernant le phénomène de fausse couche

Concernant la façon dont les patientes s'informent avant le passage aux urgences :

Avant d'être prises en charge aux urgences, 60% des patientes rapportent être informées par un professionnel de santé et 60% par internet. 34% des femmes ayant répondu « un proche » ou « autre » sont elles même des professionnels de santé (médecin généraliste, études médicales, sage-femme), ou ont un proche travaillant dans le domaine de la santé.

e) Concernant l'inclusion du partenaire en vue d'une prise en charge du couple :

La loi mentionne une prise en charge de la patiente et « le cas échéant de leur partenaire » dans les articles 1 et 2.

D'après les résultats de l'étude, la consultation médicale aux urgences est réalisée dans 43.8% des cas avec le conjoint contre 56.2% des cas seule (tableau 5).

La proposition d'une prise en charge psychologique via le dispositif ENVOL est faite aux deux membres du couple dans 39.7% des cas. Dans 25.6% des cas le conjoint n'est pas présent en consultation au moment où le dispositif est proposé.

72.7% des patientes consultent seules un psychologue dans le cas où elles réalisent un suivi psychologique dans le mois suivant leur passage aux urgences gynécologiques (tableau 5).

Présence du conjoint en consultation	Conjoint présent	Conjoint absent
Aux urgences gynécologiques	53 (43.8%)	68 (56.2%)
Avec le psychologue dans le mois après le passage aux urgences	6 (27.3%)	16 (72.7%)

Tableau 5 : Prise en charge du couple lors de la consultation aux urgences gynécologiques et lors de la consultation avec le psychologue dans le mois qui suit

B) Pour aller plus loin : une prise en charge à développer en ville

a) Concernant les examens complémentaires

Comme vu précédemment dans la partie II) C) a), le diagnostic de fausse couche spontanée se réalise de plusieurs façons : cliniquement, avec un dosage d'HCG et/ou avec une échographie endovaginale.

D'après les résultats de l'étude, la prise en charge d'une fausse couche spontanée aux urgences comporte dans 66% des cas une prise de sang et une échographie. En amont des urgences elle comporte dans 49% des cas une échographie seule, et dans 27% des cas une échographie et une prise de sang. Dans 17% des cas aucun examen n'est réalisé (tableau 6).

Examens complémentaires réalisés	Avant les urgences	Aux urgences
Prise de sang seule	6 (6.8%)	1 (0.8%)
Echographie seule	43 (49%)	38 (31.4%)
Prise de sang et échographie	24 (27.3%)	80 (66.1%)
Aucun examen	15 (17%)	2 (1.6%)

Tableau 6 : Examens complémentaires réalisés en amont et aux urgences gynécologiques pour le diagnostic de fausse couche spontanée

b) Concernant les liens ville-hôpital à renforcer :

Comme vu précédemment dans la partie I) B) a) et b), une communication entre la ville et l'hôpital est obligatoire dans le cadre d'un parcours de soin pluridisciplinaire et repose sur différents moyens.

D'après les résultats de l'étude, l'information est donnée par la patiente elle-même au professionnel de santé dans 42% des cas. Un compte rendu, est communiqué dans 28% des cas, et le DMP n'est que

peu utilisé dans 2.5% des cas. L'appel entre professionnels de santé n'est, de son côté, jamais rapporté 0% des cas.

VI) Discussion

A) Synthèse des résultats

Ainsi, d'après l'analyse des résultats, la plupart des femmes sont suivies sur le plan médical par une sage-femme et/ou un médecin en amont de leur passage aux urgences. A l'inverse, les femmes ne consultent que dans la moitié des cas un professionnel de santé dans le mois qui suit le passage aux urgences. Le parcours de soin proposé par la loi est donc respecté pour la grossesse, mais négligé à l'issue du traitement de la fausse couche. Hors, la loi de modernisation du système de santé parue au journal officiel en janvier 2016 pose l'intérêt d'une coordination entre les professionnels de ville et hospitaliers face au défi d'une prise en charge globale du patient [48]. Elle favorise des soins en amont de prévention en santé et sociale et, en aval, d'accompagnement médico-social permettant d'anticiper un retour à domicile dans les meilleures conditions

Pour compléter l'analyse du parcours de soin, d'après les résultats de l'étude, un quart des femmes se rendent spontanément aux urgences gynécologiques sans être orientées par un professionnel de santé. Lorsqu'un professionnel adresse une patiente, il s'agit majoritairement d'une sage-femme. De même, l'étude met en avant que la communication entre les professionnels de ville et hospitaliers dans le

cadre de la prise en charge d'une fausse couche spontanée aux urgences gynécologiques de l'hôpital de la Croix Rousse (HCL) repose majoritairement sur les informations données par la patiente elle-même. C'est elle qui rapporte les examens réalisés et les traitements qu'elle a reçus. Ainsi, de la même façon que pour l'analyse du suivi médical en amont et aval des urgences, le parcours de soin semble affaibli par l'absence de consultation préalable d'un professionnel de ville permettant une prévention du phénomène de fausse couche et une explication du parcours de soin qu'il implique.

D'ailleurs d'après les résultats de l'étude, l'information systématique des femmes semble respectée sur les aspects médicaux de la prise en charge de la fausse couche spontanée (fréquence, traitement, suivi médical). Avant le passage aux urgences, un quart des femmes n'a pas conscience du phénomène de fausse couche, et l'information semble être prodiguée autant par un professionnel de santé que par internet. Cette prévention semble être rattrapée par le passage aux urgences et la consultation d'un professionnel dans le mois qui suit, bien qu'elle reste partielle concernant le suivi psychologique et les droits sociaux disponibles dans le cadre de ce diagnostic. Il serait intéressant de renforcer l'information transmise par le professionnel de santé notamment en amont du passage aux urgences afin de favoriser sa fiabilité.

Sur le plan psychologique maintenant, d'après l'analyse des résultats, l'accès au suivi hospitalier semble correctement proposé aux urgences via le dispositif ENVOL. Cependant, le suivi dans le mois après le passage aux urgences gynécologiques n'est réalisé que dans un cinquième des cas et davantage en libéral. Les femmes sont donc insuffisamment suivies, malgré les conséquences d'un tel diagnostic qui sont mises en avant dans le II) E).

