

Détresse des couples lors de pertes de grossesse précoces

VÉRONIQUE ECKERT et FABIENNE COQUILLAT

Rev Med Suisse 2022; 18: 1723-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.795.1723

Parce que la grossesse est encore invisible, la perte de celle-ci, qu'elle survienne dans les premières semaines ou au début du deuxième trimestre, est un événement qui demeure silencieux, voire tabou. Souvent minimisée par l'entourage du couple, par la société, elle laisse des traces, de la détresse psychologique autant chez la femme que chez l'homme.

LA COMPLICATION LA PLUS FRÉQUENTE DE LA GROSSESSE

Actuellement, le terme «perte de grossesse» est privilégié à celui de «fausse couche». Cet événement gynécologique est défini par l'arrêt d'une grossesse avant 24 semaines d'aménorrhée (SA). Lorsqu'il survient avant 10 SA, la perte est dite précoce et peut survenir une fois ou à plusieurs reprises. 12% des grossesses se compliquent d'une perte précoce. Une femme sur 4 avant 39 ans est confrontée à cette complication précoce tandis que 4% d'entre elles vivent 2 pertes consécutives et 2% plus de 3. Cette fréquence est probablement sous-estimée étant donné que beaucoup de pertes précoces se manifestent avant la réalisation d'un test de grossesse.¹

Face à la survenue fréquente de cette complication, le personnel soignant la perçoit comme une banale épreuve, une étape naturelle dans le parcours de la parentalité, sans conséquence.² De plus, au moment de la perte spontanée de la

grossesse, les soignants ne prodiguent aucun geste de soins. Banaliser cet événement peut être interprété par les patientes comme un manque d'empathie. Depuis 2008, plusieurs auteurs² répètent avec insistance l'importance que les soignants accordent du temps à ces femmes pour participer au fait que cet événement stressant, douloureux ne soit pas tu et qu'il n'affecte pas le processus du deuil.

UNE ÉTAPE TREMPLIN: LA RECHERCHE DE LA CAUSE

Pourquoi? La recherche d'explication est une étape centrale,³ même si en dehors de la mise en évidence d'une anomalie chromosomique létale provenant des tissus de la fausse couche, l'étiologie ne peut jamais être affirmée. Les femmes vivent la perte comme un échec qui peut mettre à mal la confiance en elles, suscitant fréquemment un vide et de la culpabilité.²

Que s'est-il passé? Pourquoi ai-je fait une grossesse qui n'a pas tenu? Pourquoi est-ce tombé sur moi? Qu'ai-je fait pour que ça arrive? Un an après la perte, 41% des femmes se sentent partiellement responsables, 7% totalement.² Selon Jaoul,⁴ l'ambiguïté naît du fait qu'il ne s'agit pas essentiellement de mort fœtale objectivée mais surtout de perte de «rien», «sans visibilité». Au moment de la perte, le corps de la femme ne donne pas à voir la grossesse. L'entourage n'est ainsi pas toujours informé de sa présence. Les

réactions de celui-ci sont souvent vécues par les femmes comme maladroitement: «Ce n'est pas grave, ça arrive souvent»; «Il ne faut pas te mettre dans cet état, à ce stade ce n'est rien du tout»; «Tu en auras d'autres»; «Heureusement que c'est arrivé si tôt! Mieux vaut maintenant que plus tard»; «Il n'y a que les femmes fertiles qui font des fausses couches...».⁵ Banalisation d'une étape de vie qui renforce ce sentiment de solitude et d'incompréhension.

En 2009, déjà, Séjourné et coll. affirmaient que 3 mois après la perte de la grossesse, 51% des femmes présentent une dépression selon les critères du DSM-III. Une perte de confiance en leur capacité de donner la vie, une réactivation du poids des expériences passées, une anxiété pour les prochaines grossesses ainsi qu'un impact négatif sur le couple et sa sexualité sont des répercussions liées à cette perte. Actuellement, la littérature⁶ admet largement que les pertes de grossesse affectent le bien-être psychologique de certaines femmes, augmentant leur niveau de stress après une seule expérience, et qu'une perte antérieure peut être un facteur aggravant le niveau de stress de la future grossesse. Pendant la prochaine grossesse, le stress maternel est associé à des risques de complications en cours de grossesse et d'accouchement.

