http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

MEMOIRE DU DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de l'Université Claude Bernard-Lyon 1

UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation Maïeutique de Bourg en Bresse

LA PRISE EN CHARGE DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Mémoire présenté par Samantha GARRIGUES

Née le 17 Juin 1989

Année Universitaire 2021-2022

Directrice de mémoire : Dr Aude VAN NIEUWENHUYSE

Sage-femme enseignante guidante : Mme Myriam MICHEL

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Avant-propos

Au cours d'un stage, l'équipe soignante en charge de ma formation m'annonce l'admission d'une nouvelle patiente. Je demande le motif d'entrée de celle-ci, une soignante me répond « c'est une vomisseuse ». La sage-femme, me demande si je peux réaliser sa consultation et lui mettre en place la perfusion prévue au protocole avant qu'elle aille en chambre.

Lorsque je rentre dans le box, je me présente, et j'ai face à moi une très jeune femme, fine, la mine fatiguée reflétant une fragilité malgré son sourire. J'engage la conversation avec elle tout en commençant une prise en charge somatique, et je lui explique le déroulement de la consultation. Je lui demande, comment elle se sent. Cette dernière m'annonce avoir perdu 8 kilos, et que les épisodes de vomissements rendent la prise alimentaire impossible avec difficulté désormais également à ne pas vomir l'eau. Elle me dit avoir été très malade lors de sa première grossesse. Son premier enfant a 10 mois. Il est très souvent gardé par la maman de ma patiente. « Mamie aime bien passer du temps avec lui » me dit-elle. Son visage m'est familier, et au cours de notre conversation nous retrouvons où nous nous sommes déjà croisées. C'était en néonatologie pour son fils, né prématurément. Je me remémore son histoire et aborde le sujet du papa. Elle m'explique qu'il est toujours incarcéré et n'a vu au parloir son fils que très rarement. Elle n'est plus en couple avec cet homme, sans avoir osé lui dire qu'elle avait rencontré récemment une autre personne et portait de nouveau la vie. Elle m'explique que cette situation l'inquiète, qu'elle ne sait pas comment il va accueillir une telle nouvelle, bien que sa sortie de prison ne soit pas à l'ordre du jour. Elle décrit le portrait d'un homme violent.

J'ai la sensation d'avoir en face de moi une femme qui a besoin qu'on prenne soin d'elle, qu'on écoute son histoire, au fil de l'entretien elle se livre sans tabou. Elle ne se plaint pas, elle subit ses vomissements comme une normalité liée à la grossesse et dit simplement vouloir reprendre un peu de poids car elle se sent fatiguée. Je m'interroge sur cette fatigue qui ne semble pas uniquement physique. Elle ne me posera aucune question sur l'hospitalisation me disant simplement « je connais ».

Lorsque je transmets mes informations à l'équipe soignante, la seule question qui m'est posée est : « est ce que la dame est perfusée ? Je réponds affirmativement, et informe mes collègues que j'en ai profité pour réaliser un entretien avec cette patiente, pour qui il me semblait important de connaitre son histoire pour la suite de la prise en charge. Je n'aurai pas d'écoute active, sur les éléments que j'apporte mais une réponse « c 'est un cas social, la vingtaine, un papa en prison, violence, un deuxième homme dont on ne sait rien… ». Je suis surprise par le manque d'intérêt et les propos tenus envers l'histoire de vie de cette femme qui à mon sens est en lien avec son état actuel. Je ne dis rien, mais je

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

m'interroge, sur la cause de ses vomissements. Il y a probablement un contexte social à explorer et très certainement des failles psychologiques à panser. Mais cette patiente stigmatisée sera hospitalisée quelques jours avec une perfusion et un protocole d'isolement. Je n'aurai pas plus d'informations. Je reste perplexe. Perplexe sur le fait qu'on n'explore pas mieux les vomissements et leur cause. L'isolement m'interroge. Pourtant, en discutant avec cette femme, il semble que l'isolement soit visiblement son quotidien.

L'isolement est un soin que j'ai appliqué selon un cadre défini médicalement et législativement lorsque je travaillais en unité psychiatrique, mais qui depuis plusieurs années est controversé et source de polémique sociale. A mon sens, il s'agit d'un soin qui vise à mettre en à l'écart des autres dans une chambre souvent fermée sans contact extérieur un patient pour le protéger de lui-même ou des autres. Je découvre donc durant ma formation de sage-femme, qu'il est prescrit sans qu'il soit nommé comme tel pour des patientes atteintes de vomissements incoercibles. Je cherche le lien entre la pratique que j'ai connue et l'obstétrique.

Ne serait-ce pas l'occasion d'utiliser cette hospitalisation pour traiter effectivement sur un plan somatique ces vomissements incoercibles et lui proposer une prise en charge plus globale ?

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Remerciements

Merci à ma directrice de mémoire Dr Aude VAN NIEUWENHUYSE pour le temps accordé à nos échanges et mes questionnements. Merci pour vos conseils. Vous m'avez permis par ce sujet aussi difficile qu'intéressant avec sa multiplicité de facettes, d'explorer ce qui me tenait à cœur.

Myriam, merci pour toute cette énergie déployée à m'accompagner sur ce travail. Vous êtes la première personne que j'ai rencontré lors de mon admission à l'école. Je me souviendrai toujours de cet entretien et de la bienveillance dont vous avez fait preuve à mon égard. Quel chemin parcouru depuis ce jour.

Paola, pour ces deux années à me former et m'apporter de la sérénité et de la douceur lors des moments où le stress m'envahissait.

Merci à toute l'équipe de l'école, pour l'accueil que j'ai reçu lors de mon arrivée. Merci pour cette formation et tout ce que vous avez mis en œuvre pour me permettre de réussir.

Merci aux professionnels qui m'ont accompagnée pour la transmission de leurs savoirs durant ces 3 années. J'ai fait de belles rencontres tant sur l'aspect professionnel qu'humain.

Merci à mon mari Julien, mon pilier, depuis toutes ces années maintenant. Merci de me m'avoir suivi et fait de ce projet un peu fou une réalité. De n'avoir jamais douté de moi lorsque je croyais baisser les bras. Tu as été mon coach et la positive attitude de notre maison. Tu as toujours les mots valorisants qui me maintiennent dans l'optique de réussite. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi et pour notre famille durant ces années. Mes enfants, je vous ai embarqué avec moi dans cette aventure. Noé mon garçon, merci pour tes petites attentions quotidiennes qui rendent mes révisions moins difficiles ainsi que ta confiance en moi. Alix ma poupée, merci pour tes mots toujours pleins d'amour et de tendresse qui me donnent de l'énergie. Lison mon chaton, merci pour ta bonne humeur communicative et ta spontanéité qui mettent de la légèreté dans mes journées. Nous allons pouvoir de nouveau prendre du temps ensemble et en profiter.

Mes parents qui sont à mes côtés depuis toujours, merci de m'avoir encouragé et d'y avoir cru. Merci pour ce soutien inconditionnel et pour le renfort organisationnel. Maman tu me connais si bien, je te suis reconnaissante d'avoir ressenti et accompagné mes émotions pendant ces 3 années. Marie et Andréa mes sœurs merci pour tous vos encouragements.

Mes beaux-parents, qui n'ont pas compté les heures à garder les enfants pendant les révisions les stages, merci pour ce temps que vous nous avez offert et les souvenirs crées avec eux. Merci pour vos affectueux messages à chaque période d'examen.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Christelle, pour tes messages qui me donnent le sourire et ta confiance.

A vous ma famille de m'avoir permis de réaliser ce rêve.

Marie, mon binôme pour nos incalculables moments forts partagés ensemble, Mélanie, Romain, Elisa, Elodie, Kévin, Pauline, Pamela, Emilie… l'équipe de Saint Amour. Merci d'avoir été là durant ces 3 années intenses pour m'aider à relâcher la pression. Merci pour votre amitié.

Ma promotion pour votre accueil lors de mon retour sur les bancs de l'école, un remerciement spécial à toi Roxane pour nos heures infinies de travail en binôme, ta patience, ton aide et ton écoute. Charlotte, Philippine, Chloé, Camille, pour nos repas et nos rires qui ont rendu ses années scolaires chouettes malgré un contexte un peu particulier.

Véronique à toi qui m'offre une opportunité et un merveilleux compagnonnage dans cette nouvelle vie qui m'attend.

Pierre-Antoine, merci de m'avoir aidé à me lancer dans cette formation.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Table des matières

Abréviations 1

Introduction 3

1 Matériels et méthodes 5

1.1 Objectifs et méthodologie 5

1.2 Population 6

2 Résultats et analyse 7

2.1 Accueil et questionnement sur le contexte 7

2.2 Prise en charge et cadre de soin 7

2.2.1 Suivi global de la personne 7

2.2.2 Thérapeutique allopathique et non allopathique 9

2.2.3 Prise en charge psychologique et interdisciplinaire 10

2.3 Communication et relation 11

2.4 Difficultés 13

2.5 Connaissances et formation / compréhension de la situation 14

2.6 Ressenti du soignant et vécu du patient évoqué par le professionnel 16

2.7 Suggestions 17

3 Discussion 19

3.1 Forces et limites de l'enquête 19

3.2 Perception de la PEC par les soignants 19

3.2.1 L'isolement et le bien être 19

3.2.2 Crainte du refus de la patiente à la prise en charge 21

3.3 Personnaliser le soin 22

3.4 Accentuer l'axe psychologique 23

4 Conclusion 27

5 Bibliographie 28

Annexes 31

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Abréviations

CAT : conduite à tenir

CPA : centre psychothérapique de l'Ain

HAS : Haute autorité de santé

MAP : menace d'accouchement prématuré

PEC : prise en charge

PMA : procréation médicalement assistée

VFF : violences faites aux femmes

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Introduction

Lors de la grossesse, les vomissements gravidiques sont un des « maux » les plus fréquemment retrouvés au premier trimestre. En effet, cela touche 70% à 80% des femmes enceintes (1).

Dans la plupart des cas aucune répercussion n'est notable sur le plan physiologique. Cependant par leur intensité et fréquence variable ces vomissements peuvent impacter la qualité de vie des femmes. Cette pathologie peut se compliquer par *l'hyperemesis gravidarum* qui touche à 0,5 à 2% de ces grossesses. Cette situation est responsable d'une perte de poids d'au moins 5% avec déshydratation, acidocétose voir hypokaliémie (2).

Les étiologies étant nombreuses il est nécessaire à l'admission d'écarter toute autre pathologie : digestive, hyperthyroïdie transitoire, grossesse molaire… avant de conclure à un *hyperemesis gravidarum* (1). Ce dernier nécessitera une prise en charge adaptée à son degré de sévérité. Pour les formes non compliquées, une réhydratation per os suffit avec un fractionnement des repas et des antis émétiques oraux. Quant aux formes sévères, le réseau Aurore préconise une hospitalisation en chambre seule au calme. Elle sera accompagnée d'une réhydratation hydroélectrolytique parentérale avec des antis émétiques intra veineux plus de la vitamine B6 (1).

La prise en charge hospitalière actuelle sur Bourg en Bresse préconise un protocole coercitif. Il prévoit une hospitalisation en chambre seule au calme. Cela signifie un isolement de ces patientes sans lumière du jour et sans sortie de chambre autorisée. Le seul contact dont bénéficient les femmes sont les soignants. Or ils sont limités dans le but de renforcer l'introspection des patientes vis-à-vis de leur grossesse. Je cherche donc à comprendre comment sont accompagnées les patientes et leur prise en charge face à cette pathologie, quel est le rôle des soignants auprès d'elles. Je m'interroge également sur la place du soin relationnel durant ces hospitalisations et sur une prise en charge plus psychologique que somatique.