Par ailleurs, l'étude rapporte que le dispositif ENVOL n'est pas systématiquement proposé aux deux membres du couple. L'orientation psychologique concerne davantage la femme que son partenaire, avec seulement un quart des femmes consultant un psychologue accompagnées de leur conjoint après l'expérience d'une fausse couche spontanée. Hors la thèse réalisée par Justine RABUSSIER le 31 mai 2022 [49] à propos du vécu de la fausse couche spontanée par les hommes, met en avant un « traumatisme émotionnel éprouvant » de la part du conjoint. Les sentiments ressentis sont ceux de la tristesse et du deuil : choc, sidération, déception, chagrin, colère, désespoir puis désir d'investir de nouveaux projets tels qu'une nouvelle grossesse. Le conjoint est tiraillé entre le devoir de soutenir sa partenaire, dont la souffrance physique et psychique paraît prioritaire, et la gestion de ses propres émotions. La plupart des couples ressortent unis de cette épreuve mais lorsque l'incompréhension et le manque de communication dominant, des tensions peuvent apparaître. Cette thèse rapporte qu'au-delà d'un suivi psychologique individuel désiré par certains hommes, la prise en charge psychologique du couple leur semble la plus utile, ce qui est en accord avec la littérature sur le sujet. La situation

émotionnellement complexe vécue par les hommes se heurte au tabou de la société concernant la fausse couche et aux comportements attendus d'un homme, ne favorisant pas le dialogue [50]. L'émergence actuelle de groupes d'entraides et d'expression du deuil périnatal masculin (comme AGAPA [51] ou SPAMA [52]) est d'une grande importance pour l'amélioration de la prise en charge des hommes, et par extension du couple ayant vécu des fausses couches.

Pour renforcer ce propos, l'étude rapporte que les femmes réalisent les consultations médicales majoritairement seules aux urgences gynécologiques bien que le conjoint soit inclu dans 43% des cas. Ce qui ne permet pas une explication du phénomène au conjoint et une prévention de ses conséquences.

Enfin, les résultats de l'étude mettent en avant que diagnostic de fausse couche spontanée est réalisée dans la majorité des cas par une échographie endovaginale et une prise de sang aux urgences gynécologiques. Ces examens pouvant être réalisés en ville ; en France en 2023, 3 millions d'actes d'échographie, tout système confondu ont été cotés par des médecins généralistes [53] ; une consultation préalable au passages aux urgences gynécologiques pourrait être envisagée permettant la réalisation des examens paraclinique, une prévention du phénomène de fausse couche du couple, et un adressage optimisé dans le cadre d'un parcours de soin.

B) Forces de l'étude

Les forces de l'étude sont de plusieurs sortes.

Tout d'abord, le choix du sujet est basé sur une loi récente et un enjeu de santé publique. La prévalence de la fausse couche spontanée étant importante, le sujet est d'actualité ce qui a pu susciter un fort intérêt parmi les participantes. En effet plusieurs d'entre elles ont fait part du fait qu'elles étaient agréablement surprises que je réalise une thèse sur le sujet. Sur 206 inclues, 121 ont répondu au questionnaire ce qui correspond à 60% de participation à l'étude.

De plus, plusieurs femmes ont rapporté par mail que le questionnaire est simple d'utilisation et rapide à remplir. Le temps estimé pour son remplissage est de 4 minutes, ce qui a probablement encouragé la participation des patientes.

Le screening de toutes les femmes correspondant aux cotations O03.4 et O03.9 correspond à un nombre important de patientes éligibles : 245. Il permet une meilleure représentativité des opinions exprimées. Le screening est aussi renforcée par la réalisation de l'étude sur un temps long de juin à

octobre 2024, bien que la fréquence des fausses couches spontanées soit la même en été comme en hiver aux urgences de la Croix Rousse.

C) Biais

Pour rappel : La population cible du projet comporte toutes les femmes ayant reçu le diagnostic de fausse couche spontanée soit l'expulsion ou l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un fœtus avant 22 semaines d'aménorrhée.

Ainsi, de par son organisation, l'étude présente plusieurs biais.

Le plus important est un biais de sélection divisé en plusieurs catégories. L'étude est monocentrique réalisée aux urgences gynécologiques de l'Hôpital de la Croix Rousse à Lyon. Ce biais effet-centre limite la généralisation des résultats qui ne seront pas forcément retrouvés dans un service d'urgence ou une région différente. Cette limite est renforcée par la petite taille de l'échantillon (206 patientes).

Concernant l'échantillonnage, 39 patientes sur les 245 éligibles sont écartées de l'étude. Le biais de sélection se retrouve donc dans le biais de recrutement. Les femmes présentant une barrière de langue (3 patientes), n'ayant pas mentionné de numéro de téléphone ou de mail (30 patientes), ou ayant fait une erreur lors de leur mention dans le dossier, sont exclues de l'étude. Il est possible de supposer que ces femmes ont oublié de renseigner leurs coordonnées mais aussi qu'elle n'ont pas accès à internet ou à un téléphone portable. Le choix d'un sondage en ligne sans multiplier les moyens de diffusion peut donc avoir restreint la représentativité de l'échantillon en limitant les critères sociaux démographiques.

Concernant la participation au questionnaire, plusieurs biais sont à souligner. Tout d'abord le questionnaire n'est pas obligatoire, les femmes ont le choix d'y répondre ou non. Ainsi, il existe un biais d'auto sélection ou de non réponse correspondant au fait que les femmes ne participant pas ne pondèrent pas les résultats. Elles peuvent être moins suivies sur le plan médical ou moins au courant de la loi justement.

Ensuite, la fausse couche spontanée est un phénomène traumatisant [45],[46], ce qui crée un biais de mémoire dans les réponses. Une femme ayant vécu la perte comme une expérience difficile aura probablement tendance à répondre qu'elle n'a pas été informée correctement (questions 5, 6, 7) ou n'a pas reçu le suivi adapté (questions 12, 13, 16).

Ce biais appelé aussi de distorsion rétroactive se produit lorsque les participants se souviennent d'événements et d'expériences d'une manière qui répond à leurs besoins plutôt qu'à leur objectif

initial. Par exemple, elles vont orienter leur réponse vers un suivi psychologique non réalisé au lieu de répondre factuellement au fait qu'elle aient été informées ou non du fait qu'une aide psychologique puisse exister.

