

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

D.E.S. de médecine générale

**Suivi de l'Avortement
Spontané Précoce : état des
lieux de la pratique des
médecins généralistes**

REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE

URANGA-HARISMENDY Mathilde

Née le 21/02/1992 à Draguignan (83)

Sous la direction du Pr. DE CASABIANCA Catherine

Membres du jury

Mr le Dr Laurent CONNAN, Professeur Associé | Président

Mme le Dr Catherine de CASABIANCA, Professeur Associé | Directrice

Mr le Dr Cyril BEGUE, Maitre de Conférence des Universités | Membre

Soutenue publiquement le :
16 octobre 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Mathilde URANGA-HARISMENDY
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **04/06/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au Travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine

EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Chirurgie Vasculaire, médecine vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Médecine Intensive-Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et De la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHAO DE LA BARCA	Juan-Manuel	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine Générale	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Médecine
LACOUEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie; Transfusion	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Thérapeutique	
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Hématologie ; transfusion	Médecine
VENARA Aurélien	Médecine Générale	Médecine
	Chirurgie générale	Médecine

VIAULT Guillaume

Chimie organique

Pharmacie

PROFESSEURS EMERITES

Philippe MERCIER

Neurochirurgie

Médecine

Dominique CHABASSE

Parasitologie et Médecine Tropicale

Médecine

Jean-François SUBRA

Néphrologie

Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan

Anglais

Médecine

BARBEROUSSE Michel

Informatique

Médecine

BRUNOIS-DEBU Isabelle

Anglais

Pharmacie

CHIKH Yamina

Économie-Gestion

Médecine

FISBACH Martine

Anglais

Médecine

O'SULLIVAN Kayleigh

Anglais

Médecine

Mise à jour au 09/12/2019

REMERCIEMENTS

A mon Bastien, sans qui tout cette vie d'interne, d'épouse et de maman n'aurait été possible, à son soutien permanent, son efficacité au quotidien et son amour sans faille.

A mes enfants, qui ont fait de moi un autre médecin, qui m'accompagnent de leur insouciance, de leurs sourires. Merci à Eloi d'être aussi jovial, sensible et courageux au quotidien. Merci à Apolline pour sa franchise, sa détermination et sa servabilité.

A ma famille, mes parents et mes frères et sœurs, qui ont su me supporter lors ces longues années de labeur. Merci à mes parents, pour tout l'amour qu'ils ont pour nous. A Pacha, qui m'a appris le sens du devoir et du travail et qui m'a permis de faire de longues études, et à Matxi pour son positivisme permanent, son écoute et son soutien. A mes grands-pères que j'ai tant aimé et à mes grands-mères toujours présentes pour ma plus grande joie.

A ma belle-famille, pour son accueil si généreux.

A mes maitres de stage qui m'ont beaucoup appris, chacun à sa manière, chaque personnalité avec ses atouts. Merci à Christine avec qui mon début de carrière en tant que collaboratrice s'annonce doux et assuré.

A ma professeur et directrice de thèse, le Pr de Casabianca, pour sa patience, sa bienveillance et ses conseils précieux tout au long des GEAP et de ce travail de thèse.

Merci à Bertrand pour sa présence discrète, délicate et fiable depuis mon externat. Merci pour ton exemple.

Merci à mes nombreux amis, de Saint-Jean, de Dax, Limoges, Bordeaux et Angers, mes compagnons de galère de médecine, mes amis d'enfance, mes témoins, et nos nouveaux amis d'avoir été, d'être et de rester présents sur notre route.

Liste des abréviations

ASP	Avortement Spontané Précoce
FCSP	Fausse Couche Spontanée Précoce
AST	Avortement Spontané Tardif
MFIU	Mort Fœtale In Utero
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
GP	General Practitioner, médecin généraliste
GEU	Grossesse Extra-Utérine
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
MG	Médecin généraliste
SF	Sage-femme
PdS	Professionnel de Santé
MT	Médecin Traitant
SA	Semaine d'Aménorrhée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CNGOF	Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Plan

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Stratégie de recherche bibliographique
2. Stratégie de sélection des références
3. Modalités d'extraction et de recueil des données
4. Analyse des données

RÉSULTATS

1. Sélection des références

2. Études sélectionnées

3. Principaux résultats

3.1. Études Quantitatives

3.1.1. « Women's experiences of general practitioner management of miscarriage », Dr Friedman, 1989

3.1.2. « Psychological aspects of miscarriage : attitudes of the primary health care team », Dr Prettyman et Dr Cordle, 1992

3.1.3. « Care for the imminent miscarriage by midwives and GPs », Dr Fleuren, 1994

3.1.4. « Managing Miscarriage: The Management of the Emotional Sequelae of Miscarriage in Training Practices », Pr H. Roberts, 1991

3.2. Etudes Qualitatives

3.2.1. « The loss was traumatic », Dr C. Belhouse, 2019

3.2.2. « Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? *Etude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais* ». *Puis je l'enlever ou surtout pas car on ne coupe pas un titre ?*, Anne Juhel, 2018

3.2.3. « Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes », Juliette Normand, 2019

3.2.4. « Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage », Dr Jensen, Dr Temple-Smith et Dr Bilardi, 2019

3.3. Revue de littérature

3.3.1. « Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage », Dr Athey et Dr Spielvogel, 2000

4. Tableau d'extraction des données

DISCUSSION

1. Un impact psychologique possible à ne pas évincer

2. Une formation médicale appropriée

3. Place du médecin généraliste

4. Limites et Biais

5. Ouverture

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : L'avortement spontané précoce (ASP) concerne en moyenne 20% des grossesses. Les médecins généralistes connaissent les directives concernant les métrorragies de la femme enceinte, mais comment font-ils pour le suivi des femmes ayant vécu un ASP ? L'objectif de ce travail est de décrire les stratégies utilisées par les médecins généralistes concernant le suivi de ces patientes.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée, s'appuyant sur les recommandations PRISMA P. Les bases de données suivantes ont été interrogées : PubMed, Google Scholar, Web of Science, Docdocpro, Thèses.fr, SUDOC.