C'est auprès des soignants que nous chercherons à mieux comprendre les différentes dimensions des soins des patientes présentant des vomissements incoercibles. L'étude des prises en charge, et de leur vécu face au protocole incluant une phase d'isolement, doit permettre d'envisager des alternatives possibles.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

1 Matériels et méthodes

1.1 Objectifs et méthodologie

Notre objectif est de comprendre le vécu des soignants face à la prise en charge des patientes hospitalisées pour vomissements incoercibles de la grossesse. Plus précisément l'objectif se centrera sur le protocole en vigueur au centre hospitalier de Bourg en Bresse car ce protocole inclus une phase d'isolement. Nous avons orienté notre travail sur un mode qualitatif. Notre but étant de permettre aux personnes interrogées de s'exprimer librement. Nous essayons au travers de leur discours de comprendre leurs actions sans émettre quelconque jugement ni influencer leurs réponses.

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive basée sur la réalisation d'entretiens semi directifs. Nous avons recruté des sages femmes, infirmières et auxiliaires de puéricultures ayant au moins une année d'expérience et ayant pris en charge des patientes atteintes de vomissement incoercibles.

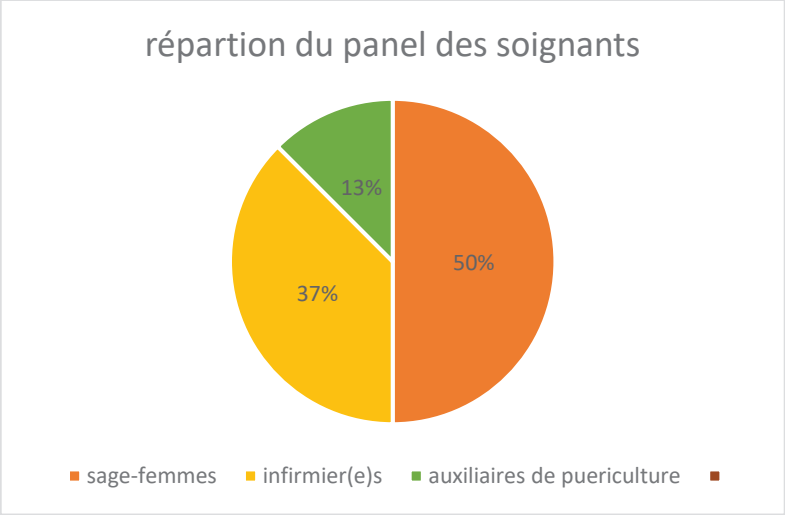
Pour réaliser ce recrutement, nous avons contacté les cadres de santé, décrit l'objet de l'étude et proposé aux soignants de nous contacter par mail ou téléphone afin de convenir d'un rendez-vous. Notre étude se base sur le centre hospitalier de Fleyriat à Bourg en Bresse. Un autre centre hospitalier a été contacté mais nous n'avons aucune réponse malgré des relances.

Du fait du contexte sanitaire actuel lié à la Covid 19, nous avons proposé aux soignants de réaliser les entretiens en présentiel ou en visioconférence selon leur souhait. Nous avons cinq entretiens en visioconférence et trois entretiens en présentiel. Les entretiens se sont déroulés de manière similaire, à savoir en commençant par une présentation de l'étude, dont les modalités ont été expliquées, puis avec l'information préalable au traitement de données (Annexe 1), ainsi que l'engagement de confidentialité. (Annexe2) L'anonymat ainsi que la demande d'enregistrement, avec la possibilité de sortir de l'étude à tout moment ont également été expliquées. Nous avons garanti la destruction des entretiens une fois l'étude terminée. Puis nous avons réalisé nos entretiens avec une trame qui est restée la même pour tous les entretiens (annexe 3). Chacun de nos 8 entretiens ont donc été enregistrés après avoir obtenu l'accord du soignant. Ils ont été retranscrits après chaque entrevue. Puis ils ont tous été analysé soigneusement en prenant en compte la communication non verbale ainsi que les moments de réflexion et de doute. Dans un souci de préserver l'anonymat des personnes interrogées certaines informations n'apparaitront pas.

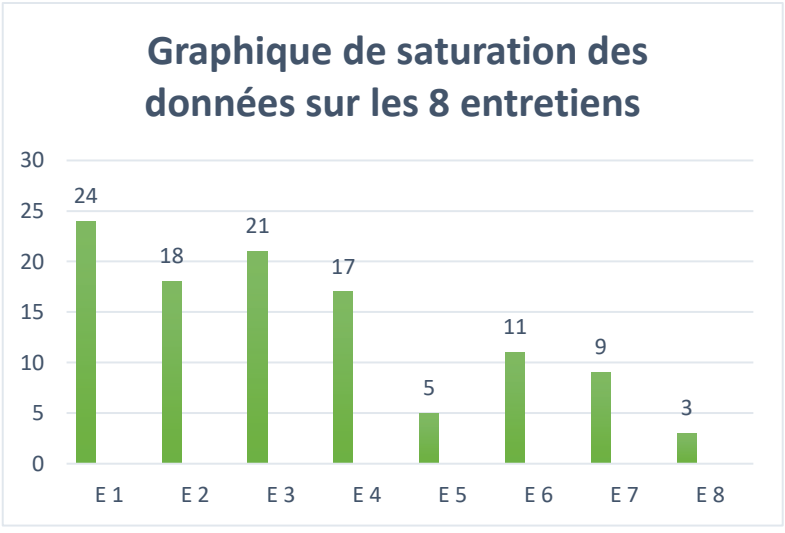
GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

1.2 Population

Notre panel de soignants se compose de quatre sages femmes, trois infirmières et une auxiliaire de puériculture d'une structure hospitalière. Tous ces professionnels ont un minimum de 5ans d'expérience. Grâce à ces différents profils expérimentés nous avons une diversité au sein d'un même établissement.



La durée des entretiens varie entre 14 et 39 minutes (Annexe 4). L'étude a été stoppée à 8 entretiens. Le recrutement a été difficile du fait de la spécificité du sujet. Puis, les soignants vivent une période sous tension liée à la crise sanitaire et nous avons également constaté qu'il était parfois difficile de dégager du temps pour l'enquête. Un établissement n'a pas répondu malgré plusieurs relances. Nous avons donc concentré notre travail sur l'établissement de Fleyriat qui reflète donc un centre hospitalier unique mais de manière pluridisciplinaire. Nous avons tout de même constaté qu'au terme de 8 entretiens nous avions une nette diminution des données nouvelles.



GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

2 Résultats et analyse

Afin de présenter des résultats pertinents, nous avons choisi de les regrouper par grandes thématiques.

2.1 Accueil et questionnement sur le contexte

Dans notre échantillon, nous constatons, qu'une professionnelle est formée aux violences faites aux femmes, et qu'elle s'interroge sur le fait que la question soit posée aux patientes. Les autres soignantes, évoquent une cause psychologique, un déracinement, voir une absence de figure maternelle qui semblerait faire perdre des repères aux femmes. Cependant nous sommes interpelés lorsqu'une infirmière parle d'une notion psychiatrique, nous y reviendrons dans d'autres thèmes. Nous réalisons qu'au moment de l'accueil de ces patientes, peu d'éléments sont dans la recherche du contexte.

2.2 Prise en charge et cadre de soin

Dans ce thème, nous avons regroupé et analysé la prise en compte de la globalité de la personne en incluant son environnement familial, culturel. Nous aborderons également l'utilisation du protocole, le suivi de la patiente, la prise en charge psychologique quel que soit le soignant, la prise en charge interdisciplinaire, les thérapeutiques, les thérapeutiques non allopathique ou visant au bien-être de la patiente.

2.2.1 Suivi global de la personne

« Quand on lisait son histoire, on avait l'impression que c'était une femme qui était un peu déchirée justement entre sa vie professionnelle, sa vie personnelle enfin comme si elle avait des choix à faire et je me suis demandée si tout avait été exploré pour cette patiente ». Les soignants évoquent également souvent des profils de patientes qu'ils ont repéré. *« C'est une dame qui venait vraiment d'un pays pauvre, rien n'était pour elle, elle n'avait aucun repère en fait. La plus grosse difficulté je pense que c'était après sur les reprises alimentaires parce que ce n'était pas ses habitudes*. » Nous relevons une prise en charge surtout médicale mais rarement approfondie sur le mode de vie des patientes, centrée principalement sur les vomissements. Peu de soignants sont à la recherche d'une cause plus profonde, s'appuyant sur le protocole en place dans le service. *« Je pense que l'infirmière ne se posait pas la question c'était le protocole on fait comme ça »*. En effet la prise en charge de cette pathologie est protocolisée et il en ressort un isolement dans le noir avec une réévaluation au bout de 24 heures. Nous nous sommes donc interrogés sur celui-ci. Quel est-il et comment est-il posé auprès des

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

patientes ? Quels mots sont choisis ? Nous notons des disparités entre les soignants sur la notion du temps et de l'installation de la patiente comme en attestent les différentes citations qui suivent.

« *Alors de mémoire entre le moment où elle était venue consulter en urgence pour des vomissements une perte de poids tout ça et puis on avait enchaîné tout de suite après avec : on vous installe dans une chambre on explique mais ça reste quand même vraiment rapide donc qu'est-ce qu'elle en comprend* ». « *Nous le temps le plus conséquent c'est surement le temps d'installation pour expliquer ce qu'on va faire d'elle* ».

C'est donc sur ce temps de durée variable, qu'il est indiqué à la patiente qui souffre de vomissements incoercibles qu'elle doit être isolée, sans visite, sans téléphone avec une perfusion d'hydratation et une mise à jeun. *« Interdit de visite coup de fil pas de portable »* Sur ce point les soignants expliquent qu'il est tout de même recherché une alliance avec la personne en soin puisque légalement, le personnel nous explique qu'il n'est pas autorisé de leur prendre leurs affaires. Les soignants ont tenu à préciser que les patientes qui venaient non accompagnées pouvaient prévenir leur famille et se faire amener des affaires nécessaires pour l'hospitalisation avant de ne plus en avoir la possibilité comme le stipule le protocole.

Puis vient l'explication d'enténébrer la patiente dans sa chambre, en voici des exemples

« Je leur dis dans un premier temps on va vous mettre dans le noir parce que dans le noir vos sens ils seront décuplés et que vous allez pouvoir vous reposer…c'est cadré par ce protocole le soin l'hydrate les soins médicaux et l'isolement et puis après on lève petit à petit et on voit ce que ça donne ». Le cadre s'élargit petit à petit en fonction de l'état physique de la patiente. *« Selon comment les vomissements sont présents on lève un peu les rideaux on permet un peu de boissons* » Nous découvrons au fil des entretiens un consensus sur l'idée même de l'isolement, l'interprétation de l'idée d'introspection mais l'évolution et les conduites à tenir face aux patientes est différente selon les professionnels.