Enfin, le choix du questionnaire à choix multiples comme outil de collecte de données comporte des limites. Les formulations et les réponses proposées sont subjectives, ce qui peut introduire des biais de réponse. Par exemple, l'utilisation du terme « j'ai connaissance de » à la question 5 et 6 a pu perturber certaines participantes. De même, une fois la patiente contactée par téléphone et le questionnaire envoyé par mail, il n'y a pas de système de relance, ce qui a pu limiter le taux de réponse.

Pour terminer, l'étude présente une limite qui résulte du fait que la loi est effective depuis septembre 2024. D'après l'ARS et les réseaux de périnatalité, dont le Pr Pascal GAUCHERAND pour le réseau AURORE « Il n'y a pour le moment pas de protocole spécifique du réseau sur ce thème précis » et « il existe un délai de plusieurs années entre l'entrée en vigueur de la loi et sa réalisation en pratique ».

Ainsi, il est possible de conclure quant à la validité externe de l'étude correspondant à la généralisation des résultats à la population cible. Elle est réduite par le biais effet centre qui diminue la validité de population (l'échantillon expérimental présente des critères sociaux économiques propres) sans modifier la validité écologique (l'environnement au moment de la réponse au questionnaire ne modifie pas le comportement des participantes, le contexte expérimental reste le même).

Concernant la validité interne, correspondant à la fiabilité des résultats, elle est réduite par le biais de sélection et les différentes facettes qu'il comporte (recrutement), ainsi que les biais de réponses au questionnaire (auto sélection, mémoire) [47].

Par ailleurs, la participation de 60% des patientes et la réalisation du questionnaire sur un temps long impacte à la fois la validité interne et la validité externe. La taille de l'échantillon et le biais de sélection ne permettent pas de prendre en compte les caractéristiques des sous-groupes de patientes exclues ou autosélectionnées ce qui diminue la représentativité de l'échantillon de recherche.

L'étude est donc descriptive, observationnelle et quantitative avec un niveau de preuve faible, mais celle-ci pourrait être améliorée par la réalisation d'une étude multicentrique avec une taille d'échantillon plus importante.

VII) Conclusion

Pour conclure, le diagnostic de fausse couche spontanée est fréquent concernant une femme enceinte sur cinq par an. C'est un événement, pouvant être vécu comme une épreuve physique et psychologique par les deux membres d'un couple. Sa prise en charge repose sur des examens cliniques et paracliniques réalisés en ville et/ou à l'hôpital. Le traitement, principalement hospitalier, est réalisé aux urgences gynécologiques, la patiente n'étant hospitalisée que dans un cas de complication ou de prise en charge chirurgicale.

La loi du 7 juillet 2023 vise à la création d'un parcours de soin permettant d'améliorer la prise en charge des fausses couches spontanées. Il promet un renforcement du suivi, une prise en charge pluridisciplinaire, une amélioration de l'aide psychologique, et une information systématique des patientes par des professionnels formés.

L'étude réalisée dans le cadre de cette thèse donne un aperçu du parcours de soin des femmes consultant pour fausse couche spontanée à l'hôpital de la Croix Rousse pendant l'année 2024. Avec un

taux de participation de 60%, 121 questionnaires ont pu être analysés sur les 206 patientes incluses, permettant de réaliser une étude descriptive, observationnelle et quantitative.

Les résultats mettent en avant que la grossesse est généralement suivie par une sage-femme et/ou un médecin avant la prise en charge de la fausse couche aux urgences gynécologique. Cependant, dans le mois qui suit cette prise en charge, le suivi médical est moins systématique. Par ailleurs, les femmes ayant fait une fausse couche ne sont pas nécessairement orientées vers les urgences par un professionnel de santé, bien que la prise en charge ne soit pas urgente et qu'une consultation en ville préalable puisse être réalisée. L'accompagnement psychologique paraît insuffisant, bien que les psychologues hospitaliers soient accessibles, car la majorité des patientes ne bénéficie pas d'un suivi psychologique après une fausse couche spontanée. L'information exhaustive sur le phénomène est assurée par une prise en charge aux urgences couplée à la consultation d'un professionnel de santé dans le mois suivant le traitement, mais en l'absence de ces échanges, les femmes se renseignent essentiellement sur internet diminuant la fiabilité des ressources consultées. Par ailleurs, trop peu de femmes consultent un professionnel dans le mois suivant leur prise en charge. Peu importe le mode d'information, le discours est partiel concernant le suivi psychologique et les droits sociaux disponibles dans le cadre de ce diagnostic.

Sur le plan du diagnostic, la fausse couche spontanée est réalisée dans la majorité des cas par une échographie endovaginale et une prise de sang. La coordination entre les professionnels de santé en ville et les urgences gynécologiques de l'hôpital de la Croix Rousse (HCL) repose majoritairement sur les informations données par la patiente elle-même et non sur une communication entre professionnels.

Enfin, une observation majeure porte sur l'exclusion du conjoint de la prise en charge : les patientes réalisent les consultations médicales majoritairement seules et l'orientation psychologique n'est que peu proposée au couple. Cela entraîne un accompagnement de la patiente uniquement et non des deux partenaires après l'expérience d'une fausse couche spontanée.

Ainsi, quatre recommandations peuvent être issues des résultats de cette étude. La première est que l'information exhaustive à propos du phénomène de fausse couche pourrait être envisagée en amont du passage aux urgences. Une consultation systématique du couple avec un professionnel de santé en ville pourrait regrouper à la fois les aspects techniques, psychologiques et sociaux de l'accompagnement. Elle permettrait un temps d'information fiable, incluant le conjoint, avant un adressage optimisé aux urgences dans le cas où il est nécessaire. Cette consultation pourrait par exemple être réalisée par un médecin généraliste, qui serait en mesure d'anticiper les examens

paracliniques chez les patientes qui ne présentent pas de prise en charge urgentes. Un adressage optimisé et mieux informé en amont limiterait les consultations spontanées aux urgences ce qui favoriserait une réduction du temps d'attente hospitalier. Il permettrait une modération du stress et une inclusion plus importante du conjoint permettant de réduire les traumatismes surajoutés au diagnostic.