Résultats : Sur les 1928 documents identifiés, 9 ont finalement été inclus dans cette analyse narrative incluant des études qualitatives, quantitatives et une revue de littérature-

Conclusion : L'avortement spontané précoce peut favoriser chez la femme la survenue ou l'accentuation d'une détresse psychologique. Le médecin généraliste, en tant que « pivot » de la santé en France, doit être prévenu de cet événement chez ses patientes, afin de pouvoir évaluer si celle-ci présente ou non un besoin de soutien psychologique. Il devrait pouvoir recevoir au cours de ses études médicales une formation concernant l'ASP et son suivi.

INTRODUCTION

Les avortements spontanés précoces (ASP) appelés plus communément fausses couches spontanées précoces (FCSP) correspondent, d'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1), à l'expulsion hors de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus pesant moins de 500 grammes ou de 22 Semaines d'Aménorrhée (SA), c'est-à-dire le seuil de viabilité. Pour le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (2), une fausse couche est l'expulsion spontanée du contenu utérin avant 22 SA. Elle est dite précoce quand elle survient avant 14 SA.

Les études « Psychological morbidity following miscarriage »(4) et « Psychologie et perte de grossesse»(5) montrent l'impact psychologique d'un ASP : culpabilité, honte, incompréhension, dépréciation de soi.

Une étude anglaise réalisée en 2007 (6) évoquait la nécessité d'un suivi psychologique après un ASP. Elle appuyait l'utilité d'un suivi médical et psychologique pour réduire l'impact psychologique après un avortement spontané précoce. D'autres travaux mettaient l'accent sur l'importance de la disponibilité des acteurs de soins : « Il semble essentiel d'offrir aux femmes l'opportunité d'évoquer leur expérience et d'accorder une attention particulière à la singularité de celle-ci »(7).

De nombreux articles qualifiaient l'avortement spontané de deuil : « Cet arrêt de grossesse n'est alors pas seulement une perte physique mais elle représente souvent l'arrêt brutal de toutes les représentations et projets pensés, évoqués, mis en place ou se mettant en place par rapport à ce futur enfant. » (8). Les patientes avaient le sentiment que le corps médical minimisait cet évènement, qui a peu d'impact sur la santé physique de la patiente, et qu'il ne considérait pas son impact psychologique.

Actuellement, le site Améli.fr (9) décrit sémiologiquement l'ASP, guide la patiente dans la conduite à tenir et lui conseille d'aller consulter son médecin traitant. Cependant ce document cible uniquement les manifestations somatiques. Il n'est nullement suggéré de consulter son médecin généraliste pour un éventuel soutien psychologique.

La littérature médicale évoque très peu le rôle du médecin généraliste dans ces circonstances. Pourtant, une thèse de 2007 (10) suggérait l'importance possible du rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement des patientes ayant subi un ASP. En tant que coordinateur des soins, et grâce à la relation de confiance établie, il semblerait bien placé pour apporter ce soutien souvent indispensable.

Enfin, en 2018, une étude qualitative (11) interrogeait les patientes sur ce qu'elles attendaient des médecins généralistes après avoir vécu un ASP. Cette étude avait confirmé le retentissement psychologique décrit dans la littérature. Elle avait pu mettre en avant que, malgré le fait que le système français met le médecin généraliste au centre de la prise en charge « la médecine générale est une spécialité particulière : elle est la base et le pivot de la gestion de la santé du patient », le rôle du médecin généraliste est « quasi inexistant, comme si celui-ci était mis hors circuit ». Les patientes exprimaient une réelle volonté de comprendre ce qu'elles vivaient et d'être écoutées. Elles dénonçaient un dysfonctionnement du système de soin, un manque d'empathie et une trop grande technicité de la prise en charge. Les patientes consultaient peu leur médecin généraliste, par méconnaissance de son rôle. Celles qui le consultaient lui demandaient de l'écoute, de la disponibilité et des explications. La levée du tabou du sujet de la fausse couche, une meilleure information à son sujet et la valorisation du rôle du conjoint semblaient être les améliorations prioritaires suggérées par les patientes.

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la pratique des médecins généralistes dans le suivi de leurs patientes après un avortement spontané précoce.

METHODES

Une Revue Systématique de littérature a été réalisée en s'appuyant sur les recommandations Prisma P.

1. Stratégie de recherche bibliographique

Les bases de données explorées étaient PubMed, Google Scholar, Web of Science, Docdocpro, Thèses.fr, SUDOC. Puis la bibliographie des études incluses a été analysée afin de pouvoir identifier d'autres articles répondant aux critères d'inclusion, non répertoriés lors des recherches dans les bases de données électroniques.

Les mots clefs et l'adéquation de recherche étaient les suivants :

- « management of miscarriage" AND "general practice"
- "general practice" AND (miscarriage OR "spontaneous abortion")
- suivi de la fausse couche par le médecin traitant SAUF avortement provoqué SAUF diagnostic

L'inclusion des études a eu lieu de mars 2020 à fin mai 2020.

2. Stratégie de sélection des références

La sélection des études et l'extraction des données ont été faites par le chercheur.

Après exclusion des doublons, la sélection a été réalisé en deux étapes : la lecture des titres et des résumés, puis la lecture des textes dans leur intégralité.

En cas de doute sur l'inclusion d'une étude, l'article concerné a fait l'objet de discussion avec le directeur de recherche pour l'intégrer ou l'exclure.

La gestion et les références des sources ont été faites à l'aide du logiciel Zotero.

La sélection des études a été faite selon les critères suivants.

Les écrits concernant le suivi d'un ASP par le médecin généraliste, une fois la grossesse expulsée, étaient inclus.