« Ce n'est pas simple ce n'est pas carré alors que si dans le protocole ''vomisseuses gravidiques'' c'est très clair t'as perfusion ionique Primpéran Atarax le soir… après tout l'a côté ça va être une prise en charge relationnelle psychologique qui n'est pas simple, t'as des médecins des internes qui vont être aidants et d'autres ça va être dur, le discours n'est pas toujours le même d'un jour à l'autre ». Puis, les professionnels expliquent que le protocole prévoit un temps d'entretien avec le psychologue. De nouveau nous retrouvons quelques divergences de discours où il nous est dit que son passage est instauré de manière systématique à, il n'y a pas d'urgence à la prise en charge relationnelle.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Nous comprenons que ce cadre restrictif mis en place, nécessite une surveillance, nous cherchons donc à savoir si les professionnels surveillent le respect de celui-ci. Nous apprenons qu'il y a avec certains professionnels un lien de confiance, une recherche d'adhésion au soin et que pour d'autres professionnels, rien n'est mis place si ce n'est l'application strict du protocole de service. Nous posons donc l'hypothèse du manque de temps ou du manque de conviction dans le protocole de soin. Nous déduisons, que l'environnement familial et culturel de la patiente n'a pas d'influence sur l'application du protocole et qu'il est appliqué systématiquement. *« Quand elles viennent pour des vomissements et qu'elles ne parlent pas le français, c'est le mari qui les emmène … donc ça passe par lui puis après on lui dit, vous ne viendrez plus c'est le protocole »* Les professionnels s'accordent à dire que le cadre de soin initial est dans le noir sans contact extérieur. Par ailleurs, nous pouvons observer une différence dans les mots choisis en fonction des soignants*, « les mots qu'on utilisent beaucoup c'est surtout prendre du temps pour se recentrer sur soi et pouvoir penser à vous ».* Comme si ce discours pouvait adoucir la prise en charge *« après on leur dit quand même le mot isolement »*. Un passage du psychologue est également prévu par le protocole et il est possible d'envisager une consultation post hospitalisation si les deux parties en jugent nécessaire.

2.2.2 Thérapeutique allopathique et non allopathique

Dans ce sous thème, il est intéressant d'aborder les soins mis en place par l'équipe. Nous avons constaté qu'il était question d'une hospitalisation lorsque la patiente présentait une perte de poids importante et une déshydratation accompagnée d'un trouble ionique révélés par le bilan réalisé à l'admission.

Au cours des entretiens, la question de la prise en charge purement médicale est évoquée par les équipes. La thérapeutique semble simple, pourtant les soignants évoquent une prise en charge lourde. Il est question en premier lieu d'écarter un trouble de la thyroïde pouvant expliquer les symptômes de vomissements*. « Donc de là après on lève l'isolement »* ceci nous interpelle, nous entendons au travers de cette citation que si le bilan sanguin révèle une pathologie somatique la patiente ne subira pas un protocole d'isolement. La problématique somatique n'étant pas la plus courante, les patientes sont généralement en chambre avec ce cadre restrictif. Les soignants nous parlent donc des perfusions pour l'hydratation, des anxiolytiques en intraveineux pour apaiser l'angoisse*. « Après si tout se rétablit potassium sodium les résultats sont plutôt favorables c'est bon signe pour partir. C'est souvent la prise de sang qui donne le feu vert ».* Une nouvelle fois, les versants médical et biologiques priment. Un traitement antiémétique et anti-reflux est prescrit pour le retour à domicile. Au-delà des soins purement techniques prodigués, les soignants font part d'aménagements en proposant des alternatives et méthodes douces visant au bien être des patientes. *« On leur apporte un peu de la lumière tamisée pour avoir une ambiance un peu moins noire et de la musique douce »* des nuances

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

sont apportées dans la manière de nous raconter *: « on leur propose ».* Nous notons ici que le soignant est dans la recherche de l'acceptation par la patiente et nous verrons plus tard l'importance des mots choisis dans la prise en charge. Le terme *« cocooning »* est souvent employé par les soignants. « La petite boule de lumière tu te mets déjà plus dans une ambiance tu peux te recentrer sur toi. Tu n'as pas d'autre chose à faire mais, dans un cadre un peu plus cocooning quoi … c'est moins on ferme les volets on ferme tout. » Nous entendrons que la simple idée d'adoucir le cadre renvoie à une dimension moins psychiatrique. Dans une idée d'apaisement et de thérapeutiques non allopathiques, des soignants nous font part de formations misent au profit des patientes. *« Je leur propose des compresses d'huiles essentielles de citron, le citron en fait ça joue sur les nausées les vomissements c'est plutôt bien accueilli les dames sont plutôt réceptives et c'est plutôt pas mal accepté …. On a une infirmière qui a une formation en aromathérapie elle qui nous a fait après une mini formation sur les différentes huiles essentielles on a un gros pack avec des huiles et elle a fait un cahier où elle répertorie chaque huile et sur quelle pathologie, sur quelle patiente on peut les proposer. Donc les vomissements de la grossesse ça va être plutôt citron, après on s'adapte un peu, si la dame elle est très réticente au citron, la collègue a bien listé il y a quand même d'autres choses qui pourraient convenir si la patiente ne tolère pas. »*

En somme, la partie purement somatique et thérapeutique est cadrée par le protocole, mais visiblement celui-ci semble recevoir quelques aménagements en accord avec la patiente. L'objectif est de rester dans une contenance psychique avec une atmosphère plus douce et moins anxiogène. Nous nous demandons pourquoi certains soignants sont en recherche d'un protocole moins coercitif et tentent de l'adapter.

2.2.3 Prise en charge psychologique et interdisciplinaire

Les soignants relatent l'importance d'un accompagnement quel que soit la pathologie, mais nous constatons qu'il intervient en second plan dans les soins à la patiente après les thérapeutiques médicamenteuses. Cette prise en charge intervient au moins vingt-quatre heures après l'admission de la patiente. Certains professionnels estiment, rappelons-le qu'il n'a pas d'urgence relationnelle. Pour d'autres l'accompagnement psychologique a du sens et une importance semblable au traitement anti émétique comme en témoigne cette citation *« Je crois qu'une prise en charge plus psychologique elle est aussi importante que nos antiémétiques parce que je te dis je n'ai vraiment pas l'impression que ce soit n'importe qui. »* Une analyse de la situation de détresse dans laquelle se trouvent parfois certaines patientes est faite. Le protocole prévoit des entretiens formels avec un psychologue, a priori de manière systématique mais il semblerait qu'aucun accompagnement ne soit mis en place tant qu'elles n'ont pas été vues une fois par ce dernier. « *En fait on va être dans une prise en charge sur tout l'aspect technique du soin mais pas du tout sur l'accompagnement moral, ça prend du temps* ». Certains soignants ont la volonté de réassurer, de dépister certaines fragilités et ils estiment que l'aspect

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

relationnel a une place phare mais que ces soins sont toujours informels. *« Et très vite dès qu'elle avait de l'attention quand même ça se solutionnait »* Les soignants ont besoin d'un appui par un partenaire psychologue qui exprimera ou non des inquiétudes des patientes et qui pourra alerter sur une prise en charge plus spécifique. Ces entretiens semblent très primordiaux pour les patientes qui ont besoin de revenir point par point sur les évènements ou modalités d'hospitalisation mais aussi pour les équipes qui ont besoin d'une expertise.

Nous avons constaté au travers de multiples remarques que les patientes hospitalisées pour vomissements incoercibles rencontraient peu de médecin au cours de la prise en charge *« les chirurgiens sont sur la chirurgie, la médecine ça ne les intéresse pas plus que ça ……ils ne vont même pas forcément aller voir la patiente. Du coup ils ne réévaluent pas, surtout ils nous écoutent »* c'est une responsabilité d'analyse supplémentaire à fournir pour le soignant qui évoque *« Il y a quand même tout un travail et un cheminement psychologique. Ce n'est pas trop de notre ressort, et pour autant il faut bien que quelqu'un s'occupe de ses dames. »* Nous comprenons qu'il y a un manque de communication et de travail interdisciplinaire dans cette analyse qui semble mettre en difficulté le soignant dans cette prise en charge finalement plus psychologique que médical. *« …. Avec un professionnel même si c'est un psychologue qui fait un entretien, qui fait un retour, qui nous explique et qui contribue au choix de quoi faire pour cette patiente qu'il y a un professionnel plus adapté qui puisse nous aider ».*

2.3 Communication et relation

Dans ce thème, nous avons choisi d'effectuer l'analyse, sur la communication entre le soignant et le soigné, sur l'aspect qualitatif et quantitatif de celle-ci ainsi que la communication entre professionnels. La majorité des soignantes évoque la nuit comme étant le moment privilégié à la relation avec la patiente : *« La nuit c'est peut-être propice à discuter »* dans un climat de charge de travail moins lourde et semble permettre aux soignants un temps, une qualité d'écoute. C'est également par le soin technique que les soignantes entrent en communication avec la patiente, mais elles s'accordent pour dire que du fait que les patientes restent en chambre, si la charge de travail est élevée la patiente est peu vue. *« Je trouve que mine de rien de passer rapidement tu leur montres que même si en fait tu ne fais pas grand-chose, tu es quand même présente. Et ça c'est important. Ça montre que je m'en inquiète quand même, même si je suis venue que voir la perf c'est une manière de leur montrer que je suis là et qu'elles peuvent aussi m'appeler ».* Cela soulève la question du besoin et des attentes des patientes face à la qualité ou quantité de temps accordé.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Ces circonstances nous ont amenés à analyser plus finement donc l'aspect qualitatif de la relation, entre cette patiente isolée et le soignant. Il en ressort de la part de plusieurs professionnels une réponse plutôt brève et subjective, qu'est : *« Ça va être au feeling du professionnel … de son affect ».*

« Pour moi la relation soignant soigné dans le prendre soin mais au mot pris au mot. En fait je vais prendre soin de vous mais vraiment je vais vous faire un soin qui va vous faire du bien et donner du temps. Je pense que mine de rien ça peut délier la parole alors après on dit que parfois cette dame elle ne parle pas mais qu'est-ce qu'on fait pour qu'elle se confie à nous ? » Nous avons pu constater que pour plusieurs des soignants, la relation était très largement impactée par une notion de temps, ce temps manquant qui sera souvent abordé au cours de cette analyse car soulevé par les professionnels. *« Ce n'est pas en passant 3 min dans sa chambre qu'on pourra les aider je crois. »* Une personne admet également ne pas prendre ce temps qui s'inscrit dans la relation de confiance. Nous entendons dans cette idée une crainte d'engagement personnel dans la relation. Nous nous arrêtons un instant sur le terme de "feeling" qui est énoncé par plusieurs soignants. Nous comprenons que face à ces patientes, le soignant travaille avec ce qu'il est personnellement, avec ses projections et ses évocations personnelles même si nous ne les citerons pas, par soucis d'anonymat.

Les circonstances de la relation au soigné passant majoritairement par le soin technique, une soignante, soulève le fait qu'il est difficile de faire prendre conscience qu'il existe aussi un soin relationnel autour de la prise en charge avec un protocole d'isolement. Il est souvent nécessaire de le rappeler car ce soin est basé sur du temps informel en fonction de la charge de travail du service. Néanmoins il semble que les soignants ayant une vision du travail jour et nuit, soient plus disponibles sur ce temps pour les patientes. Au cours des entretiens, les soignants ont soulevé des difficultés dans la relation avec les patients liées régulièrement au manque de communication pluriprofessionnels ou aux informations perdues faute de temps de débriefing ou trop rapide. *« …. Il est censé quand il a du temps, il retranscrit dans les feuilles il est censé mettre un mot dans l'ordinateur mais ce n'est pas bien fait. Il vient nous voir, souvent à dire les choses oralement mais encore une fois au milieu de l'effervescence du service ».*

Lors de cette analyse il était important de dissocier la qualité du temps accordé à la relation avec la patiente pour mettre en avant les forces et faiblesses de la communication.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

2.4 Difficultés

Le protocole évoque un isolement pour la patiente, isolement de sa sphère familiale, mais les soignants peuvent dire qu'elle est également isolée du soin notamment relationnel. Nous avons souvent entendu qu'il *« faut que les patientes sentent que même si on fait peu, on est là »* une prise une charge relationnelle nécessite un temps de qualité *« On est pressé on rencontre 5 min de visite même pas on demande comment elle va, et comment se rendre compte en quelques minutes comment elle va réellement ? c'est la problématique. »* La question de la charge de travail et du manque de temps pour ces patientes seules en chambre sans aucun moyen de communication est évoqué durant les entretiens *« nous on est frustré de ne pas avoir ce temps-là parfois comme beaucoup de patientes on espère qu'elles ne demandent pas grand-chose, malheureusement ce n'est pas très bien ».*

Cette prise de conscience du manque de disponibilité renvoie à la problématique même de la patiente, de sa pathologie et de ce qu'elle dégage. *« On les laisse assez dans leur merde quand même ces femmes qui vomissent on n'est pas souvent à côté d'elles »* La première problématique se révèle avec ce registre de langage qui traduit le rejet reconnu par les équipes. *« Quand les gens vont mal ça prend plus de temps ce n'est pas idéal. »* La seconde problématique autour de la notion de temps est un réel frein à la prise en charge, l'utilisation de superlatifs pour nous parler de la surcharge de travail nous interroge. Nous avons ressenti que les soignants étaient mal à l'aise avec cette problématique et ce protocole. Ils essayent tout de même de faire passer aux patientes le soin relationnel informel dans une optique de bien être psychologique pour celle qui est coupé de tout. *« On leur dit '' osez nous appeler oser'' ça fait partie du soin que de parler avec vous de dialoguer si vous ne vous sentez pas bien après elles osent plus ou moins ».* Mais nous retrouvons ci-dessus des propos où le soignant espère qu'elle ne le sollicitera pas. Nous pensons qu'il est tiraillé entre le cadre, la prescription et ce qui est propre au soin de base, au savoir être plus qu'au savoir-faire.