UN DÉCALAGE DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Chaque étape du processus évolutif de la grossesse se traduit par des critères cliniques et échographiques correspondant à une stratégie thérapeutique distincte. Toutefois, les femmes, les couples entendent «avortement spontané, du premier trimestre – œuf blanc, clair – fausse couche, incomplète...». Lors d'un échec de transfert d'embryon durant un traitement de fécondation in vitro, les patientes parlent étonnamment aussi de «fausse couche» dans nos consultations. Ces appellations définissent pourtant le même événement: l'arrêt et la perte spontanée

TABLEAU 1 Réactions émotionnelles face au deuil

Femme	Homme
<ul style="list-style-type: none"> • Réactions qui paraissent plus intenses, car elle a porté l'enfant et aurait possiblement développé un lien affectif plus fort avec ce dernier • Sentiment d'échec, de honte ou de culpabilité de ne pas avoir pu mener la grossesse à terme • Sentiment de décevoir son conjoint ou l'entourage • Sensation de vide ou d'avoir perdu une partie d'elle-même • Doutes sur sa capacité à concevoir un enfant et anxiété quant à la prochaine grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Fausse couche vécue comme un événement triste, et non avec un sentiment de perte • Sentiment d'isolement, car son chagrin est souvent négligé par l'entourage et l'attention est habituellement portée sur la femme • Sentiment d'impuissance • Atteinte à son identité en tant que protecteur et pourvoyeur de la famille

(Adapté de réf. 9).

de la grossesse.

À partir de combien de semaines, voire de mois, peut-on estimer que l'embryon devient un fœtus, puis un enfant? Cette question éthique accompagne le professionnel. Pour la femme, c'est un enfant dès la conception ou dès le moment où elle apprend sa présence dans son corps.⁵ Selon Tournebise, l'objectivation scientifique très précise, nécessaire par ailleurs, est un risque pour le professionnel d'omettre le vécu subjectif de la femme qui est l'élément central de tout soutien psychologique. «La femme ne perd pas une grossesse. Elle perd un enfant.» Le choc émotionnel ressenti lors de la perte de la grossesse n'est jamais oublié même longtemps après. Pour Sautreuil,⁷ quel que soit le type de perte, ce moment est toujours un événement violent, stressant, douloureux tant sur le plan physique que psychologique. En 2002 déjà, Bydlowski² affirmait que les femmes enceintes rêvent souvent d'enfant mais jamais du fœtus au stade embryonnaire y relatif. Pour elles, à chaque fois, il est question de la perte d'un bébé, d'un enfant.

Ce décalage peut engendrer une incompréhension dans la relation soignant-soigné. Ne pas reconnaître cette perte d'enfant mais uniquement une «fausse couche» est une non-reconnaissance de la blessure pouvant bloquer le processus du deuil. Pour Tournebise,⁵ l'apaisement passe par la reconnaissance de cette réalité subjective de la femme, du couple.

ET LES HOMMES?

Même si la recherche s'est nettement moins intéressée au vécu des hommes lors de pertes de grossesse, Lacroix et coll.⁸ mettent en lumière que malgré l'évolution du rôle masculin au sein de la famille, les hommes pensent que l'on attend d'eux d'être forts émotionnellement et de dissi-

muler leurs sentiments. La reconnaissance de leur chagrin est dévaluée, négligée par la société. Être le support pour leur partenaire fait partie de leur rôle au détriment de leur santé et de leur bien-être. Rester fort face à la perte, être protecteur sont des facteurs qui privent les hommes de leur droit au deuil. Ces biais culturels sont une explication aux difficultés d'accès aux soins de soutien qu'ils rencontrent.

Le rôle de soutien étant un devoir, certains hommes sont démunis par les réactions de leur conjointe. Ils expriment de la honte, de la culpabilité s'ils ne parviennent pas à assumer ce rôle de soutien. Ils passent à autre chose rapidement ou minimisent leurs réactions afin de soutenir leur conjointe, mais le fait de dissimuler certains indicateurs de chagrin mènerait à la mésestimation de leur propre vécu. Chan⁹ met en perspective les différences entre les réactions émotionnelles et les stratégies d'adaptation de deuil de l'homme et de la femme (tableaux 1 et 2).