Il n'y avait pas de date limite d'édition, ni de sélection sur l'origine géographique ou sur la langue d'écriture de ces études.

Les critères d'exclusion étaient l'Avortement Spontané Précoce (ASP) en cours, l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), l'Avortement Spontané Tardif (AST), l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG), la Mort Fœtale In Utero (MFIU) et les écrits concernant le suivi réalisé par un autre professionnel de santé que le médecin généraliste.

3. Modalités d'extraction et de recueil des données

Les données collectées ont été centralisées dans le logiciel Excel.

4. Analyse des données

Il s'agissait d'une analyse narrative, qualitative.

Pour chaque article retenu, les données suivantes ont été relevées : auteurs, titre, année de publication ou de réalisation, revue de publication, pays, population étudiée, méthode, objectif principal et les principaux résultats.

La qualité de chaque étude a été évaluée à l'aide de l'échelle COREQ.

RESULTATS

1. Sélection des références

Après application des équations de recherches, 1928 documents ont été identifiés.

Après exclusion selon les titres, 77 ont été analysés sur les titres et résumés. 46 documents ont été exclus :

- 16 s'intéressaient exclusivement à la prise en charge chirurgicale, expectative ou médicamenteuse des ASP
- 11 ne concernaient la prise en charge de l'ASP qu'en cours et non le suivi
- 2 portaient sur les ASP récurrents
- 9 étudiaient d'autres professionnels de santé que les médecins généralistes
- 3 portaient sur les différentes stratégies mises en place par les patientes pour gérer cet événement de vie
- 2 évaluaient les comorbidités psychologiques
- 1 car il y était question de recommandation et non d'observation sur la pratique des médecins généralistes
- 1 concernait les hommes ayant vécu un ASP au sein de leur couple.

20 articles ont été analysés en intégralité. Finalement 9 articles ont été retenus pour cette revue de littérature, 10 ayant été exclus devant l'impossibilité de les consulter, et le dernier car il ne répondait finalement pas au critère d'inclusion.

La procédure de sélection des références a été résumée dans la figure 1.

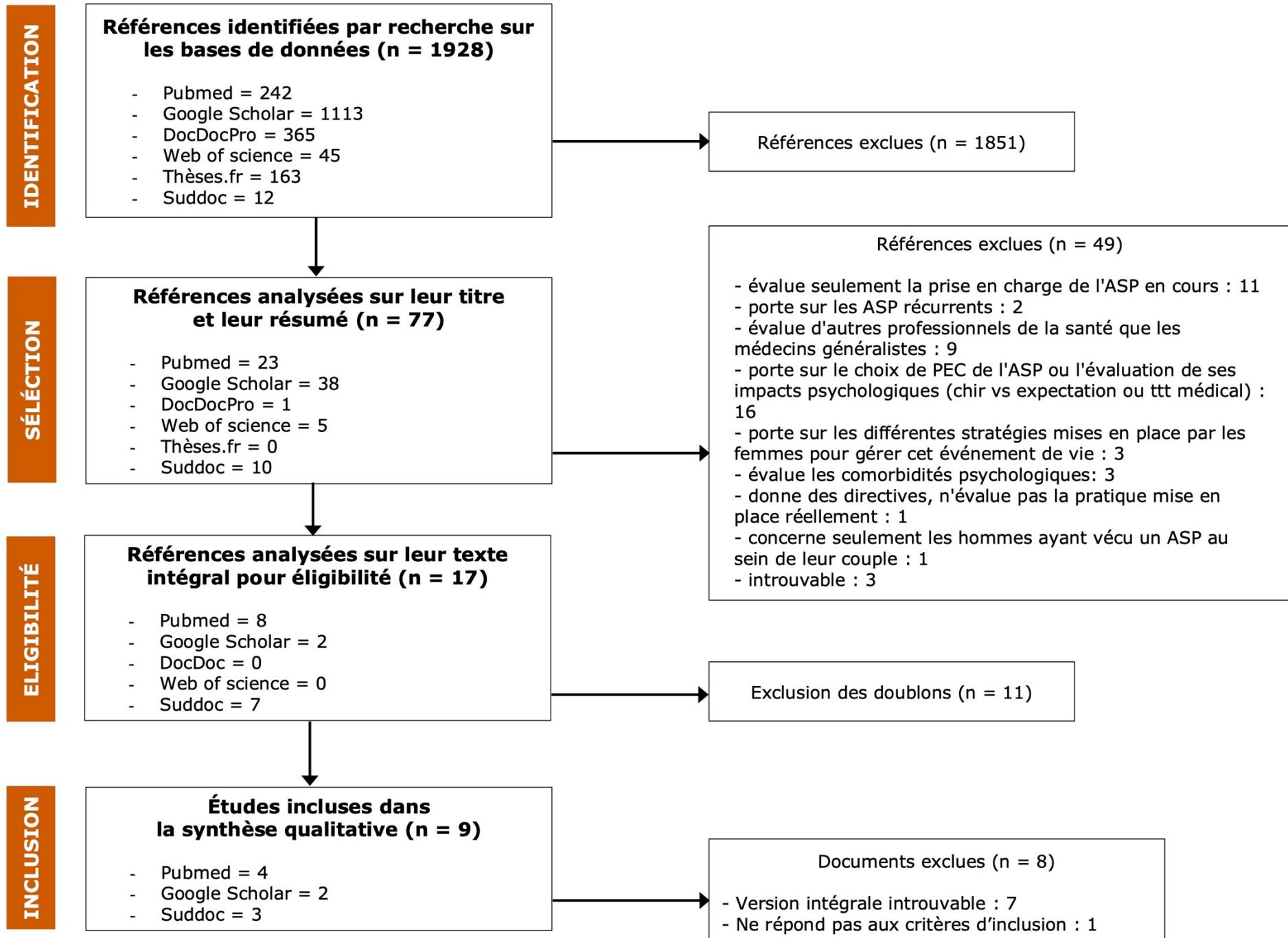
SÉLECTION**ÉLIGIBILITÉ****INCLUSION**

Figure 1 : Diagramme de flux

2. Études sélectionnées

9 études ont été sélectionnées : 4 études quantitatives, une revue de littérature et 4 études qualitatives.