La deuxième recommandation est que les consultations médicales prévues par la loi en amont, pendant et après le passage aux urgences pourraient être envisagées avec les deux partenaires. Elles permettraient une information, une orientation et une prise en charge conjointe limitant l'impact psychologique que le diagnostic peut avoir sur le couple. La troisième recommandation est que l'accès à un psychologue hospitalier pourrait être proposé aux deux partenaires, et un rendez-vous programmé d'office en sortie de consultation. A défaut, une consultation systématique avec un professionnel dans le mois suivant le passage aux urgences, pourrait être envisagée. Elle serait réalisée par un médecin généraliste par exemple, qui orienterait le couple vers un psychologue si nécessaire.

Pour finir, la quatrième recommandation est que la prise en charge pourrait être améliorée selon la loi par un partage d'informations fiables entre les structures hospitalières et de ville reposant sur des liens solides entre les deux structures. Un parcours de soin permettrait d'améliorer le suivi, la coordination, et la fiabilité des informations données.

Ainsi les médecins généralistes pourraient être inclus davantage dans le parcours de soin des femmes réalisant une fausse couche spontanée avec une prise en charge non urgente, que ce soit sur le plan médical comme psychologique en amont et aval du passage à l'hôpital. La loi étant entrée en application en septembre 2024, il serait intéressant de réaliser un questionnaire équivalent dans un an afin d'évaluer les parcours de soin mis en place. A l'hôpital de la Croix Rousse (HCL), la communauté professionnelle territoriale de santé CPTS Croix Rousse Presqu'île est intéressée par la coordination de ce parcours de soin. Il serait possible d'en évaluer l'efficacité dans une étude complémentaire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Yang J, Hartmann K, Savitz D, Herring A, Dole N, Olshan A et al. Vaginal bleeding during pregnancy and preterm birth. *American Journal of Epidemiology* 2004 ; 160 : 118-25
- [2] Coquel P, Bault J-P, Ville Y. Douleurs pelviennes et métrorragies au cours du premier trimestre. Dans Coquel P, Bault J-P, Ville Y, eds. *Pratique de l'échographie obstétricale au premier trimestre*. 2ème ed. Montpellier : Sauramps Médical ; 2010. p.57-75
- [3] Lejeune V. Métrorragies du premier trimestre. Dans : Marpeau L, eds. *Traité d'obstétrique*. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. p. 166-75. Etiologie metrorragie du T1 décroissantes : FCS (avortement spontanée), metrorragie sur GIU évolutive, GEU, Grossesse molaire
- [4] legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=uixn4vDFFJU_veW4xSVamsQqXloj1rNUQUJGj9Kdan8=

[5]https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/20133/05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_desuivirecommande.pdf

[6] <https://www.ramsaysante.fr/vous-etes-patient-en-savoir-plus-sur-ma-pathologie-maternite/suivi-de-grossesse-les-rendez-vous-et-les-differents-tests-passer>

[7]https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

[8] <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/EPP>

[9]<https://www.ameli.fr/assure/sante/devenir-parent/grossesse/grossesse-en-bonne-sante/grossesse/grossesse-soins-dentaires-dentiste-consultation>

[10] <https://www.dmp.fr/>

[11] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231339/document>

[12] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/e._baz_presentation_instruction_rsp_22_mars_2016.pdf

[13]<https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/sage-femme/reseaux-de-perinatalite>

[14] <https://www.aurore-perinat.org/>

[15] <https://www.vie-publique.fr/loi/288561-fausses-couches-accompagner-les-femmes-victimes-loi-7-juillet-2023>

[16]<https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/glossaire-medical/gynecologie/fausse-couche>

[17] Delabaere A, Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Gallot V, Nedellec S, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2014;43(10):764-75.

- [18] Toupet A, Théau A, Goffinet F, Tsatsaris V. Pertes de grossesse à répétition : étiologies et bilan, le point de vue du gynécologue-obstétricien. *La Revue de Médecine Interne*. 1 mars 2015;36(3):182-90.
- [19] Nagaishi M, Yamamoto T, Iinuma K, Shimomura K, Berend SA, Knops J. Chromosome abnormalities identified in 347 spontaneous abortions collected in Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2004;30(3):237-41.
- [20] <https://www.eurofins-biomnis.com/campus-coagulation/syndrome-des-antiphospholipides/sapl-criteres-diagnostiques-classification/>
- [21] Toupet A, Théau A, Goffinet F, Tsatsaris V. Pertes de grossesse à répétition : étiologies et bilan, le point de vue du gynécologue-obstétricien. *La Revue de Médecine Interne*. 1 mars 2015;36(3):182-90.
- [22] Twig G, Shina A, Amital H, Shoenfeld Y. Pathogenesis of infertility and recurrent pregnancy loss in thyroid autoimmunity. *Journal of Autoimmunity*. 1 mai 2012;38(2):J275-81.
- [23] Levi AJ, Raynault MF, Bergh PA, Drews MR, Miller BT, Scott RT. Reproductive outcome in patients with diminished ovarian reserve. *Fertility and Sterility*. 1 oct 2001;76(4):666-9.
- [24] Hirahara F, Andoh N, Sawai K, Hirabuki T, Uemura T, Minaguchi H. Hyperprolactinemic recurrent miscarriage and results of randomized bromocriptine treatment trials. *Fertility and Sterility*. 1 août 1998;70(2):246-52.
- [25] Andersen A-MN, Andersen PK, Olsen J, Grønbæk M, Strandberg-Larsen K. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *International Journal of Epidemiology*. 1 avr 2012;41(2):405-13.
- [26] https://www.researchgate.net/figure/Place-of-calipers-for-gestational-sac-measurement-with-ultrasonography_fig1_269176406
- [27] https://cngof.fr/app/pdf/RPC/RPC%20DU%20CNGOF/2014/CNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf?x55732

[28] <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/prises-en-charge-des-fausses-couches-precoces-en-ville>

[29] https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/2024/RPC_CNGOF-Prevention%20de%20l%27alloimmunisation%20anti%20RH1.pdf

[30] <https://recomedicales.fr/recommandations/fausses-couches-repetees/>

[31] <https://www.hello-maman.com/procreation-medicalement-assistee-quand-doit-on-lenvisager/>

[32] https://www.avocat-dalmas-prevost.com/l-acte-de-l-enfant-ne-sans-vie---quelles-consequences-_ad417.html

[33] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/2023-09-01

[34] Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. *Devenir*. 2009;21(3):143.

[35] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : les pertes de grossesse. 2016.

[36] Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. avr 2007;21(2):229-47.