L'analyse de ces difficultés nous montre également que pour se déculpabiliser le soignant se repose sur le temps que le psychologue pourra offrir à la patiente, temps inscrit au protocole. De cette difficulté à se rendre disponible pour la patiente, nous retrouvons donc un sentiment d'impuissance face à l'adhésion au protocole, souvent difficile à accepter par les patientes. *« Elles doivent sentir un truc pas normal quelque chose d'injuste alors que pour elles ce n'est pas ça le problème. Alors elles n'ont pas dit vous me punissez mais j'imagine qu'il y a ce sentiment un peu d'injustice. »* La communication est la base d'une relation de confiance dans le soin et les soignants reconnaissent que la prise en charge est un peu déshumanisée au profit du protocole. Ils se retrouvent confrontés à des patientes qui enfreignent le cadre. Le vécu de l'isolement en guise de soin face à un mal être en est-il la cause ? Ou est-ce le manque de communication ou d'explication de la prise en charge ? *« Parce qu'en fait on ne les met pas en isolement enfin on les on ne le fait pas parce que ça nous fait plaisir non*

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

ça ne nous fait pas plaisir ni pour les punir. » Il est selon les soignants primordial de prendre le temps nécessaire à l'explication du déroulé de l'hospitalisation, mais le nombre d'intervenants différents autour de la mise en place du protocole de soin semble être plus délétère.

La conviction de certains soignants autour du fait que la communication influence le soin, les poussent à modifier certains aspects du protocole en se basant sur le dialogue incluant la patiente dans sa prise en charge afin qu'elle adhère aux soins proposés*. « Après si elle n'est pas d'accord enfin qu'on puisse en discuter faut pas que le dialogue il soit fermé ».* Néanmoins, le protocole isolement est source de clivage dans les relations soignants soignés mais aussi entre professionnels. Les changements réguliers notamment des internes qui participent aussi à la prise en charge et qui ont une vision autre liée à la multiplicité de leurs stages dans différentes structures demande une adaptation régulière du professionnel. *« Vu que c'est assez barbare on a envie de mettre un peu de souplesse ou à l'inverse faut être très carré tu as le discours d'un jour et le discours du lendemain donc c'est là ou parfois on est embêté. »* Nous notons que les soignants se sentent donc en difficulté et parfois dans l'incompréhension du refus de la patiente *« après tu te demandes pourquoi elle vient consulter si elle n'accepte pas ».*

2.5 Connaissances et formation / compréhension de la situation

Nous dépistons certains obstacles dans la prise en charge des patientes atteintes de vomissements incoercibles de la grossesse. Au-delà de la sévérité du protocole, ils peuvent être liés au manque de connaissances sur la pathologie et la compréhension de la situation qui conduit ces femmes à une hospitalisation. *« Il n'y a pas beaucoup de bibliographie je me base sur le protocole et ce qu'on nous a appris à la base, pendant la formation mais c'était un peu bref…. Et après on m'a expliqué le côté où tu dois te recentrer sur toi justement, que tu dois intégrer cette grossesse tout le côté pour lequel on fait tous ces isolements ».* Cela nous questionne, mettre en place un isolement pour intégrer la grossesse ? Dans un premier temps nous comprenons qu'un problème autre que purement biologique est en cause. Mais le lien entre l'isolement et l'acceptation de la grossesse reste sans réponse. Se recentrer sur soi, c'est certainement ce que les soignants expliquent le plus aux patientes, mais ces femmes ont aussi besoin de comprendre, pourquoi sont-elles dans le noir, isolées et en quoi cela apaiserait leurs maux ?

Face à cette situation et l'étonnement des malades, peu de solutions leur sont apportées *: « je pense qu'elles sont surprises oui déjà dans le noir pourquoi dans le noir et puis en fait, ça on est incapable de leur répondre parce que ça se fait depuis tellement longtemps c'est le protocole et on ne sait même pas pourquoi dans le noir effectivement ……du coup pour vous reposer. J'ai toujours connu ça mais je n'ai jamais su exactement le pourquoi du truc effectivement ».* Ces soignants expliquent appliquer un

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

protocole qu'ils n'assimilent pas eux même. Ils pensent qu'il est le même de partout. Ils reconnaissent très facilement manquer de formation sur le sujet et ne pas avoir suffisamment de patientes souffrant de vomissements pour appréhender ces situations.

Une catégorie de soignants expérimentés met en avant quatre aspects de fragilités *: « Ce sont souvent des patientes étrangères qui ne parlent pas français qui sont déracinées qui n'ont pas de famille et celle où tu dis qu'il y a un problème dans le couple ou dans son travail, un burn out ».* Elles comptent sur la prise en charge pluriprofessionnelle notamment avec le psychologue afin de faire un lien entre le psychique et le somatique, l'origine de la grossesse. Nous ressentons malgré les difficultés des équipes une posture analytique avec recherche d'indices et d'hypothèses. *« Alors ça c'est très difficile j'en ai une il n'y a pas longtemps, une dame Turque qui venait d'arriver en France qui n'arrivait pas avoir d'enfants. Parcours PMA je disais au mari ça devait être difficile pour elle, elle ne parle pas français vous connaissez du monde dans la région ? Il y a un parcours PMA elle va avoir un enfant. Qui va l'aider la soutenir ? et puis il y a souvent cette idée familiale de se faire aider et en fait elle a compris ce que je disais et elle s'est mise à pleurer et là je me suis, quand elle va être enceinte elle va probablement vomir j'en suis presque sûr. Je ne sais pas il faudrait des aides avec des traducteurs mais après ça ne remplacera pas le fait que sa maman elle n'est pas là et c'est une jeune de 22 ans dans une petite ville qui n'a pas sa maman, c'est hyper difficile. Celle-ci je reste davantage vigilante et attentive ».*

Paradoxalement, certains soignants utilisent un registre plus négatif avec une lassitude et semblent désabusés face à ces hospitalisations parfois à répétitions et l'incapacité des patientes à supporter une telle restriction de liberté. *« Tu te demandes pourquoi elle vient consulter, demander une hospitalisation si elle n'accepte pas …dialogue rompu et derrière elle se plaint, elle revient et ça ne va jamais et c'est un cercle vicieux, c'est coincé tu n'as pas ta relation à ton patient en fait…c'est toujours un peu le même style de personne. »* Nous pouvons aussi remarquer parfois les jugements de valeurs dans certains propos. Influencent-ils l'attention apportée à la patiente ?

« Je me suis dit mais en fait elle n'est juste pas au bon endroit pour vivre sa grossesse parce qu'elle n'a personne quoi. Elle n'a personne et c'est ça qui est difficile…. En fait elle était toute seule avec sa grossesse c'est à un moment donné le corps il parle… toujours un truc qui est inconscient » Pour conclure, il semble que les soignant prennent conscience qu'il existe un trouble bien plus complexe qu'une déshydratation liées aux vomissements et que le manque de formation et de pratique rende difficile la prise en charge de ses patientes. Le protocole ne permet pas une individualisation du soin et laisse une sensation de soin non abouti pour le professionnel.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

2.6 Ressenti du soignant et vécu du patient évoqué par le professionnel

Il était important pour nous de proposer l'analyse du vécu du soignant et du soigné sur cette partie du travail. Il nous semblait judicieux de pas centrer sur ce que vis le professionnel, avant même d'avoir fait une analyse de la prise en charge et du protocole. Le but étant de garder une neutralisé dans l'analyse des entretiens. Dans ce thème nous avons ressenti une forme de liberté d'expression des soignants et nous allons dans un premier temps faire part des similitudes entre eux. Ils sont d'accords pour dire que cette prise en charge leur renvoie de la violence *« Honnêtement cette prise en charge enfin je trouve ça violent quand même ce côté on coupe le téléphone on interdit les visites ouais je me dis c'est violent quand même. »* Le soin est dépersonnalisé par le protocole. Certains renvoient l'isolement à une prise en charge moyenâgeuse, et d'autres l'associent à une prise en charge psychiatrique aigue assez marquante pour eux au vu des mots employés *: « Après tu as l'isolement c'est encore un terme psychiatrique…c'était la première dame que je voyais en hospitalisation pour des vomissements incoercibles et sur le coup je m'étais dit waouh mais on les séquestre dans le noir là pendant 48 h et on les soigne en les fermant. Et ça fait bizarre. Sur le coup la première fois tu dis : mais on peut faire ça ? on peut fermer des gens justes avec plus rien et ça les aide ? C'est même violent du coup d'un point de vue soignant ».* Les professionnels interrogés se sont projetés et s'estiment *« chanceux de ne pas avoir vécu ça »* ou espèrent ne pas le vivre disant que « cela serait surement plus délétère ».

La violence commence déjà par la manière d'appeler ces patientes : *'les vomisseuses'*. Le terme péjoratif, semble annoncer une suite peu valorisante. Les professionnels avouent trouver cette pathologie peu intéressante : *« Ce n'est quand même pas très flatteur, on ramasse quand même des haricots de dégueulis toute la journée ».* Un mal être soignant vis-à-vis de cette situation et du rejet se dégage. Pour autant, ils souhaiteraient changer cette prise en charge *« le protocole qui me paraître très drastique vraiment ».* Ils avouent avoir eu malgré tout un lien, un sentiment de s'être attaché avec certaines patientes hospitalisées sur des périodes où le temps ne venait pas à manquer au décours d'entretiens informels en écoutant leur peine et leur angoisse. Le temps, cette notion qui revient au cours des entretiens, les renvoie à un sentiment d'impuissance, disant *: « On n'a rien à leur proposer».* La luminothérapie mise en place semble adoucir cette violence et témoigne d'un aménagement et d'une évolution du cadre de soin. Du fait également des mouvements au sein des équipes, les professionnels ont parfois la sensation qu'à *« l'époque »* nous n'aurons pas plus de détail sur le laps de temps : *« l'équipe d'avant les anciennes on avait l'habitude du protocole assez carré …. À l'époque c'était très isolé dans le noir sans passage ».* Néanmoins certains soignants ressentent au travers de ce protocole, un bilan positif *« et puis en fait quand tu te rends compte que ça fonctionne »* mais trouvent que l'isolement n'est plus pris au sérieux. Nous avons également trouvé intéressant d'évoquer le

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

questionnement de professionnels car dans le discours la volonté de proposer une prise en charge efficace est perçue mais il clairement reconnu le caractère choquant du protocole actuel. *« Alors là après l'intérêt mais est ce que médicalement est ce que c'est plus intéressant de faire ce cadre est ce que c'est plus intéressant d'avoir quelque chose qui choque un peu justement qu'il fasse des déclics alors je sais pas du tout je ne maîtrise pas je ne maîtrise pas assez les vomissements incoercibles »*

En exprimant leur ressenti vis-à-vis du cadre de soin, les professionnels, nous font part du vécu des patientes, il en ressort beaucoup d'angoisse, de peine et d'incompréhension. Les mots employés par certaines patientes concernant leur prise en charge sont forts de sens. Le registre du traumatisme est utilisé. Ce sont des ressentis évoqués par les soignants mais nous nous posons la question de savoir avec le recul, si cette expérience reste un souvenir violent. *« Elles ne comprennent pas qu'on ne les isole pas pour les punir ». « Avec une patiente qui s'effondre à l'annonce du protocole qu'on va mettre en place et de l'isolement voilà une patiente qui avait perdu du poids bilan perturbé et du coup qu'on garde ».* Nous prenons conscience du vécu de la situation comme violente que ce soit pour les patientes comme pour les soignants, bien que chacun travaille avec sa sensibilité, il y a toujours en engagement dans le soin. Ici il semble déshumanisé, le verbatim utilisé est négatif et ce protocole semble être subi par les deux parties.