3. Principaux résultats

3.1. Études Quantitatives

3.1.1. « Women's experiences of general practitioner management of miscarriage », Dr Friedman, 1989

Cette étude analysait les questionnaires de 67 femmes ayant vécu un ASP ou une menace d'ASP, 4 semaines après avoir quitté l'hôpital. (12) Elle montrait que malgré l'absence de suivi organisé, 69% des femmes consultaient leur médecin généraliste. Elles avaient globalement un sentiment de déception à l'issue de la consultation suite à un manque d'explication concernant les événements vécus. En revanche, cette étude constatait qu'il n'y avait pas d'association entre la morbidité psychiatrique et l'augmentation des niveaux d'insatisfaction en matière de soins et d'information donnés par les professionnels de santé.

3.1.2. « Psychological aspects of miscarriage : attitudes of the primary health care team », Dr Prettyman et Dr Cordle, 1992

Son objectif était de préciser les attitudes des médecins généralistes, des infirmières de santé publique, des sages-femmes (SF), des infirmières de districts concernant la prise en charge psychologique des ASP. (13)

Cette étude montrait que la grande majorité des médecins généralistes ont reconnu la nécessité d'un soutien psychologique. Mais 16 médecins, soit 42 % des médecins qui ont répondu à cette question, estimaient qu'ils étaient les personnes les plus appropriées pour le faire. Et 21% seulement se sentent très confiants pour offrir un suivi.

3.1.3. « Care for the imminent miscarriage by midwives and GPs », Dr Fleuren, 1994

Elle évaluait l'usage que faisaient les médecins généralistes, ainsi que les sages-femmes, de la recommandation du Collège Néerlandais des médecins généralistes concernant la prise en charge des fausses couches imminentes. (14)

Cette étude montrait que la majorité des médecins généralistes des Pays-Bas réalisent leur consultation de suivi avant celle recommandée à 6 semaines.

3.1.4. « Managing Miscarriage: The Management of the Emotional Sequelae of Miscarriage in Training Practices », Pr H. Roberts, 1991

Elle questionnait 287 médecins, qu'ils soient formateurs ou stagiaires, sur leur prise en charge clinique et émotionnelle des femmes ayant fait un ASP ou qui menaçaient d'en faire un. (15)

Elle montrait la diversité des réponses faites par les médecins généralistes aux questions posées par les patientes. 62% des médecins mentionnaient une écoute ou parlaient du deuil, 20% donnaient un conseil clinique et 17% insistaient sur la cause naturelle. 56% souhaitaient une réorientation, un avis spécialisé ou des soins secondaires alors que 25% géraient eux-mêmes le suivi. Enfin, plus de la moitié conseillait un délai de 3 à 6 mois avant de débuter une nouvelle grossesse.

3.2. Etudes Qualitatives

3.2.1. « The loss was traumatic », Dr C. Belhouse, 2019

Cette étude, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés avec quinze femmes, avait pour objectif d'explorer la détresse psychologique ressentie par ces femmes suite à leur ASP (16). Elle se penchait aussi sur la perception qu'avaient ces patientes du soutien offert par les professionnels de santé. Globalement, leurs expériences vis à vis des professionnels de santé lors de leur ASP s'étaient avérées négatives. Elles leurs reprochaient un manque d'information, de suivi, des attitudes ou commentaires dénuées d'empathie, et, très souvent, un manque de soutien émotionnel. Les expériences positives des femmes avec les professionnels de santé étaient plus rares, et concernaient le soutien émotionnel et l'orientation vers des services de soutien (psychologue, test génétique, mémorial).

3.2.2. « Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? Étude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais », Anne Juhel, 2018

Cette thèse étudiait, via des entretiens semi-dirigés auprès de 16 femmes, leur ressenti concernant le rôle joué par leur médecin généraliste pendant et après leur ASP (11). Les entretiens révélaient qu'un tiers des patientes avait consulté leur médecin généraliste spontanément et rapidement après leur ASP, afin d'y trouver explication et soutien. Les autres patientes consultaient leur médecin généraliste dans un second temps, essentiellement pour prolonger leur arrêt maladie.

3.2.3. « Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes », Juliette Normand, 2019

Réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés, cette thèse interrogeait 14 femmes ayant vécu un ASP et qui avaient eu recours à un médecin (17). Elle voulait connaître les réticences ainsi que les motivations des femmes à la prise en charge d'un ASP en ville. Les médecins généralistes avaient ici un rôle reconnu de par leur disponibilité, leur écoute et un suivi possible plus facilement.

3.2.4. « Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage », Dr Jensen, Dr Temple-Smith et Dr Bilardi, 2019

Cette étude de 2019 en Australie examinait cette fois-ci les pratiques des différents professionnels de santé en matière de soins aux femmes vivant un ASP (18). Les entretiens semi-dirigés étaient menés auprès de médecins généralistes mais aussi de sages-femmes, d'obstétriciens, d'urgentistes et d'échographes. Les participants reconnaissaient que l'avortement spontané précoce est souvent un événement pénible, associé aux sentiments de tristesse et d'échec. Malgré une formation décrite comme limitée, les participants se sentaient généralement compétents dans leurs capacités à apporter un soutien émotionnel. Ils considéraient qu'il était de leur rôle d'atténuer la culpabilité ressentie par ces femmes. Les pratiques de suivi variaient et, lorsqu'elles avaient lieu, se concentraient sur la récupération physique. De manière générale, les participants comptaient sur les femmes pour leur faire part de tout besoin de soutien supplémentaire.