[37] [file:///C:/Users/elena/Downloads/M-SM2019-009%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/elena/Downloads/M-SM2019-009%20(2).pdf)

[38] Tournebise T. Fausse couche un deuil à prendre en compte [Internet]. 2009, [consulté le 5 oct 2017]. Disponible sur : http://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/fausse_couche.htm

[39] https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03769730v1/file/ThEXE_Justine_RABUSSIER_DUMAS.pdf

[40] Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*. mai 2021;397(10285):1658-67.

[41] Lacroix P, Got F, Callahan S, Séjourné N. La fausse couche : du côté des hommes. Psychol Fr. sept 2016;61(3):207-17.

[42] <https://www.vie-publique.fr/loi/288561-fausses-couches-accompagner-les-femmes-victimes-loi-7-juillet-2023>

[43] <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/remboursement-seance-psychologue-mon-soutien-psy>

[44] <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R62389>

[45] ABBOUD L. N., LIAMPUTTONG P. : Pregnancy loss : what it means to women who miscarry and their partners. Social Work in Health Care, 2003 ; 26 (3) : 37-62

[46] ADOLFSSON A., LARSSON P.G., WIJMA B., BERTERÖ C. : Guilt and emptiness : women's experiences of miscarriage. Health Care for Women International, 2004 ; 25 : 543-560

[47] <https://pharmacomedicale.org/?view=category&id=106>

[48] <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

[49] file:///C:/Users/elena/Downloads/ThEXE_Justine_RABUSSIER_DUMAS.pdf

[50] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01945470/document>

[51] <https://association-agapa.fr/>

[52] <https://www.association-spama.com/deuil-perinatal/>

[53] <https://omniprat.org/fiches-pratiques/echographie/echographie-en-medecine-generale/>

ANNEXES

Annexe 1 : Loi du 7 juillet 2023

LOIS

LOI n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche (1)

NOR : SPRX2306498L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1^{er}

I. – Après le chapitre II du titre II du livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre II *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE II BIS

« INTERRUPTION SPONTANÉE DE GROSSESSE

« Art. L. 2122-6. – Chaque agence régionale de santé met en place un parcours qui associe des professionnels médicaux et des psychologues hospitaliers et libéraux, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes et, le cas échéant, leur partenaire confrontés à une interruption spontanée de grossesse.

« Ce parcours a pour objectifs de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques des interruptions spontanées de grossesse, d'améliorer l'orientation des femmes et, le cas échéant, de leur partenaire qui y sont confrontés, de faciliter leur accès à un suivi psychologique et d'améliorer le suivi médical des femmes qui ont subi une interruption spontanée de grossesse. Il vise à systématiser l'information des femmes et, le cas échéant, de leur partenaire sur le phénomène d'interruption spontanée de grossesse, sur les possibilités de traitement ou d'intervention et sur les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles. »

II. – Le I s'applique à compter du 1^{er} septembre 2024, après recensement, par les agences régionales de santé, des modalités de prise en charge spécifiques mises en place par les établissements et les professionnels de santé de leur ressort pour accompagner les femmes et, le cas échéant, leur partenaire confrontés à une interruption spontanée de grossesse.

Article 2

I. – Après l'article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 323-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 323-1-2. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 323-1, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée, l'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 est accordée sans délai. »

II. – Le II de l'article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 est complété par un 7^e ainsi rédigé :

« 7^e Au congé de maladie faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée. »

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^{er} Au 9^e de l'article L. 169-2, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

2^e Au 10^e de l'article L. 16-10-1, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « neuvième » ;

3^e A l'article L. 622-1, après la référence : « L. 323-1-1 », est insérée la référence : « , L. 323-1-2 ».

IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1^{er} Le cinquième alinéa de l'article L. 732-4 est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les indemnités journalières sont servies à l'expiration d'un délai de carence aux assurés ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime. La durée d'indemnisation est plafonnée.

« Par dérogation au cinquième alinéa du présent article, l'indemnité journalière versée à l'assuré pour la première incapacité de continuer ou de reprendre le travail est accordée sans délai en cas :

« a) De décès de son enfant âgé de moins de vingt-cinq ans ou de décès d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans dont l'assuré a la charge effective et permanente, dans un délai de treize semaines à compter de cette date ;

« b) De constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée. » ;

2° Après la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 781-21, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, en cas de constat d'une incapacité de travail faisant suite à une interruption spontanée de grossesse ayant eu lieu avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée, l'indemnité journalière est accordée sans délai. »

V. – Les I à IV du présent article sont applicables aux arrêts de travail prescrits à compter d'une date prévue par décret, et au plus tard du 1^{er} janvier 2024.

Article 3

Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 1225-4-2, il est inséré un article L. 1225-4-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1225-4-3. – Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'une salariée pendant les dix semaines suivant une interruption spontanée de grossesse médicalement constatée ayant eu lieu entre la quatorzième et la vingt et unième semaine d'aménorrhée incluses.

« Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à l'interruption spontanée de grossesse. » ;

2° A l'article L. 1225-6, après la référence : « L. 1225-4 », est insérée la référence : « , L. 1225-4-3 ».

Article 4

Le I de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après la seconde occurrence du mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou une sage-femme » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « En cas d'interruption spontanée de grossesse, le partenaire de la patiente peut également faire l'objet d'un adressage par la sage-femme. » ;

2° Au dernier alinéa, après le mot : « médecins », il est inséré le mot : « , sages-femmes ».

Article 5

Au premier alinéa du II de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, après le mot : « article », sont insérés les mots : « , qui évalue également l'accessibilité du dispositif pour les couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse, ».

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 7 juillet 2023.

EMMANUEL MACRON

Par le Président de la République :

La Première ministre,

ÉLISABETH BORNE

*Le ministre du travail,
du plein emploi et de l'insertion,*

OLIVIER DUSSOY

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

FRANÇOIS BRAUN

*Le ministre de la transformation
et de la fonction publiques,*

STANISLAS GUERINI

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

BRUNO LE MAIRE

*Le ministre de l'agriculture
et de la souveraineté alimentaire,*

MARC FESNEAU

*Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées,*

JEAN-CHRISTOPHE COMBE

*La ministre déléguée auprès de la Première ministre,
chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes,
de la diversité et de l'égalité des chances,*

ISABELLE ROME

Annexe 2 : Guide d'entretien

Patiente répondant au téléphone :

Bonjour Madame, je m'appelle Elena BEACCO je suis interne de médecine à l'hôpital de la Croix Rousse, je peux vous déranger 5 minutes ?