2.7 Suggestions

Les professionnels nous ont fait part des besoins qu'ils pouvaient avoir et des idées ou propositions à apporter à la prise en charge. Les soignants expriment un besoin de formation, afin de comprendre les mécanismes psychiques de la pathologie et mieux appréhender les contextes. *« Besoin de personnes qui connaissent bien le phénomène des vomissements… peut-être de faire une formation ».* Ils proposent d'anticiper notamment avec les consultations d'orientation précoces de début de grossesse. L'idée de repérer les patientes pouvant présenter des vomissements altérant leur quotidien avec des mesures préventives. Des conseils hygieno – diététiques sont proposés. Une prescription de traitements anti émétiques, voir un arrêt de travail pour qu'elles puissent se reposer sont faits. Dans certaines situations des séances d'hypnose ou de thérapie par activation de conscience sont indiquées. L'objectif est d'aider ces femmes à gérer l'anxiété et les nausées. L'art thérapie a également fait partie des conversations durant les entretiens. Les soignants évoquent de manière générale des soins visant au bien-être des patientes *: « Je pensais des massages il pourrait y avoir des choses un petit peu comme ça des exercices de relaxation des choses de l'ordre du bien-être qu'on pourrait faire avec la dame... leur proposer un moment de détente on peut proposer de la sophrologie… ».* Ceci nécessite d'avoir du temps. Du temps afin d'être dans une écoute active, des temps formalisés sans être interrompu par le téléphone ou par un médecin. Le soin relationnel interrompu lui fait perdre sa valeur. *« Il devrait y avoir des temps prévus je te dis n'importe quoi 8h-14h-18h tout comme tu fais un antibiotique il devrait*

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

y avoir un entretien avec la patiente savoir où elle en est. Et puis réévaluer avec elle pouvoir en discuter ce qui peut rarement être fait ». L'idée est d'intégrer la patiente au processus de soin de l'inclure dans un soin à valider. Nous retenons aussi des propos sur la durée d'hospitalisation *: « On doit s'améliorer car un retour à domicile plus rapide c'est précipité une ré hospitalisation … c'est peut-être là qu'on pèche un peu parce qu'on a besoin de lit et du coup elles rentrent plus tôt chez elles et on risque de les voir revenir donc faut faire attention ».* Par ailleurs ils sont conscients des limites actuelles des soins proposés *« si c'est juste pour hospitaliser quelqu'un le mettre dans le noir c'est un peu nul quand même. »* Une suggestion a également retenu notre attention allant aux antipodes de l'isolement *: « Faire autre chose penser à autre chose je ne sais pas et occuper leur esprit ailleurs que sur leur état de malade. »*

En conclusion, la prise en charge des vomissements incoercibles chez la femme enceinte semble complexe du fait des divergences entre ce que préconise le protocole, ce que ressentent les patientes et ce que le professionnel de santé souhaite améliorer dans sa pratique dans le respect et la bienveillance.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

3 Discussion

3.1 Forces et limites de l'enquête

La principale limite de cette enquête est le nombre d'entretien. Nous aurions souhaité prolonger l'enquête, d'autant plus que tous n'ont pas apporté la richesse attendue. Ils n'ont pas tous été réalisés en présentiel mais les outils de visioconférence ont alors permis de prendre en compte les données infra verbales. De nombreux thèmes ont été abordés et malgré les 8 entretiens nous pensons être arrivés proche de la saturation des données. Il aurait été intéressant de pouvoir également interroger des patientes afin de comprendre leur ressenti et qu'il ne soit pas supposé par le soignant. La force de ce travail est que ce sujet est peu étudié. Certes, la littérature n'est pas abondante, mais nous avons pu nous appuyer sur des thématiques connexes pour analyser le versant de notre approche.

3.2 Perception de la PEC par les soignants

« La perception est l'opération psychologique complexe par laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel » (3). La perception de la PEC par les soignants, apportera donc des éléments de réflexion et de sensibilité individuelle. *L'hyperemesis gravidarum*, met en difficulté les soignants part sa spécificité. La réflexion des soignants se nourrit de plusieurs composantes. D'une part, l'aspect médical qui comporte un impératif de rééquilibrer les désordres électrolytiques. D'autre part, le soignant identifie l'aspect psychique dans toute sa complexité, ainsi que l'aspect social.

3.2.1 L'isolement et le bien être

En termes d'approche psychologique, des hypothèses ont été soumises par des médecins au début du XX siècle. Cette pathologie était considérée comme une « névrose hystérique ». C'était une expression des femmes rejetant leur fœtus par la somatisation de leur corps. Elle était traitée par l'isolement, le but étant que les patientes désignées comme simulatrices révèlent leur souhait d'interrompre la grossesse. Actuellement l'idée est moins catégorique et s'oriente sur des interrogations, concernant la grossesse, des angoisses inconscientes, sans expression de rejet (4).

Le traitement par l'isolement lui, est toujours d'actualité. Il semblerait que cette « étiquette » d'hystérie maladie exhibée par le Dr Charcot soit restée dans les mémoires. A l'époque, cette pathologie réservée à la femme était traitée par celui-ci (5). Actuellement les soignants le vivent

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

comme une PEC moyenâgeuse et violente. Il est parfois associé à une prise en charge psychiatrique. Le simple fait de retirer ou d'interdire à la patiente visite, télévision, appels téléphoniques voir même de lumière va à l'encontre des notions de 'care" habituelles. Le soignant peut-il avoir le sentiment de "prendre soin" tout en ôtant des éléments de bien-être ? Il se questionne sur la dépossession et la dépersonnalisation de la personne soignée. L'appellation des patientes, ''vomisseuses'' est également très péjorative, Cette appellation est peut-être le reflet d'un rejet de la pathologie ou synonyme d'impuissance du soignant. Cela s'observe par exemple lors de l''installation en chambre. Ce temps est vécu de manière très variable chez les soignants. En effet, cela va de l'installation classique au sentiment de séquestration. Ce dernier est généré par la pénombre, l'isolement socio-familial, mais aussi la réduction des temps de soin. Les soignants identifient donc un écart entre leur temps qui est lié à l'activité du service, et le temps de la femme hospitalisée qui est lié à l'inaction. Dans l'article "le sens du temps", Marie-Claire Célérier, affirme "La vie de l'homme ne se déroule pas à l'échelle d'un temps absolu indépendant de lui et qui serait sa mesure ; le temps est par essence subjectif, dépendant tant de processus physiologiques que de processus psychologiques qui le constituent"(6). Il est donc probable que la patiente privée de tout contact, de toute occupation perçoive ce temps comme très long. L'identification de ce phénomène provoque un malaise chez le soignant.

Ce malaise trouve probablement ses racines dans la connaissance des besoins fondamentaux décrits par V. Anderson(7) . Les formations aux métiers de la santé nous apprennent que parmi ces besoins, il y a "le besoin de se récréer, de communiquer…". Notre rôle est aussi de respecter ces besoins, ce qui n'est pas le cas lors de l'isolement. Nous comprenons alors que les soignants perçoivent cette PEC comme contraire au bien-être de la patiente. Introspection, décupler les sens, se recentrer sur soi. Ces termes semblent effectivement plus doux que l'isolement mais la finalité est la même. Le simple fait d'utiliser ce registre de langage plus doux pour expliquer ce qui leur semble violent et désuet montre la bienveillance que le soignant veut amener à la patiente. Le passage du psychologue est normalement assuré au moins une fois durant l'hospitalisation afin de mettre un peu de sens sur cette prise en charge restrictive. « Une action qui a du sens est, pour Weber, une action compréhensible. La compréhension (verstehen) peut avoir un caractère rationnel, quand on comprend intellectuellement de façon claire et exhaustive, immédiate et univoque, ou bien un caractère "endopathique", d'affection intérieure, quand on comprend de manière affective, connectée aux sentiments…» (8). Le psychologue essaye de poser des mots sur les maux de la patiente. La difficulté perçue par les soignants est précisément de comprendre les processus physio et psycho-pathologiques et donc, le vécu de la femme. L'hypothèse si difficile à démontrer d'un lien entre la psyché et le soma est mise en avant dans plusieurs entretiens. Ils expriment une difficulté à apporter du soin dans ce cadre qui laisse peu de place à l'humain. Le fait d'avoir du sens, doit exister pour la personne soignée mais aussi pour le

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

soignant. En effet, c'est souvent ce dernier qui doit expliquer et donner du sens. Or la citation de ce qui a du sens selon Weber, permet de prendre conscience que tout n'est pas rationnel. Les savoirs interviennent mais le soignant fonctionne aussi avec ses affects, ses projections… L'étude montre qu'il est alors difficile d'avoir une relation de qualité avec la femme tout en la privant de liberté et en appliquant des consignes dont l'efficacité n'est pas formellement prouvée. Cette sensation décrite comme 'étant là pour mettre la femme dans le noir' est notifiée dans nos résultats. La violence ressentie lors d'une prise en charge met inévitablement le soignant dans une position de défense. Il se met en retrait pour se protéger de ce que l'isolement associé à la patiente et sa détresse lui renvoie. Il se retrouve devant ses propres craintes et face à la question et si c'était moi (9) ?

L'absence de formation approfondie sur les causes psychosomatiques est un frein à la prise en charge globale de la patiente. Une formation d'équipe semblerait être une aide et permettrait de valider des soins de manière pluriprofessionnelle. Cela pourrait éviter les prises en charge clivantes, le sentiment de culpabilité, l'agacement ou la difficulté à être dans l'empathie. Néanmoins les changements récurrents des soignants dans les équipes remettent en question l'idée.

3.2.2 Crainte du refus de la patiente à la prise en charge

Nous avons constaté que la perception de l'isolement mettait mal à l'aise le soignant. Ceci occasionne une difficulté supplémentaire pour lui car il doit favoriser l'adhésion du protocole par la patiente. L'analyse montre qu'à leur arrivée les femmes sont souvent épuisées par les vomissements incoercibles. L'hospitalisation leur apparait comme étant la solution face à la souffrance physique et psychique qu'elles vivent. En revanche elles paraissent rapidement sidérées par l'explication du protocole. Les études montrent que de cet isolement des patientes ressortent déprimées mais que le soignant à un rôle clef à jouer dans cette prise en charge et le vécu de celle-ci (4).