3.3. Revue de littérature

3.3.1. « Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage », Dr Athey et Dr Spielvogel, 2000

Ce travail portait sur les morbidités psychologiques après une perte de grossesse, leurs facteurs de risque, les différences dans les réactions du partenaire, les outils de dépistage potentiels et les interventions faites par les médecins (19). Les femmes déclaraient systématiquement qu'elles souhaitent un suivi après la fausse couche. Et, lorsque le suivi a été effectué, deux études ont constaté que 74 % pour l'une, et 79% pour l'autre, des femmes sont venues pour leur rendez-vous, et toutes les femmes déclaraient que le suivi avait été utile. En ce qui concerne le moment du suivi, les femmes souhaitent qu'il soit réalisé à 2 ou 3 semaines après la perte de grossesse.

4. Tableau d'extraction des données

Tableau I : Tableau d'extraction des données

Titre / Auteur	Année de publication / Pays	Objectif principal	Méthode	Résultats principaux	Discussion et perspectives
Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. T. Friedman	1989 Royaume-Uni (Angleterre)	État des lieux de l'expérience des femmes en matière de gestion de leur fausse couche par le médecin généraliste. Proposer des lignes directrices pour une meilleure prise en charge.	Étude quantitative par entretien à 4 semaines de la sortie d'hôpital. Sélection : 80 patientes hospitalisées pour ASP ou menace d'ASP. 67 femmes incluses. (13 refus).	- Aucune consultation n'était programmée par les professionnels de santé dans ces 4 semaines de post hospitalisation - 69% des femmes ont consulté leur MG à la sortie de l'hôpital dont 25% pour détresse émotionnelle (anxiété, insomnie, dépression). La majorité espérait que cette consultation puisse contribuer à expliquer la raison de l'ASP et témoignait d'un sentiment de déception à cet égard. - Aucune association significative n'a été établie entre la morbidité psychologique et le niveau de satisfaction quant aux soins, à l'information, que ce soit provenant de l'hôpital ou du MG.	* Principale conclusion : insatisfaction de la part des patientes. Elles décrivaient un décalage entre la perception des patientes vs celle des médecins concernant la gravité de l'ASP . Elles mentionnaient un besoin d'explication. Les auteurs pensent que les médecins généralistes sont les plus à même d'évaluer l'impact de la "perte" fœtale et de proposer un suivi de soutien post-ASP, avec les infirmières de santé publique. * Propositions faites par les auteurs pour améliorer la prise en charge par le médecin généraliste : - comprendre que l'ASP est un événement bouleversant - préciser aux patientes que la prescription d'alimentation en cas de menace d'ASP est uniquement à visée de confort et non thérapeutique, et qu'il n'existe pas de traitement efficace permettant d'éviter l'ASP .
Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? Étude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais. Anne Juhel	2018 France	Étudier le ressenti des femmes du bassin rennais sur le rôle qu'a joué leur médecin généraliste pendant et après leur ASP. Proposer des améliorations possibles concernant la prise en charge.	Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sélection : 16 femmes du bassin rennais ayant vécu un ASP.	- 1/3 des patientes ont consulté leur médecin généraliste, spontanément et rapidement après leur fausse couche afin d'y trouver explication et soutien. - Les autres l'ont fait dans un second temps, surtout pour prolonger leur arrêt maladie. - Beaucoup de patientes ne pensaient pas que le médecin généraliste pouvait les aider dans cette épreuve. - La proximité et la qualité de la relation médecin/patientne semble fondamentale pour qu'elles s'adressent à lui. - Toutes les patientes attendaient écoute et disponibilité de la part du médecin généraliste. - Les consultations chez le médecin généraliste sont reconnues comme une occasion d'avoir une « traduction » du langage technique utilisé aux urgences, et une explication sur les étiologies et leur devenir en terme de fertilité. - Pas de reproche faits à leur médecin généraliste.	Rôle méconnu et donc quasi-inexistant du médecin généraliste dans l'ASP. - Le médecin généraliste doit être replacé comme véritable acteur au cœur du système de soin. - Une meilleure communication entre l'hôpital et le médecin généraliste, ainsi qu'une information et une prévention de la population générale pourraient, entre autres, permettre ce changement. - Un compte-rendu type adressé au médecin généraliste pourrait être remis à chaque patiente après son passage aux urgences gynécologiques.