Même si l'enfant à naître peut paraître abstrait pour l'homme en raison du manque de réalité physique, l'attachement se tisserait pourtant bien avant la naissance. Un lien émotionnel avec l'enfant perdu s'élaborerait donc lors de perte de grossesse.⁸ Si le partenaire est présent ou absent au moment de l'annonce de la non-évolution de la grossesse et/ou lorsque la femme est confrontée aux symptômes de la perte, ces incidences participent à la variation des représentations de la perte chez les hommes. De plus, ils ne vivent pas, dans leur corps, la perte de grossesse et celle-ci se manifeste après une durée abrégée, courte de la grossesse.⁸

Nombreuses sont les recherches¹⁰ concluant que les émotions des hommes et des femmes liées à la perte sont souvent très similaires, toutefois l'expression, l'intensité et la durée de celles-ci diffèrent. L'absence d'expression de leurs émotions n'étant clairement pas en lien avec une

TABLEAU 3 Quel pronostic?

Âge maternel (ans)	Nombre de fausses couches préalables			
	2	3	4	5
20	92%	90%	88%	85%
25	89%	86%	82%	79%
30	84%	80%	76%	71%
35	77%	73%	68%	62%
40	69%	64%	58%	52%
45	60%	54%	48%	42%

(Adapté de réf. 13).

absence de chagrin. Les hommes comme les femmes gardent de cette expérience de perte une appréhension pour la future grossesse même si 70% des femmes ayant vécu deux pertes de grossesse sont à nouveau enceintes avec un taux de réussites de 70% d'enfants vivants (tableau 3).³

DES SOINS DE SOUTIEN À STRUCTURER

Peu d'études randomisées s'intéressant aux consultations spécialisées non pharmacologiques montrent l'efficacité d'un soutien individuel visant à suivre l'impact psychologique de la perte de grossesse. Depuis 2008, Séjourné et coll.² préconisent une démarche préventive intégrant systématiquement aussi les hommes à l'aide d'une intervention brève et précoce dès la première perte, invitant les parents à reconnaître celle-ci pour entamer un chemin de deuil.

Les guidelines de l'ESHRE¹¹ (Société européenne de reproduction humaine et d'embryologie) rappellent l'importance d'une prise en charge globale, du couple, par des équipes dédiées et entraînées au counselling empathique, à la parole libératrice offrant la possibilité d'un soutien psychologique spécifique. Au moyen de techniques d'entretien telles que l'écoute active, la narration, le bilan des ressources,¹² cette consultation précoce abordera: a) les émotions suscitées par cette perte de grossesse; b) les circonstances de la survenue de la grossesse (planifiée ou non, issue de PMA (procréation médicalement assistée), avec ambivalence); c) le nombre de pertes; d) les antécédents gynécologiques et psychiatriques et e) les besoins exprimés par la femme et son partenaire ainsi que les ressources pour y faire face.

À l'issue de ce premier entretien, la femme/le couple recevra son calendrier de

TABLEAU 2 Stratégies d'adaptation face au deuil

Femme	Homme
<ul style="list-style-type: none"> • Besoin de partager ses émotions et de parler fréquemment du bébé • Recherche de soutien auprès du conjoint et de l'entourage 	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude de l'«homme fort» • Désir de ne pas reparler de l'événement • Tendance à refouler ses émotions ou à les revivre de façon privée (ses réactions apparaissent parfois plusieurs mois, voire des années après le décès du bébé) • Rôle instrumental (par exemple, signer des papiers) et de soutien auprès de sa conjointe • Reprise rapide des activités courantes • Refuge dans le travail, le sport ou la consommation d'alcool

(Adapté de réf. 9).

prises en charges médicale et psychologique ainsi qu'une documentation écrite récapitulant les données épidémiologiques, l'importance d'un accompagnement précoce, les signes d'alerte d'une dépression, l'accompagnement en cas de nouvelle grossesse ainsi que les coordonnées spécifiques du réseau local de soins.