Nos résultats révèlent le que le soignant est en recherche de l'acceptation de la patiente en utilisant les mots « on vous propose » plutôt qu'en se situant dans un registre infantilisant. Ils ont le souhait d'établir un lien de confiance avec la patiente. Nous avons observé dans cette étude que pour obtenir une relation de qualité les soignants réussissaient à se dégager un temps sur la nuit qu'ils estiment plus propice au lien. « La nuit est le temps de l'être dans toute sa nudité aux dépens du paraître. C'est par conséquent ce qui domine les échanges entre les humains, a fortiori dans la situation de soin, dès lors que la nuit vient ombrer la 'prescription identitaire', en particulier institutionnelle, de l'infirmière » (10). Ce temps est ressenti comme privilégié, il est parfois témoin d'un moment de 'lâcher prise émotionnel' de ces femmes. Néanmoins les équipes de nuits sont réduites et cette disponibilité n'est jamais acquise. Par ailleurs, la patiente dormira pendant la nuit. C'est donc surtout au premier tour du

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

début de nuit qu'il faut voir si le soignant veut profiter de cette opportunité psychique et peut se montrer disponible.

Le sentiment de solitude et d'incompréhension est majoré par l'isolement qui leur est imposé. Les soignants tentent par une communication bienveillante de projeter la patiente dans l'hospitalisation et le futur en leur expliquant la globalité du séjour et l'évolution du protocole. Cette communication leur permet également de focaliser l'attention de la patiente sur l'après plutôt que sur le présent et l'hospitalisation(11). Cela participe à l'incitation à adhérer au soin. Sans communication, discussion et relation de confiance, le risque d'échec ou de sortie prématurée est important (12) (13). Pour finir quelle sont les possibilités qui s'offrent à la patiente qui dépasse le stade de « petits maux de la grossesse » ? Pour cette patiente dont le quotidien est devenu insupportable dans les cas les plus sévères. Il semble qu'hormis une hospitalisation peu de choses existent en France. Il existe une association née en 2018 qui permet à ces femmes d'être reconnues dans leur pathologie (14). Au Canada il y a un protocole nausées et vomissements de la grossesse avec des conseils hygieno diététiques, des soins non allopathiques mais également une plateforme de soutien(15). Ce modèle de protocole pourrait être proposé lors des consultations d'orientation précoce pour les patientes chez qui des fragilités sont dépistées. Cela offrirait aux patientes une prise en charge dès les premières manifestations de la maladie.

3.3 Personnaliser le soin

Les soignants ont fréquemment évoqué la difficulté de comprendre ce qui se vit pour la patiente. En effet, les patientes voient différents professionnels lors de la décision d'hospitalisation en un temps relativement limité. La prise en compte de la globalité de la personne semble peu présente n'a pas d'influence sur la prise en charge protocolisée. La question peut s'envisager aujourd'hui dans l'autre sens : Le protocole peut-il dépendre de la connaissance et de l'environnement de l'environnement familial et culturel de la patiente ? Nous approcherions une prise en charge globale et holistique essentielle tout en tenant compte des besoin psychologiques physiologiques et sociaux (16).

Quatre aspects de fragilité émergent au cours de notre enquête : *« Ce sont souvent des patientes étrangères qui ne parlent pas français qui sont déracinées qui n'ont pas de famille et celle où tu dis qu'il y a un problème dans le couple ou dans son travail, un burn out* ». En termes de conséquences, le dénominateur commun à ses patientes est qu'il existe un impact physique et psychosocial aux vomissements incoercibles. Il semble donc que le traitement somatique du vomissement soit le même mais la prise en charge qui l'entoure ne peut être similaire. Chacune de ses femmes présentant une ou plusieurs de ces fragilités, a des besoins différents de prise en charge. Lorsque le diagnostic est établi

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

et la sévérité évaluée grâce à l'aide d'outils grille ou checklist, la prise en charge pluriprofessionnelle et holistique de la patiente semble souhaitable (17). Il est important d'accepter que la cause exacte puisse être inconnue mais il n'en demeure pas moins primordial de mettre en évidence les souffrances. Qu'elles soient à l'origine ou une conséquence des vomissements incoercibles, qu'elles aient eu lieu dans l'enfance, dans la vie d'adulte, intime ou qu'il s'agisse d'un déséquilibre social lié à la perte du cocon familial resté dans le pays d'origine (18). Dans ce cas précis, il semble que ces patientes soient déjà isolées. Quel est le rôle de l'isolement si ce n'est renforcer un peu plus le sentiment de solitude des patientes ? Nous avons constaté que lorsque les patientes arrivaient en hospitalisation, qu'elles soient accompagnées ou non, elles sont dans un état de mal-être important, fatiguées physiquement et psychiquement. Les hypothèses que nous pouvons émettre quant à cette demande d'aide tardive sont : la stigmatisation de la maladie ainsi que la difficulté pour les femmes de prendre conscience qu'il ne s'agit plus de symptômes bénins de début de grossesse.

Pour comprendre ce que la patiente vit et ressent, un entretien peut être proposé à l'admission. Il sera réalisé par le professionnel qui décidera de l'hospitalisation. Cet entretien sera guidé par une trame avec des questions clefs. Parmi ces questions, il serait utile de distinguer les facteurs de risque, vulnérabilité. Qu'ils soient psychologiques, sociaux. L'entretien peut aussi permettre de repérer si la patiente est consciente de ce qui se passe et des risques. Cette conscience du problème peut avoir une influence sur l'adhésion à la prise en charge. Cette étape de compréhension sera essentielle non seulement pour 'accepter' le soin mais elle représente aussi un début de guérison. L'entretien sur une base de multiples critères permettraient d'orienter la prise en charge de la patiente et pourraient être le lien avec différentes structures adaptées à ses besoins. L'entretien sera tracé sur informatique et validé comme un soin puis une observation sera saisie pour expliciter la conduite à tenir.

3.4 Accentuer l'axe psychologique

La situation de vomissements gravidiques nous envoie de nombreux signaux de mal-être. En décodant ces signaux nous aurons des axes de PEC plus précis. Mais, même s'ils ne sont pas décodés, leur simple identification permettra de choisir la PEC. Autrement dit, la compréhension de ce que la patiente a vécu ou vit actuellement est forcément aidante, mais elle n'est pas une condition sinequanone à une PEC adaptée. Comme évoqué précédemment, certains besoins fondamentaux sont bousculés par la prise en charge. Le concept même de l'isolement, ainsi que sa mise en œuvre, vont à l'encontre de certaines valeurs du soin. Les soignants montrent qu'il est difficile de se montrer bienveillant, empathique, contenant dans ce contexte. Les patientes ressentent davantage une répression qu'un soin. Cela majore leur culpabilité face à leur état et les renferme sur elles même car dans la société

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

cette pathologie dégage un refus de la grossesse. Certaines patientes se sentent obligées de dire dès le début de l'hospitalisation *« cette grossesse est désirée vous savez »* probablement par peur du jugement. Pour pallier cette difficulté et rester dans le cadre, notre étude nous a montré que les soignants essayaient d'adapter ce protocole. Les soignants proposent de *« Moduler et adapter »* le protocole ou plutôt tenter de le réinterpréter pour apporter du confort à ces femmes dont la prise en charge ne se résume pas uniquement à des perfusions. Les soignants cherchent à améliorer leur prise en charge avec l'ajout de lumière tamisée et l'utilisation d'huiles essentielles pour apaiser les nausées. Ils cherchent à être dans la proposition plutôt que l'imposition. Néanmoins ces propositions semblent rester insuffisantes au regard du caractère coercitif du protocole et le malaise qu'il crée.

Le protocole de soin des hôpitaux de Saint Maurice propose la suppression l'isolement dans le noir. L'annotation est inscrite en caractère gras, qui préconise une limitation des visites et qui impose un suivi psychologique(19). Le principe maître de l'isolement est de réaliser une introspection avec un objectif final d'atteindre un état de sérénité complet. Cela nécessite un climat de confiance absolu dans la relation soignant-soigné (20) (21). En pratique l'isolement est un soin mais ne peut se substituer aux autres. Comme en atteste la citation suivante extraite de l'HAS « L'isolement est une mesure limitée dans le temps….dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs (22) ».

L'introspection, est l'observation par le sujet lui-même de ses états de conscience et de sa vie intérieure(23). Alors qu'en est-il de son application et de sa faisabilité dans le protocole d'isolement ? Ce dernier présente une dimension brutale ressenti pour les équipes soignantes, ainsi que pour les patientes avec un possible refus d'application du protocole. De plus nous n'avons en notre possession que peu de résultats disponibles quant à son efficacité. Nous retrouvons donc de nombreux obstacles à sa mise en place, comme l'assimilation à une prise en charge à tendance psychiatrique, des rechutes de la pathologie. Ces rechutes peuvent majorer le sentiment d'impuissance du soignant et d'échec pour la personne soignée. Celui-ci peut renforcer la fragilité narcissique de la femme. L'ensemble de ces éléments concourent à un déséquilibre de la balance bénéfice-risque en faveur du risque. Un aspect humainement sombre se dégage d'une telle prise en charge, même lorsque cette dernière est bien conduite, par sa dimension autoritaire et paternaliste. Aucune donnée de la littérature ne prône la nécessité d'un isolement pour la réalisation d'une introspection. Il semble que l'isolement à ce jour n'ait pas prouvé sa supériorité thérapeutique dans la prise en charge de patiente présentant des vomissements gravidiques. Ce dernier persiste de façon culturelle et historique, mais perpétue l'idée que les vomissements gravidiques relèvent plus un déséquilibre psychique que somatique (4) (24). Tout ceci concourt à une dévalorisation de la pathologie, une banalisation de la pratique d'isolement

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

sans en apporter les bénéfices escomptés car cette prise en charge est initialement non dénuée d'intérêt. Elle est imprégnée de considérations sociétales qui à ce jour sont toujours aussi stigmatisantes. En somme il en émane à la fois de la brutalité et une volonté d'apaisement. Cette dualité est probablement une des raisons principales d'échec et de difficulté dans la prise en charge.

Dans l'optique d'une introspection bien conduite et sereine, se pose la question d'écarter la nécessité d'un isolement qui serait vécu comme punitif, infantilisant, qui fait débat. Il serait remplacé par un accompagnement bien conduit à l'aide de psychologues sensibilisés à ce genre de pathologie. Cela permettrait de considérer sans stigmatiser la place phare de la fragilité psychologique reconnue et associée aux vomissements incoercibles, de réassurer la femme au sein de sa PEC, et de lui conférer une dimension la plus holistique possible. Dans un cadre plus serein, la prise en charge psychologique pourrait reprendre un sens clé et s'intégrer avec la prise en charge somatique. Ainsi il semble primordial de dédramatiser le fait d'avoir besoin d'un accompagnement psychologique. Une patiente actrice de sa prise en charge sera plus à même d'accueillir l'aide proposée, là où l'isolement lui retire sa capacité d'action. Dans ce contexte on pourrait imaginer conférer un rôle central à nos collègues psychologues. Un rôle qui ne soit pas uniquement celui d'un consultant et qu'il s'inscrive dans le suivi et l'orientation des patientes(25). En effet, la femme enceinte vit une véritable gestation psychique. Le concept de transparence psychique nous apprend que le vécu antérieur affleure à la conscience durant la grossesse. Certaines souffrances peuvent alors être majorées et les vomissements sont potentiellement une expression du mal-être de la femme. Par ailleurs, la grossesse est un temps de questionnement sur les liens familiaux. La femme passe de "fille de" à "mère de". Elle a besoin de se sentir soutenue dans ces changements. Face à tant de mouvements psychiques, le psychologue apporte son regard de professionnel spécialisé. Il aide ainsi les équipes à mieux comprendre le vécu de la patiente. Son rôle s'envisage donc dès le début du séjour, mais également au bout de quelques jours. Il pourrait ainsi suivre l'évolution et participer à la décision sur la suite du séjour. Il faut que ce souci du versant psychologique soit omniprésent lors du séjour. Il ne s'agit pas de se reposer uniquement sur le psychologue. Il nous faut aussi assurer une continuité de ce soin. Par conséquent, c'est au quotidien que les soignants ont besoin de temps pour échanger avec leur patiente, tracer ces échanges.