<p>The loss was traumatic Claire Belhouse</p>	<p>2019 Australie</p>	<p>Explorer la détresse psychologique ressentie par les femmes à la suite d'un ASP, ainsi leur perception du soutien fourni par les professionnels de la santé (PdS).</p>	<p>Étude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés avec analyse thématique Sélection : 15 femmes</p>	<p><i>Expériences négatives des femmes avec les PdS:</i> manque d'information, manque de suivi, attitude, commentaires et terminologies dénuées d'empathie, manque de soutien émotionnel, banalisation de l'événement.</p> <p>Les femmes ayant reçu un suivi ont souligné qu'il était essentiellement axé sur le bien-être physique, laissant aux femmes le sentiment que leur santé émotionnelle et mentale étaient négligées.</p> <p>Quelques femmes ont estimé que les PdS avait un manque de compréhension sur l'impact ultérieur d'un ASP.</p> <p><i>Expériences positives des femmes avec les PdS :</i> soutien émotionnel et orientation vers les services de soutien (mémorial, psychologue, test génétique).</p>	<p>Propositions faites par les patientes pour améliorer les soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recevoir un suivi après un ASP, ne serait-ce qu'un appel téléphonique. - être orientée vers des services de soutien - recevoir plus d'informations (avant et après un ASP). La plupart des femmes estiment qu'il aurait été utile d'avoir plus d'informations de la part du MG sur les ASP lors de la 1ère consultation de grossesse. - avoir la possibilité d'effectuer des test pour mieux comprendre l'étiologie de l'ASP - que le PdS soit plus empathique et reconnaître la perte ressentie par les femmes. - situer l'ASP dans le parcours de grossesse
<p>Psychological Aspects of Miscarriage: Attitudes of the Primary Health Care Team R J Prettyman, C Cordle</p>	<p>1992 Royaume-Uni (Angleterre)</p>	<p>Évaluer l'attitude des médecins généralistes, des infirmières de santé publique ("visiteurs de santé"), des sages-femmes et des infirmières dites "de district" (de santé clinique) à l'égard des aspects psychologiques des ASP.</p>	<p>Étude quantitative par questionnaire Sélection : échantillon aléatoire de 50 membres de chaque groupe de professionnel de santé (MG, SF, infirmières de district, infirmières de santé publique) soit 200 au total.</p>	<p>- La grande majorité des MG ont reconnu la nécessité d'un soutien et d'un suivi psychologique. - 42% estimaient qu'ils étaient les PdS les plus appropriés pour le faire - 21% se sentaient très confiants pour fournir ce suivi psychologique</p>	<p>Deux propositions sont données :</p> <ul style="list-style-type: none"> - proposer une consultation de suivi systématique par le MG (conseil, réconfort) avec proposition par la suite de consultation pour suivi spécialisé si nécessaire. Ou - créer une visite à domicile systématique pour les femmes ayant vécu un ASP à domicile (par les infirmières de santé publique)
<p>Care for the imminent miscarriage by Midwives and GPs Margot Fleuren, Richard Grol, Marten de Haan, Dirk Wijkel</p>	<p>1994 Pays-Bas</p>	<p>Évaluer l'usage qu'ont les médecins généralistes, ainsi que les sages-femmes, de la recommandation du Collège Néerlandais des médecins généralistes concernant la prise en charge des fausses couches imminentes.</p>	<p>Étude quantitative par questionnaire Sélection : échantillon aléatoire de 495 MG et 278 SF. (Soit 30% de toutes les SF libérales du Pays Bas, et 8% des MG du Pays Bas). 313 MG et 241 SF ont répondu.</p>	<p>Concernant le suivi, une fois l'ASP fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 74% des SF disent qu'elles programmeraient des consultations de "conseil"/ suivi supplémentaires vs 64% des MG - les SF prendraient contact avec leur patiente à environ 1 semaine de l'ASP vs les MG qui le feraient à environ 3 semaines. - la plupart des SF aimeraient une consultation de suivi quelques semaines plus tard vs les MG ne le souhaitent pas - que ce soit SF ou MG la majorité feraient leur consultation de contrôle avant le délai recommandé de 6 semaines. 	<p>Les SF planifient davantage un parcours de soutien que les MG. Elles portent une attention particulière dans le suivi de la fausse couche en les consultant une première fois très tôt (moins d'une semaine), et programmant fréquemment une seconde consultation quelques semaines plus tard. Les MG quant à eux, déclarent n'avoir qu'une seule consultation, à environ 3 semaines.</p> <p><i>Limite : déclaratif</i></p>

<p>Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage</p> <p>Jennifer Athey, Anna Spielvogel</p>	<p>2000</p> <p>États-Unis</p>	<p>Passer en revue la littérature sur les morbidités psychologiques après une perte de grossesse, leurs facteurs de risque, les différences dans les réactions du partenaire, les outils de dépistage potentiels et les interventions faites par les médecins.</p>	<p>Revue de littérature</p> <p>* Concernant le suivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 52 % des femmes ont déclaré que leur médecin généraliste leur avait donné la possibilité de parler de leurs ressentis suite à l'ASP. - les femmes déclarent systématiquement qu'elles souhaitent un suivi après l'ASP. - lorsque le suivi est effectué, deux études ont constaté que 74% des femmes pour l'une, et 79% pour l'autre, sont venues pour leur rendez-vous, et toutes les femmes ont déclaré que le suivi avait été utile. - les femmes souhaitent un suivi à 2 ou 3 semaines après la perte de grossesse. <p>* Discordance des résultats concernant l'efficacité du suivi sur le plan psychologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une étude quantitative de 1992 auprès de 382 femmes a évalué l'impact psychiatrique d'un ASP à 6 mois. Cette étude comparative, avec pour cas témoin 283 femmes enceintes et 318 femmes non enceintes récemment suggérait que le fait de proposer un suivi de soutien après un ASP diminuait les symptômes psychiatriques. - Une étude cas-témoins randomisée de 1996 auprès de 60 femmes contredit ces résultats. Le débriefing psychologique a été perçu comme utile, mais n'a pas influencé l'adaptation émotionnelle. En revanche, elle suggère qu'une évaluation précoce serait importante pour déterminer quelles femmes devraient bénéficier d'une intervention 	<p>Pas de réelle discussion.</p> <p>Les auteurs font ressortir un biais de l'étude de Neugebauer : le simple fait de recevoir un questionnaire à une semaine puis à 4 mois de l'ASP pouvait déjà avoir un effet bénéfique chez les femmes.</p>
<p>Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study</p> <p>Kirsten L.B Jensen, Meredith J. Temple-Smith, Jade E. Bilardi</p>	<p>2019</p> <p>Australie</p>	<p>Examiner les points de vue et les pratiques des professionnels de santé australiens en matière de soins aux femmes ayant vécu un ASP.</p>	<p>Étude qualitative, par entretiens semi-dirigés avec analyse thématique.</p> <p>Sélection : 12 professionnels de santé (médecins généralistes, gynéco-obstétriciens, urgentistes, SF et échographes) ayant pris en charge un ASP au cours des 12 derniers mois.</p>	<p>- l'ASP était reconnu comme un événement pénible, associé à des sentiments de tristesse et d'échec.</p> <p>- malgré une formation limitée, ces PdS se sentaient généralement compétents dans leurs capacités à apporter un soutien émotionnel.</p> <p>- ils considéraient leur rôle comme un moyen d'atténuer la culpabilité</p> <p>- les pratiques de suivi variaient. Lorsqu'ils avaient eu lieu, ils se concentraient sur la récupération physique.</p> <p>- globalement, les PdS comptaient sur les femmes pour leur faire part de tout besoin de soutien supplémentaire. Seuls deux PdS ont posé aux femmes des questions directes sur leur humeur ou leur comportement afin d'évaluer leur état émotionnel.</p> <p>- "fatigue morale" liée à leur empathie, ainsi le besoin d'autoprotection sont décrits par les PdS comme des limites pour fournir de meilleurs soins de soutien.</p> <p>- les gynéco-obstétriciens libéraux ont généralement organisé un rendez-vous de suivi six semaines après la fausse couche, tandis que les MG ont soit encouragé un rendez-vous dans la semaine, soit effectué des appels téléphoniques de suivi à la place.</p> <p>Il existe un écart entre le soutien émotionnel souhaité par les patientes et la perception qu'ont les PdS sur le besoin de soutien émotionnel qu'ont ces femmes, qu'ils pensent être capable d'apporter.</p> <p>Il existe deux écarts intéressants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'écart entre la pratique idéale imaginée par le médecin et sa pratique réelle lors de la prise en charge de ses patientes - l'écart entre la pratique idéale pensée par le médecin et celle imaginée par la patiente. <p>Propositions : approfondir la question de l'amélioration de l'aide apportée aux femmes par les professionnels de la santé.</p>