Je me permets de vous contacter car vous avez consulté aux urgences le ... pour un diagnostic de fausse couche. Tout d'abord comment vous sentez vous depuis ?

Je réalise actuellement une étude dans le cadre de ma thèse d'exercice qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes vivant un épisode de fausse couche spontanée. Il s'agit d'un questionnaire à remplir que je vous envoie par mail à propos du parcours de soin que vous avez reçu. Il est complètement anonyme et n'a pas de conséquence sur votre prise en charge. Il comporte 19 questions et prend environ 4 minutes à être rempli.

Seriez-vous d'accord pour que je vous l'envoie sur le mail que vous avez laissé à l'accueil des urgences ? c'est bien le

Une fiche d'information est jointe à ce mail et reprend les informations nécessaires, vous y trouverez mon mail et mon numéro de téléphone.

Je reste disponible à tout moment n'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions.

Je ne vous dérange pas plus et vous souhaite une très bonne journée

Merci et au revoir

Annexe 2 bis : Guide d'entretien

Patiente ne répondant pas au téléphone, message laissé sur le répondeur

Bonjour Madame, je m'appelle Elena BEACCO je suis interne de médecine à l'hôpital de la Croix Rousse.

Je me permets de vous contacter car vous avez consulté aux urgences le ... pour un diagnostic de fausse couche.

Je réalise actuellement une étude dans le cadre de ma thèse d'exercice qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes vivant un épisode de fausse couche spontanée. Il s'agit d'un questionnaire à remplir que je vous envoie par mail à propos du parcours de soin que vous avez reçu. Il est complètement anonyme et n'a pas de conséquence sur votre prise en charge. Il comporte 19 questions et prend environ 4 minutes à être rempli. Vous êtes libres de le remplir ou non.

Je vous laisse me recontacter à ce même numéro le 06 34 64 25 49 pour que nous puissions échanger à ce propos.

Si vous êtes d'accord, je vous l'enverrai sur le mail que vous avez laissé à l'accueil des urgences ?

Une fiche d'information est jointe à ce mail et reprend les informations nécessaires, vous y trouverez mon mail et mon numéro de téléphone.

Je reste disponible à tout moment n'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions.

Je ne vous dérange pas plus et vous souhaite une très bonne journée

Merci et au revoir

Annexe 3 : fiche d'information patiente



NOTE D'INFORMATION

Etat des lieux du parcours de soin des patientes victimes de fausses couches spontanées



Promoteur :	Investigateur coordonnateur
Université Claude Bernard Lyon 1 Directeur de Thèse : Dr Marion CORTET, MCU-PH hôpital de la Croix Rousse, Lyon	BEACCO Elena (interne de médecine générale) 06 34 64 25 49 elena.beacco10@gmail.com

INFORMATIONS SUR LA RECHERCHE

Madame, vous avez été prise en charge aux urgences de l'hôpital de la Croix Rousse dans le cadre d'une fausse couche spontanée.

Elena BEACCO, interne de médecine générale, vous propose de participer à une recherche de type non interventionnelle, qui a pour objectif de décrire le parcours de soin des patientes consultant aux urgences pour ce diagnostic. Cette étude a pour but d'améliorer la prise en charge des patientes, et entre dans le cadre d'une thèse d'exercice.

Elena BEACCO est l'investigateur de l'étude, à savoir la personne chargée de réaliser la recherche.

La notice d'information qui vous est remise a pour but de vous présenter le projet. Nous vous encourageons à prendre le temps nécessaire pour la lire, et à poser les questions qui s'y rapportent à l'investigateur. Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes et disposé d'un délai suffisant de réflexion, vous pourrez décider si vous acceptez de participer au projet.

Vous êtes libre d'y participer ou non.

L'OBJECTIF DE L'ÉTUDE

La perte de sang au premier trimestre d'une grossesse (appelée métrorragie), est le motif de consultation le plus fréquent aux urgences gynécologiques. Plusieurs études rapportent qu'une femme sur quatre présentera ces symptômes au cours de sa vie. Bien que la grossesse évolue favorablement dans 50% des cas, la complication redoutée par les patientes est l'avortement spontané ou fausse couche spontanée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit la fausse couche spontanée comme l'extraction hors de la mère d'un embryon ou fœtus avant 22 semaines d'aménorrhées (SA). Elle est due dans 70% des cas à une anomalie génétique, et complique 10 à 20% des grossesses connues. Elle peut être précoce (avant 14 SA), ou tardive (entre 14 et 22 SA, < 1% des grossesses).

Chaque année, 200 000 femmes en seraient victimes d'après le gouvernement, qui fait de sa prise en charge une question politique actuelle. Le 7 juillet 2023, une loi est promulguée dans le Journal Officiel impliquant chaque agence régionale de santé. Elle dénonce la volonté politique de faciliter l'orientation, l'information et le suivi médical des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse.

Cependant, la disparité des modes de prise en charge et la définition du parcours de soin attendu par le gouvernement appelle à réaliser un état des lieux du parcours de soin actuel.

L'objectif de cette étude est alors de décrire celui d'un échantillon représentatif de femmes ayant consulté aux urgences de la Croix Rousse, avec pour question de recherche : Quel a été le parcours de soin des femmes consultant pour fausse couche spontanée à la Croix Rousse ?

L'échantillon choisi est consécutif et réalisé en sélectionnant les femmes ayant consulté aux urgences de la Croix Rousse pour fausse couche spontanée selon des critères d'inclusion.

L'analyse des résultats permet d'identifier les disparités, les étapes du parcours de soin potentiellement réalisables en ville, et les éléments permettant une coordination ville-hôpital efficace.

COMMENT SE DÉROULE L'ÉTUDE

Suite à un appel téléphonique avec l'investigateur BEACCO Elena, vous recevrez un questionnaire par mail de 19 questions. Ce questionnaire vous demandera environ 4 minutes pour le remplir. Par la suite, vous devez renvoyer le questionnaire à l'investigateur qui analysera les réponses.

Vous pouvez bien entendu joindre l'investigateur par téléphone (coordonnées p.1) à tout moment si vous avez des questions et vous retirer de l'étude sans aucune conséquence.

Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter le médecin responsable de l'étude, Mme BEACCO Elena, mail : elena.beacco10@gmail.com

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 4 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

environ 4 min

Si vous remplissez ce questionnaire, c'est que vous avez consulté au moins une fois aux urgences gynécologiques pour la prise en charge d'une fausse couche précoce. L'objectif de ce questionnaire est de décrire le parcours de soin des femmes consultant aux urgences gynécologiques pour ce diagnostic dans le but d'améliorer leur prise en charge, et entre dans le cadre d'une thèse d'exercice. Cette étude dépend de vos réponses à ce questionnaire de 19 questions qui se structure en 3 parties distinctes. Le remplir signifie votre accord à son utilisation à des fins de recherche. En vous remerciant pour votre aide précieuse.

*Il s'agit d'un **QCM** (questionnaire à choix multiples), vous pouvez donc sélectionner **une ou plusieurs réponses** aux questions proposées.*

Partie 1 : Concernant votre prise en charge AVANT votre passage aux urgences gynécologiques :

1. Sur le plan de la grossesse, vous êtes suivie par :

- un médecin généraliste
- une sage femme
- un gynécologue obstétricien
- un autre professionnel de santé, préciser :
- je ne suis pas suivie par un professionnel de santé

2. Sur le plan psychologique, vous êtes suivie par :

- un psychologue
- un médecin généraliste
- un autre professionnel de santé, préciser :
- je ne suis pas suivie par un professionnel de santé

3. Avant de consulter aux urgences, j'ai consulté :

- un médecin généraliste
- une sage femme
- un gynécologue obstétricien
- un autre professionnel de santé, précisez :
- aucun professionnel de santé

4. Si vous avez été orienté par un professionnel de santé, celui-ci a réalisé avant de vous adresser :

- une prise de sang seule
- une échographie seule
- une échographie et une prise de sang
- aucun examen

5. Sur le plan des connaissances que j'ai de la fausse couche avant mon passage aux urgences gynécologiques, je suis consciente de :

- sa fréquence
- ses modalités de traitement
- du suivi médical à réaliser
- de l'accompagnement psychologique à réaliser
- aucune de ces informations

6. Sur le plan légal de la loi du 7 juillet 2023 à propos de la prise en charge des fausses couches, j'ai connaissance du :

- droit à une indemnité journalière
- droit à un congé maladie
- droit à une protection sociale concernant une rupture de contrat de travail
- je n'ai pas connaissance de cette loi

7. Concernant les connaissances que j'ai sur la fausse couche, j'ai été informée par :

- un professionnel de santé
- des proches
- internet
- une autre méthode : préciser :

Partie 2 : Concernant votre prise en charge AUX urgences gynécologiques :

8. Aux urgences, la consultation a été réalisée en présence :

- du conjoint
- d'une connaissance ou un membre de la famille
- seule

9. Aux urgences, les examens qui ont été réalisés sont :

- une prise de sang seule
- une échographie seule
- une prise de sang et une échographie
- une consultation seule sans examen complémentaire

10. A l'issu du diagnostic, le traitement reçu a été :

- une méthode médicamenteuse
- une méthode chirurgicale (aspiration curetage)
- une méthode médicamenteuse suivie d'une méthode chirurgicale (aspiration curetage)
- une évacuation spontanée (sans médicament, ni d'aspiration curetage)

11. Aux urgences, vous a t on proposé une prise en charge psychologique hospitalière (dispositif ENVOL)

- oui
- non

12. Aux urgences, a-t-on proposé à votre conjoint, ou vous a-t-on proposé d'être accompagnée de votre conjoint lors d'une prise en charge psychologique hospitalière (dispositif ENVOL)

- oui
- non
- conjoint non présent/absent

13. Aux urgences et a propos du diagnostic de fausse couche, vous a-t-on informée de :

- sa fréquence
- ses modalités de traitement
- du suivi médical à réaliser
- de l'accompagnement psychologique à réaliser
- de vos droits légaux selon la loi du 7 juillet 2023
- aucune de ces informations

Partie 3 : Concernant votre prise en charge APRÈS les urgences gynécologiques :

14. Après votre passage aux urgences, avez-vous consulté un professionnel de santé :

- un médecin généraliste
- une sage femme
- un autre professionnel de santé
- aucun professionnel de santé

15. Si oui, comment a-t-il eu connaissance du diagnostic :

- par un compte rendu des urgences gynécologiques
- par vos explications
- par l'appel d'un professionnel de santé
- par la consultation de votre DMP personnel (dossier médical partagé en ligne)

16. Si oui, le professionnel de santé vous a-t-il informé :

- du suivi médical à réaliser
- de l'accompagnement psychologique à réaliser
- de vos droits sociaux
- aucune des informations ci-dessus

17. Avez vous eu recours à un de ces droits sociaux :

- arrêt de travail pour congés maladie
- indemnité journalière sans délai de carence si incapacité de travail
- aucun de ces droits

18. Après votre passage aux urgences, avez vous consulté un psychologue :

- hospitalier (dispositif ENVOL)

- libéral
- je n'ai pas consulté de psychologue

19. Si vous avez consulté un psychologue, étiez vous accompagnée de votre conjoint :

- oui
- non

Merci de votre participation !

Annexe 5 : Accord du comité d'éthique



3, QUAI DES CELESTINS
69002 LYON – FRANCE
B.P. 2251 – 69229 LYON CEDEX 02

**COMITE D'ETHIQUE N° IRB
IRB00014232**

Audrey MARTIN
Directrice de la Mission Ethique
Tél : 04 72 40 75 68
audrey.martin02@chu-lyon.fr

Jean-François MORNEX
Président
Tél : 04 72 35 73 85
jean-francois.mornex@chu-lyon.fr

Damien SANLAVILLE
Vice-Président
Tél : 04 72 12 96 95
damien.sanlaville@chu-lyon.fr

Madame Beacco Eléna

Lyon, le 17 octobre 2024

Objet : Avis favorable 202410 10_19

Madame,

Le Comité d'éthique des Hospices Civils de Lyon, réuni en séance plénière le 10 octobre 2024, a donné un avis favorable à votre projet de thèse : Etat des lieux du parcours de soin des patientes victimes de fausses couches spontanées »

Je vous prie de croire, Madame, à l'assurance de ma considération distinguée.

Jean François Mornex
Président du comité d'éthique des HCL

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J.F. Mornex', written over a horizontal line.