Ainsi la sortie de la patiente serait donc plus uniquement basée sur une reprise de poids et un ionogramme sanguin. La PEC devient plus globale car les aspects physiques ne sont plus les seuls pris en compte dans les décisions. Cette proposition peut être difficile à tenir sur le long terme si l'équipe ne dispose que d'un professionnel. Il pourrait être intéressant d'avoir d'autres soignants experts et donc formés dans ce domaine qu'est la relation d'aide (26).

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Le système canadien est un peu différent du nôtre et les infirmières n'ont pas exactement le même champ de compétence mais les propositions de soins non pharmacologiques sont fortement encouragées et prescrites en fonction de la sévérité des maux(27). Prendre soin de soi c'est une notion qui revient dans les lectures étrangères. Nous voyons ainsi que même au sein d'un hôpital général, les traitements allopathiques peuvent côtoyer d'autres types de traitements. Les suggestions des soignants interrogés pour notre étude, vont dans ce sens, et leur objectif est d'être plus en lien et dans un soin relationnel avec les patientes. Les patientes ne devraient pas être uniquement dans l'introspection mais également dans des temps de détente ou de 'lâcher prise'. *« Permettre aux femmes d'occuper leur esprit ailleurs que sur leur état de malade ».*

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

4 Conclusion

La question de l'isolement dans la prise en charge des vomissements incoercibles de la grossesse reste peu étudiée. Certaines structures ont mis en place des protocoles moins coercitifs et une prise en charge plus personnalisée à la patiente.

La conduite à tenir actuelle peut mettre en difficultés les soignants notamment du fait de la méconnaissance de l'origine de cette pathologie. Ils ont tendance à adapter le protocole afin d'abaisser la violence qu'il renvoie. Ceci est notre premier constat. Le défaut de formation crée une ignorance et une relation altérée entre le soignant et le soigné. Le vécu est difficile et éprouvant pour les patientes qui se sentent incomprises et rejetées alors qu'elles expriment une souffrance.

En permettant une prise en charge holistique de la patiente, le caractère individuel de chacune est mis en avant et les soignants acceptent que les raisons inconscientes qui les amènent en hospitalisation puissent être complexes. En valorisant Le temps relationnel , la prise en charge sera de meilleure qualité car son objectif ne sera plus de combler le vide créé par l'isolement, mais bien d'accompagner la femme dans sa souffrance.

Une évaluation globale permet la mise en évidence d'une hypothèse étiologique. Le socle du soin s'appuie alors sur l'axe relationnel grâce à une prise en charge conjointe et pluriprofessionnelle. L'isolement, est remplacé par un plan de soin personnalisé à la patiente. Cela lui permet de bénéficier de soins individualisés et d'être en lien avec les professionnels formés à la problématique identifiée et réévaluée durant le séjour. La sortie n'est plus conditionnée au poids ni au bilan sanguin mais est étudiée conjointement avec les référents de l'hospitalisation.

Cette proposition peut mettre en avant une problématique associée et peut être le point de départ d'une prise en charge parallèle où le soin est basé sur l'écoute, le respect et la protection. Le tout en proposant la contenance dont la femme à besoin en travaillant en réseau avec des partenaires.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

5 Bibliographie

1. Mela-Jumel et Gaucherand - Vomissements et grossesse.pdf. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/09/vomissementsetgrossesse.pdf

2. Ducarme G, Dochez V. Vomissements incoercibles de la grossesse : mise au point. La Presse Médicale. 1 déc 2015;44(12, Part 1):1226-34.

3. Perception : Définition de Perception. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/definition/perception

4. Masson E. L'approche psychologique des vomissements incoercibles gravidiques. EM-Consulte. [cité 24 févr 2022]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/115145

5. Baudrand P. A propos des vomissements graves de la grossesse: fondements historiques et modernité de la pratique de l'isolement en service de maternité. :280.

6. Célérier M-C. Le sens du temps. Champ psychosomatique. 2003;30(2):9-26.

7. Henderson - Les 14 besoins fondamentaux.pdf. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www.psychaanalyse.com/pdf/psychologie_14_BESOINS_FONDAMENTAUX_VIRGINIA_HENDERSON.pdf

8. Yzaguirre F de. Organisation et sens. Érès; 2019 [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/dictionnaire-de-sociologie-clinique--9782749257648-page-451.htm?contenu=article

9. KB HG article.pdf. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: https://www.pregnancysicknesssupport.org.uk/documents/KB%20HG%20article.pdf

10. Soliveres AP. 4.1. La nuit des soins infirmiers. Hermann; 2013 [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/prendre-soin--9782705687120-page-225.htm

11. François A. La temporalité de la santé. Philosophia Scientiae. 2012;163(3):89-111.

12. Verdon C, Lavoie M, Blondeau D. Relation et communication : une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné. Recherche en soins infirmiers. 2013;114(3):92-92.

13. « Communiquer, c'est soigner ! » - Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/communiquer-c-est-soigner-420103

14. Notre association. Association de lutte. [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: https://www.associationhg.fr/notre-association

15. PDF_nauseaandvomitinginpregnancy_FRE.pdf. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: http://www.pregnancy.sogc.org/wp-content/uploads/2014/05/PDF_nauseaandvomitinginpregnancy_FRE.pdf

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

16. Hyperemesis Gravidarum (HG): Impact on Emotional Health and Wellbeing. International Forum for Wellbeing in Pregnancy. [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: https://www.ifwip.org/hyperemesis-gravidarum-hg-impact-on-emotional-health-and-wellbeing/

17. checklist-for-gps-dec2011.pdf. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: https://www.pregnancysicknesssupport.org.uk/documents/checklist-for-gps-dec2011.pdf

18. Groleau - 2005 - La détresse et l'enfantement l'hyperemesis gravi.pdf. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/showarticlefile/35970/main.pdf?fbclid=IwAR2Q93uubifhkaQvZ55yucnWZAh69Bn29_KWZR1CsxaabCnc1KNmU1dNRJo

19. vomissement_grossesse.pdf. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: http://www.cegorif.fr/protocoles/St_Maurice/PDF/vomissement_grossesse.pdf

20. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Recherche en soins infirmiers. 2007;89(2):33-42.

21. reflexions_philosophique_Lebret.pdf. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/reflexions_philosophique_Lebret.pdf

22. isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf

23. Larousse É. Définitions : introspection - Dictionnaire de français Larousse. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/introspection/44019

24. Vallerent A. 9. Vomissements incoercibles de la grossesse. Dunod; 2017 [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-81.htm

25. Bioy A. Place du psychologue dans les « nouveaux dispositifs » de soins et la question de l'interdisciplinarité. Le Journal des psychologues. 2009;266(3):18-21.

26. les_7_concepts_de_la_relation_daide.pdf. [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/les_7_concepts_de_la_relation_daide.pdf

27. Leclerc J. Nouvelles recommandations pour la prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse. 2017;14:6.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Annexes

Annexe 1 :

Information préalable au traitement
A remettre à la personne concernée

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude sur : *La prise en charge des patientes atteintes de vomissements gravidiques,* nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Les données à caractère personnel traitées par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en tant que promoteur de la recherche serviront à renseigner l'ensemble des documents nécessaires à la validation de la recherche par les autorités compétentes. A ce titre, elles seront traitées par l'équipe de recherche et pourront être communiquées à différents organismes [CNIL, Comité de Protection des Personnes, Commission Nationale des Recherches Impliquant la Personne Humaine, CEREES].

Vos données sont réservées aux seules personnes ayant besoin d'en prendre connaissance dans le cadre de cette étude. Ils sont tous soumis dans l'exercice de leurs fonctions au secret professionnel.

Le responsable du traitement est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. L'établissement a désigné un Délégué à la Protection des Données (DPO) que vous pouvez joindre à l'adresse

Délégué à la Protection des Données
Direction Générale, Centre Hospitalier Fleyriat,
900 route de Paris, 01440 VIRIAT

ou par courriel à dpo@ght01.fr pour toute question relative à la protection des données personnelles.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et sous format papier afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche jusqu'à la publication de la recherche.

Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le traitement des données s'entend de la prise de connaissance, de la saisie, de l'analyse et de la communication d'informations vous concernant et constituant des données à caractère personnel.

Les finalités du traitement des données sont :

- *Observer comment les soignants mettent en œuvre le protocole*
- *Perception de la PEC*
- *Etudier si les soignants ont des expériences professionnelles de PEC alternatives*
-

La base juridique de ce traitement est l'exécution d'une étude réalisée par d'entretiens prévue par l'article 5 de la Loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Les données traitées dans le cadre de la recherche sont :

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

- Nom, Prénom ou Pseudo
- Année d'obtention du diplôme d'État, formations complémentaires, durée d'exercice, type de service
- mail si la personne le souhaite pour faciliter l'échange si question sur l'avancé du travail
- Service d'exercice.

Ces traitements sont conformes à la Loi relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et ainsi qu'au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement Général sur la Protection des Données).

Durée de conservation

Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci.

Dans le cadre du traitement de vos données il vous est rappelé que vous bénéficiez de droits que vous pouvez exercer directement en contactant le DPO de l'établissement :

Le droit d'accès à vos données (Article 15 RGPD) : Droit de demander la confirmation que des données à caractère personnel vous concernant sont ou ne sont pas traitées et, lorsqu'elles le sont, l'accès auxdites données à caractère personnel ainsi que des informations sur le traitement, les destinataires, la durée de conservation, les finalités du traitement et les lieux de stockage.

Le droit de communication d'une violation de données à caractère personnel (Article 34 RGPD) : Lorsqu'une violation de données à caractère personnel est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés, l'établissement s'engage à vous garantir une communication de la violation de vos données à caractère personnel dans les meilleurs délais.

Sous certaines conditions :

Le droit à l'effacement (Article 17 RGPD) : Droit de demander à l'établissement d'effacer, dans les meilleurs délais, les données à caractère personnel vous concernant lorsque les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou si vous vous êtes opposé au traitement de vos données comme prévu ci-dessous.

Le droit de rectification (Article 16 RGPD) : Droit de demander la rectification des données à caractère personnel vous concernant qui sont inexactes. Compte tenu des finalités du traitement, vous pouvez également demander que les données à caractère personnel incomplètes soient complétées, y compris en fournissant une déclaration complémentaire.

Le droit d'opposition au traitement sous réserve de motif légitime (Article 21 RGPD) : Droit de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel vous concernant.

Vous avez également le droit de porter une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés si vos données ne sont pas traitées conformément à la règlementation concernant le la protection des données personnelles.

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Annexe 2 :

Engagement de confidentialité

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE

Dans le cadre de la mise en place d'une étude rétrospective ayant pour finalité la présentation d'un mémoire, les étudiants ont besoin d'accéder à des données de santé.

Les données communiquées pour cette étude sont issues de dossiers de patients sélectionnés pour la pertinence des informations à l'objet de la recherche. Elles sont hébergées par le Centre Hospitalier Fleyriat.

Afin de garantir le respect du secret médical, la confidentialité et la sécurité des données ces dernières sont soumises à des règles strictes d'utilisation.

I. Les données communiquées ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. Elles doivent être conservées sur un poste de travail verrouillé avec un système d'authentification forte comprenant un identifiant et un mot de passe répondant aux recommandations de sécurité de la Commission Nationale Informatique et Liberté (12 caractères minimum, majuscules, minuscules, chiffres, et caractères spéciaux). Sous aucune forme tout ou partie des données ne peut-être stockés sur un support informatique portatif (mémoire externe, disque dur externe, clef USB…)

II. Tout document sur format papier contenant des données de santé doit impérativement être rangé dans une armoire verrouillée après chaque usage. Aucun document ne doit être laissé à la vue d'une personne extérieure à l'équipe de recherche.