<p>Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes</p> <p>Juliette Normand</p>	<p>2019</p> <p>France</p>	<p>L'objectif principal de cette étude est de connaître les réticences et les motivations des femmes à une prise en charge des ASP en ville et notamment par le médecin généraliste en explorant leur vécu. L'objectif secondaire est de connaître les attentes et les manques sur la prise en charge afin de l'améliorer.</p>	<p>Étude qualitative multicentrique à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, analysés par théorisation ancrée avec double codage.</p> <p>Sélection : 14 femmes ayant vécu un ASP et ayant eu recours à un médecin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les femmes considèrent que le médecin généraliste a un rôle à jouer, essentiellement comme soutien psychologique ou pour compléter les informations reçues en milieu hospitalier. - la disponibilité des MG et la relation de confiance sont deux facteurs favorisant la demande de consultation. - la plupart des femmes ne souhaitent pas de soutien psychologique approfondi afin de ne pas s'attarder sur l'ASP. - celles pour qui le soutien psychologique devait avoir lieu préféraient qu'il soit rapidement programmé, dans les semaines qui suivaient l'annonce. - l'auteur constatait auprès de ces femmes une méconnaissance des compétences de leur MG sur le plan gynécologique. 	<p>Les patientes consultent facilement aux urgences car elles sont dans une situation qu'elles perçoivent comme urgente et sont à la recherche d'un diagnostic rapide afin de diminuer leur anxiété.</p> <p>Elles reconnaissent que le médecin généraliste a toute sa place pour la prise en charge des FCSP avec comme moyen sa disponibilité, son écoute et un suivi possible. Le choc émotionnel de cette événement peut nécessiter un accompagnement médical. Le manque de communication et d'informations sur les FCSP est un impact négatif sur les différentes prises en charge possible.</p> <p>Propositions faites par l'auteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - remettre un compte-rendu de consultations aux urgences à la patiente ou au médecin généraliste qui la suit. - envisager une consultation post FCS comme celles qui existent déjà pour les interruptions volontaires de grossesse. - mettre en place un réseau entre les médecins de ville et différents intervenants intra ou extra-hospitaliers pour améliorer le parcours de soins de ces patientes. - créer des vacations d'urgences obstétriques pour les médecins de ville ainsi que pour les échographistes.
<p>Managing Miscarriage: The Management of the Emotional Sequelae of Miscarriage in Training Practices in the West of Scotland</p> <p>Helen Roberts</p>	<p>1991</p> <p>Royaume-Uni (Ecosse)</p>	<p>Décrire certains aspects de la prise en charge clinique et émotionnelle des femmes qui font un ASP.</p>	<p>Étude quantitative par questionnaire postal.</p> <p>Sélection : 287 médecins généralistes de l'ouest de l'Ecosse.</p> <p>Taux de réponses : 81%</p>	<p>Que diriez-vous à une femme qui vient vous voir à la sortie de l'hôpital suite à un ASP ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 62% ont mentionné le conseil et l'écoute ou ont parlé du deuil - 20% ont donné un conseil clinique. - 17% se sont concentrés sur la cause "naturelle" - 1% autre (par exemple : « je suis désolée ») <p>Que feriez-vous ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 56% souhaitent une réorientation, un avis spécialisé ou des soins secondaires - 3% ne feraient rien - 25% géreraient eux-mêmes le suivi - et 16% proposeraient un suivi de soutien et d'écoute <p>A la question: cela peut-il arriver lors de la prochaine grossesse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9% : « peut-être » - 12% rassurent - 50% : « non, c'est peu probable » - 21% : « autant qu'avant » - 3% apportent d'autres réponses <p>A la question : quand puis je retomber enceinte ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 51% proposent un délai de trois à six mois - plus d'un quart : « quand elles se sentiront prêtes » 	<p>En termes d'information, les médecins généralistes sont clairement limités par les connaissances scientifiques concernant les étiologies de l'ASP.</p> <p><i>Limite : déclaratif</i></p>

DISCUSSION

1. Un impact psychologique possible à ne pas méconnaître

Ce sujet est délicat et compliqué car il dépend de l'histoire psychologique et gynécologique de chaque patiente, de sa perception de la grossesse, de l'embryon, de sa place dans sa vie, du soutien apporté par l'entourage, ainsi que du lien qu'elle a tissé avec les professionnels de santé auparavant.