Annexe 6 : Mails envoyés aux patientes de l'étude contactées par téléphone

Objet : Questionnaire à propos de votre parcours de soin

elena.beacco@chu-lyon.fr

Bonjour Madame,

Tout d'abord je tiens à vous remercier pour notre échange téléphonique et à l'intérêt porté à cette étude.

Comme convenu, voici le lien contenant le questionnaire à remplir :

<https://redcap.chu-lyon.fr/redcap/surveys/?s=TTDFKLM8JX>

Ce lien est unique et le questionnaire est totalement anonyme.

Une fiche d'information où vous trouverez mes coordonnées est jointe à ce mail permettant de compléter notre échange.

Je reste à votre disposition pour toute demande complémentaire.

En vous souhaitant une très bonne journée et vous remerciant de nouveau pour votre participation.

Très cordialement,



BEACCO Elena

Interne de médecine générale

Hôpital de la croix Rousse

Annexe 6 bis : Mail envoyé dans le cas d'un message laissé sur le répondeur de la patiente

Objet : Questionnaire à propos de votre parcours de soin

elena.beacco@chu-lyon.fr

Bonjour Madame,

Je m'appelle Elena BEACCO, je suis une interne de médecine travaillant à l'hôpital de la Croix rousse.

Je vous ai laissé un message vocal sur votre portable vous proposant de remplir un questionnaire qui a pour objectif de décrire le parcours de soin des patientes consultant aux urgences pour ce diagnostic.

Cette étude a pour but d'améliorer la prise en charge des patientes, et entre dans le cadre d'une thèse d'exercice.

La notice d'information qui est jointe à ce mail a pour but de vous présenter le projet.

Vous êtes libre d'y participer ou non

Nous vous encourageons à prendre le temps nécessaire pour la lire, et à me poser les questions qui s'y rapportent et me contacter par téléphone si besoin au 06 34 64 25 49, je reste disponible à tout moment.

Voici le lien contenant le questionnaire à remplir :

<https://redcap.chu-lyon.fr/redcap/surveys/?s=TTDFKLM8JX>

Ce lien est unique et le questionnaire est totalement anonyme.

Je reste à votre disposition pour toute demande complémentaire et vous remercie pour l'intérêt que vous pourriez y porter

En vous souhaitant une très bonne journée et vous remerciant de nouveau pour votre participation.

Très cordialement,



BEACCO Elena

Interne de médecine générale

Hôpital de la croix Rousse

Annexe 7 : Rapport du Président du Jury de la thèse

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1



Nom, prénom du candidat : BEACCO Elena

Date : le 11/02/2025
Lieu : Salle des Thèses Rockefeller
Heure de la thèse : 18h

Titre de la thèse : LES PATIENTES REALISANT UNE FAUSSE COUCHE SPONTANEE : ETAT DES LIEUX DU PARCOURS DE SOIN

Document à remplir par le Président de jury, Professeur à l'Université Claude Bernard –LYON 1

- 1) Le Président s'engage à prendre la responsabilité du suivi de la thèse pour en assurer la qualité,
- 2) Le Président établit un court rapport ci-dessous confirmant que le travail effectué correspond bien à celui attendu pour une thèse de Doctorat en Médecine
- 3) Les soutenances doivent débiter au plus tard à 18 heures

Rapport du Président du Jury de la thèse

Ce travail de thèse consiste en une série de 121 cas de fausse couche spontanée pris en charge à l'hôpital de la Croix Rousse en 2024. Elle permet de décrire et d'analyser le parcours de soins des patientes, qui reste centré sur le passage par les urgences hospitalières. Un fait notable est l'exclusion du partenaire de la prise en charge et de l'accompagnement. Ce travail a conduit à des suggestions pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement des fausses couches spontanées, incluant l'amont et l'aval, et s'adressant aussi au partenaire.

Lyon, le 13 janvier 2025

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux

Le Président de Jury
Pr Laurent Letrilliat

Pr Philippe PAPAREL

BEACCO Elena

LES PATIENTES REALISANT UNE FAUSSE COUCHE SPONTANEE : ETAT DES LIEUX DU PARCOURS DE SOIN

Thèse de Médecine Générale : Lyon 2025 ; n°15

Introduction : La fausse couche spontanée est un diagnostic fréquent et une épreuve physique comme psychologique pour le couple qui l'expérimente. Une loi est promulguée le 7 juillet 2023 dans le but d'améliorer la prise en charge de ce phénomène. Cette thèse explore le parcours de soin des couples réalisant une fausse couche spontanée et qui sont pris en charge aux urgences de l'hôpital de la Croix Rousse.

Méthode : Etude quantitative observationnelle réalisée par auto-questionnaires de 19 questions. 206 patientes incluses pour 121 questionnaires remplis.

Discussion : Le parcours de soin présenté par la loi est respecté sur le plan de la grossesse en amont du passage aux urgences, mais pas en aval sur le plan de la fausse couche. Le suivi systématique est peu réalisé tant sur le plan médical que psychologique. L'information concernant le phénomène de fausse couche est axée sur la prise en charge médicale mais peu sur l'aspect social et psychologique. L'absence de suivi médical systématique questionne la fiabilité des informations délivrées au couple, et la qualité de l'adressage aux urgences gynécologiques. Le conjoint est exclu de l'accompagnement médical comme psychologique ne permettant pas une gestion du couple. Concernant la possibilité d'un accompagnement en ville, la coordination ville-hôpital pourrait être renforcée par une anticipation des examens cliniques et paracliniques dans le cas des prises en charge non urgentes.

Conclusion : Une prise en charge en ville en amont et aval des urgences permettrait d'améliorer l'exhaustivité de l'information et la prise en charge des deux partenaires tant sur le plan médical que psychologique, dans le cas de fausses couches spontanées de prise en charge non urgentes.

Mots clés : fausse couche spontanée, grossesse, psychologique, urgences gynécologiques, loi du 7 juillet 2023

Jury : Président : Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Membres :

Monsieur le Professeur de Gynécologie Obstétrique Cyril HUISSOUD

Monsieur le Professeur Associé de médecine générale Dr FARGE Thierry

Madame la Maitre de Conférence Universitaire de gynécologie obstétrique à l'hôpital de la Croix Rousse Dr CORTET Marion

Date de soutenance : 11 février 2025