III. De façon générale, aucune personne tierce à l'équipe de recherche ne peut avoir accès et/ou prendre connaissance d'une quelconque donnée communiquée dans le cadre de la recherche.

IV. Les échanges de données entre les membres de l'équipe de recherche se feront exclusivement par dossier chiffré muni d'un mot de passe.

V. A la fin de la recherche, l'ensemble des données sera supprimé.

Considérant le secret médical et la législation sur la protection des données, l'étudiant(e) à l'origine de la recherche s'engage à l'ensemble des éléments susmentionnés. Il ou elle s'engage également à apporter tout le soin et la diligence nécessaire, à mettre en œuvre toutes les mesures de prudence permettant de prévenir une violation de la confidentialité compte tenu du caractère sensible des données traitées et reconnait avoir connaissance des bonnes pratiques en matière de protection des données.

En cas de violation de la confidentialité des données communiquées, quelle qu'en soit sa source, l'étudiant(e) reconnait qu'il ou elle procèdera immédiatement et sans délai indu, dès qu'il ou elle en aura connaissance, à sa notification au délégué à la protection des données de l'établissement.

1/2

Les obligations des présentes entrent en vigueur au jour de la signature du présent document par l'étudiant(e). Les obligations produiront leurs effets jusqu'au terme de la recherche et la suppression de l'ensemble des données personnelles identifiantes.

Date : le28 juin 2021

Nom et prénom : Garrigues Samantha

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Lu et approuvé :

2/2

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Annexe 3 :

Trame d'entretien :

Pouvez-vous vous présenter :

- Prénom ou pseudo : ……
- Quel diplôme cursus
- Nombre d'années de diplôme
- Autres formation (DU ..)

Parlez-moi d'une prise en charge d'une patiente atteinte de vomissements incoercibles de la grossesse qui vous a marqué.

- Comment cette pathologie est perçue par l'équipe ?
    - Partagez-vous ce sentiment ?
- Pouvez-vous me décrire comment vous installez la patiente ?
    - Ambiance de la pièce ?
    - Moyens de communication ?
- Comment lui expliquez-vous sa PEC ?
    - Quels mots ?
- La PEC globale évolue-t-elle au fil du séjour ?
    - Moyens de communication, ambiance de la pièce…
    - Moyens thérapeutiques
- Racontez-moi les contacts entre l'équipe et la patiente au fil du séjour ?
    - Est-ce qu'il a des temps d'entretien avec la patiente ?
    - Si oui comment s'organisent-ils ? (Prévus ou spontanés)
    - Est-ce que vous vous appuyez sur d'autres professionnels ?

Fin de l'entretien : De manière générale, avez-vous un avis ou des idées à exprimer sur ces expériences de PEC ?

- Est-ce qu'un détail particulier ou d'autres évènements vous ont marqué / interpelé et que vous souhaiteriez évoquer sur une patiente ?
- Avez-vous un avis à partager ou des nuances à apporter sur la prise en charge actuelle de ces patientes ?
- Auriez-vous des idées ou expériences d'améliorations de PEC si vous en aviez la possibilité ? ou d'autres PEC alternatives qui pourraient être proposées ?
    - Qu'est-ce qui vous fait penser à ce moyen ? Dans quel cas serait-il intéressant à utiliser ?

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

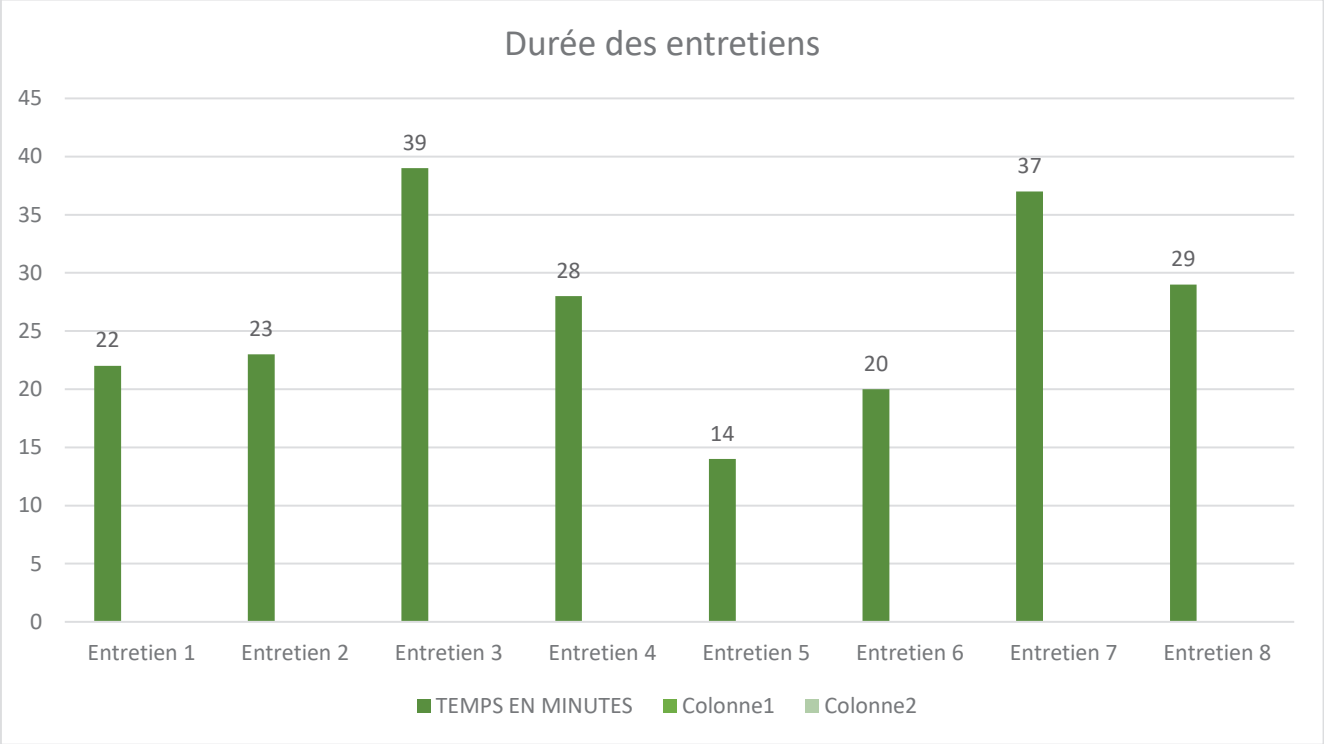
- Identifiez-vous des éléments qui pourraient vous aider en tant que soignant dans la prise en charge ou plus simplement demandé ☐
    - De quoi auriez-vous besoin pour vous faciliter cette prise en charge ? ☐

      A demander si le soignant montre des difficultés
- Y a-t-il d'autres choses que vous voulez évoquer ? ☐

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Annexe 4 :

Durée des entretiens



GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Annexe 5 :

Tableau d'analyse

Items généraux	Items particuliers	
Infos sur le professionnel ou pseudo	Profession	
	Experience	
Accueil	Description/environnement de l'hospitalisation	A1
	Questionnement sur le contexte	A2
Communication /relation	Circonstances	B1
	Aspect quantitatif	B2
	Aspect qualitatif	B3
	Entre professionnels	B4
Prise en charge	Prise en compte de la globalité de la personne (environnement familial culturel)	C1
	Utilisation du protocole	C2
	Suivi (revoir la patiente)	C3
	PEC psycho (quelque soit le soignant)	C4
	PEC interdisciplinaire	C5
	Thérapeutique /bilan sanguins	C6
	Thérapeutiques non allopathiques / méthodes douces visant au bien être	C7
	Suggestions	C8
Difficultés	Disponibilités à la patiente	D1
	Connaissances/formation	D2
	Compréhension de la situation	D3
	Crainte de la non adhésion à la PEC/impuissance	D4
Cadre de soin	Comment est il posé	E1
	Quel est le cadre et son évolution (les mots utilisés)	E2
	Ressenti patiente (évoqué par le soignant)	E3
	Ressenti soignant	E4
	Remise en question du cadre ou de la PEC	E5
	Surveillance du cadre	E6
Autres	Jugements de valeurs / stéréotypes	F1
	Idées reçues	F2
	Conflits interprofessionnels	F3
	Evolution de la PEC au fil des années	F4

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)

Auteur : GARRIGUES Samantha | Diplôme d'Etat de Sage-femme

Titre : La prise en charge des vomissements incoercibles de la grossesse

Résumé :

Introduction- Lors de la grossesse, les vomissements gravidiques sont un des « maux » les plus fréquemment retrouvés au premier trimestre. En effet, cela touche 70% à 80% des femmes enceintes. Cette pathologie peut se compliquer par l'hyperemesis gravidarum qui touche à 0,5 à 2% de ces grossesses. Le protocole préconise une hospitalisation en chambre seule au calme et un temps d'isolement dans le noir sans contact avec l'extérieur. Elle sera accompagnée d'une réhydratation hydroélectrolytique parentérale avec des antis émétiques intra veineux.

Objectif - Comprendre le vécu des soignants face au protocole d 'isolement des patientes hospitalisées pour vomissements incoercibles de la grossesse.

Méthode - Réalisation d'une étude qualitative avec 8 entretiens semi directifs. Nous avons interrogé des infirmières, sage-femmes et auxiliaires de puériculture d'un même centre hospitalier.

Résultats et discussions - Les soignants se sentent en difficultés face à l'isolement des patientes. L'isolement renvoie de la violence et une dimension psychiatrique. Il ne correspond pas au prendre soin. Ils adaptent le protocole pour proposer un cadre contenant et des soins relationnels. Les professionnels éprouvent une difficulté de prise en charge par le manque de connaissances et de compréhension de la pathologie.

Conclusion - Une évaluation globale permettrait la mise en évidence d'une hypothèse étiologique. Le socle du soin serait relationnel grâce à une prise en charge conjointe et pluriprofessionnelle. L'isolement est considéré comme étant obsolète et délétère pour la femme. Il serait remplacé par un plan de soin personnalisé à la patiente. Cela lui permettrait de bénéficier d'une prise en charge holistique.

Mots-clés : hyperhemesis gravidarum, isolement, relation soignant soigné, PEC holistique, prise en charge, approche psychologique, traitement

Title: Management of incoercible vomiting in pregnancy

Abstract:

Introduction-During pregnancy, gestational vomiting is one of the most frequently found "ailments" in the first trimester. Indeed, it affects 70% to 80% of pregnant women. This pathology can be complicated by *hyperemesis gravidarum* which affects 0.5 to 2% of these pregnancies. The protocol prescribes hospitalization in a quiet room alone and a time of isolation in the dark without contact with the outside. It will be accompanied by parenteral hydroelectrolytic rehydration with intravenous emetics.

Objective - understand the experience of caregivers with the isolation protocol of patients hospitalized for incoercible vomiting of pregnancy.

Methods - Realization of a qualitative study with 8 semi-directive interviews. We interviewed nurses, midwives and childcare assistants from the same hospital.

Results & Discussion - Caregivers feel challenged by patient isolation. Isolation refers to violence and a psychiatric dimension. It does not correspond to taking care. They adapt the protocol to offer a containing framework and relational care. Professionals experience a difficulty in management due to the lack of knowledge and understanding of the pathology.

Conclusion - A global assessment would make it possible to highlight an etiological hypothesis. The basis of the care would be relational thanks to a joint and multi-professional care. Isolation is considered obsolete and deleterious for the woman, would be replaced by a personalized care plan for the patient. This would allow him to benefit from holistic care.

Key words: hyperhemesis gravidarum, darkness, healer-healed relationship, psychological support, holistic approch, medical treatment, vomiting pregnancy

GARRIGUES
(CC BY-NC-ND 2.O)