Cet entretien ainsi que les suivants visent à: a) prendre acte et à avertir des différences entre les réactions émotionnelles et les stratégies d'adaptation que chacun éprouve ainsi que de la nécessité de les exprimer; b) entendre l'importance de connaître la cause et comment faire face à l'incertitude du futur; c) informer du sort réservé aux restes humains; d) rechercher les facteurs alimentant la culpabilité de la femme et ceux permettant de s'en dégager; e) rassurer sur la perte de confiance en sa capacité de donner la vie en informant le couple sur sa fécondité ultérieure;¹³ f) oser parler de l'intimité du couple et de l'impact possible sur la sexualité; g) évaluer les répercussions sur les autres enfants et sur les liens avec l'entourage; h) initier le processus de deuil versus le deuil de «rien» mais pleurer son bébé;

i) mettre en place des rituels tels que donner un prénom au bébé, lui accorder une place dans l'histoire familiale, garder un certain nombre de souvenirs et j) se soucier du niveau d'anxiété pour les grossesses futures.

Il est important que les professionnels, médecins ou infirmier-ères, présents lors du constat de perte, proposent systématiquement cette consultation brève. Elle pourra ainsi être relayée par les conseiller-ère-s en santé sexuelle, psychologues, sages-femmes ou accompagnants spirituels.

CONCLUSION

Événement fréquent, la perte de grossesse reste une épreuve stressante, douloureuse et banalisée qui engendre un processus de changement pour le couple. La demande de soutien est rarement initiée par la femme/le couple. Une démarche préventive incluant une intervention brève et précoce dès la première perte est à valoriser. Les hommes doivent y être systématiquement associés. L'évo-

cation d'une prochaine grossesse soulève peur et appréhension même si la plupart des femmes conçoivent dans les 6 à 8 mois. Toutes ces raisons justifient une prise en charge structurée des soins de soutien.

Conflit d'intérêts: Les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

VÉRONIQUE ECKERT

Conseillère en santé sexuelle, Centre de consultation SIPE (Sexualité-Information-Prévention-Education), rue de l'Industrie 10, 1950 Sion
Membre du comité de FertiForum, Commission de la Société suisse de médecine de la reproduction (SSMR)
veronique.eckert@sipe-vs.ch

FABIENNE COQUILLAT

Conseillère en santé sexuelle, Médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
Membre du comité de FertiForum, Commission de la Société suisse de médecine de la reproduction (SSMR)
fabienne.coquillat@chuv.ch

1 Delabaere A, et al. Épidémiologie des pertes de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014;43:764-75.

2 *Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;38:435-40.

3 **Green DM, O'Donoghue K. A Review of Reproductive Outcomes of Women with Two Consecutive Miscarriages and No Living Child. *J Obstet Gynaecol* 2019;39:816-21.

4 Jaoul M. Étude des aspects psychologiques des fausses couches à répétition à l'aide d'un questionnaire de personnalité approfondi : le MMPI-2. *Gynecol Obstet*

Fertil 2013;41:297-304.

5 Tournebise T. Fausse couche, un deuil à prendre en compte. 2009. Disponible sur : www.maieusthesie.com/nouveautes/article/fausse_couche.htm

6 **San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and Support Interventions to Reduce Levels of Stress, Anxiety or Depression on Women's Subsequent Pregnancy with a History of Miscarriage: An Empty Systematic Review. *BMJ Open* 2017;7:e017802.

7 Sautreuil AL. Faire une fausse couche, une douleur cachée, un vrai deuil à vivre, septembre 2017. Disponible sur : www.reussirmavie.net/Faire-une-fausse-couche-une-douleur-cachee-un-vrai-deuil-a-vivre_a2676.html

8 *Lacroix P, Got F, Callahan S, Séjourné N. La fausse couche : du côté des hommes. *Psychologie française* 2016;61:207-17.

9 Chan A. Décès et deuil périnatal. INSPQ, 2011. Disponible sur : www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/deces-et-deuil-perinatal.pdf

10 **Due C, Chiarolli S, Riggs DW. The Impact of Pregnancy Loss on Men's Health and Wellbeing: A Systematic Review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:380.

11 **Nizard J. Prise en charge des pertes de grossesse à répétition – recommandations ESHRE, février 2018. Disponible sur : gyneco-online.com/obstetrique/prise-en-charge-des-pertes-de-grossesse-repetition-recommandations-eshre

12 **Béran MD, Germond M. L'entretien d'évaluation des ressources psychosociales en médecine de la reproduction. Étude pilote d'une nouvelle approche : le « Bilan des Ressources ». *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:662-7.

* à lire

** à lire absolument