La directive du National Institute for the Health and Care Excellence (NICE) publiée en avril 2019 concernant la prise en charge des ASP et des Grossesses Extra-Utérines (GEU) demande de « fournir à toutes les femmes des informations et un soutien de manière sensible, en tenant compte de leur situation individuelle et de leur réaction émotionnelle »(3). Elle recommande de proposer systématiquement un rendez-vous de suivi avec un professionnel de santé de son choix.

De nombreuses études montrent qu'un ASP peut avoir un impact important et néfaste dans la vie d'une femme (7)(20)(21). D'après la constitution de l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (22). Il semblerait essentiel que les médecins généralistes soient donc attentifs à l'aspect psychologique d'une femme ayant vécu un ASP.

2. Une formation médicale appropriée

Comme le souligne l'étude du Dr Jensen, « en raison de la faible complexité médicale de la gestion des fausses couches, celles-ci sont principalement gérées dans le cadre des hôpitaux publics par des médecins en formation. En l'absence de formation, les étudiants doivent apprendre par l'expérience à fournir des soins émotionnels »(18). Bien qu'un enseignement soit dispensé en second cycle sur la gestion des métrorragies, et donc des ASP, aucune formation n'aborde le soutien émotionnel aux femmes. En troisième cycle, certaines facultés françaises proposent un module d'enseignement sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle, essentiellement tourné sur les maladies graves, le deuil. Cette formation apporte aux internes des clefs dont ils peuvent se servir dans une consultation centrée sur l'ASP, mais cette formation est facultative.

Or, « ce qu'on cherche, on peut le trouver ; mais ce qu'on néglige nous échappe », disait Sophocle. Il serait donc intéressant de consacrer un enseignement non optionnel, même court, aux différentes réactions que peuvent avoir les femmes vivant un ASP, ou toute autre forme de « perte fœtale » (AST, MFIU, IVG et IMG), afin de pouvoir les rechercher lors de nos consultations et ainsi déceler si la patiente présente un besoin de soutien psychologique. C'est d'ailleurs ce qui est recommandée par la directive NICE « Les professionnels de la santé qui dispensent des soins à ces femmes devraient recevoir une formation sur la manière de communiquer avec sensibilité et d'annoncer les mauvaises nouvelles » (3).

L'étude « Managing Miscarriage : The Management of the Emotional Sequelae of Miscarriage in Training Practices in the West of Scotland » (15) est intéressante car elle montre bien la diversité de prise en charge des ASP et leur suivi selon le médecin. Selon l'expérience

professionnelle et personnelle du médecin généraliste, ses réponses seront différentes de celles de ses collègues. C'est à la fois une richesse car chaque patiente peut donc trouver un médecin qui lui correspond, mais cela mériterait sur certains points une « uniformité » dans le discours, qui permettrait une égalité dans la prise en charge de chaque patiente, dans la proposition de soins que le médecin peut lui offrir. Cette uniformité pourrait être apportée par une courte formation sur l'ASP et sur le soutien émotionnel.

Comme le montre l'étude « Care for the imminent miscarriage by Midwives et GPs» (14), les fois où une consultation de suivi est proposée, les délais entre l'ASP et cette consultation sont très variables. Une étude en France pourrait être réalisée pour offrir un consensus concernant la proposition de suivi et son délai. Ce consensus serait enseigné lors de la formation des étudiants en médecine, et permettrait que l'offre de soins soit plus égalitaire pour que chaque patiente puisse en bénéficier.

3. La place du médecin généraliste

Comme le souligne la thèse de Juliette Normand, il serait intéressant qu'un compte-rendu de consultation aux urgences soit remis à la patiente ou au médecin généraliste qui la suit, car le risque de déclarer une pathologie psychiatrique est possible dans l'année suivant l'ASP (17). Elle propose également d'organiser une consultation post-ASP comme celles qui existent déjà pour les interruptions volontaires de grossesse. Cette consultation pourrait ne pas être systématique, mais au moins discutée et proposée à chaque patiente.

Le travail d'Anne Juhel en 2018 (11) met en avant, contrairement à celui de Juliette Normand effectué en 2019, la place secondaire, voire absente, du médecin généraliste aux côtés des femmes vivants un ASP. Cette différence de constat peut s'expliquer par la sélection des patientes. En effet, la sélection réalisée par Juliette Normand incluait le fait que la patiente avait déjà consulté un médecin.

En revanche ces deux études soulignent la méconnaissance, constatée, du rôle des médecins généralistes par les patientes, notamment concernant leurs compétences sur le plan gynécologique. Elles proposent de renforcer la communication entre l'hôpital et le médecin généraliste, d'informer et de faire de la prévention auprès de la population générale, le tout afin de replacer les médecins généralistes au centre du système de soin.

En 2015, grâce à une étude qualitative, Julie Marche, interne de médecine générale, a étudié les attentes de 12 femmes vis-à-vis des professionnels de santé lors de l'ASP. Elle propose d'instaurer une consultation systématique avec le médecin traitant pour une évaluation psychologique et globale, plus que biomédicale de la fausse couche en elle-même(23).

En perspective, il serait pertinent de communiquer auprès des femmes concernant les compétences des médecins généralistes sur le plan gynécologique (suivi de grossesse, frottis cervico-utérins, contraceptions et mètrorragies), ce qui permettrait de favoriser l'accès à ces consultations, difficiles à obtenir auprès des gynécologues trop peu nombreux. Cela pourrait être réalisé à l'aide d'affiches dans la salle d'attente. Par ailleurs, il est essentiel d'améliorer la communication entre hôpital et médecin généraliste afin qu'il reste au centre de la prise en charge de sa patiente et puisse l'accompagner si besoin. Enfin, il serait intéressant de proposer systématiquement un suivi aux patientes vivant une « perte fœtale », via une consultation ou un appel téléphonique.

4. Limites et Biais

L'épidémie de Covid-19 a forcé la fermeture des bibliothèques et ainsi l'arrêt des échanges et prêts de documents. Certains écrits qui auraient mérité d'être étudiés et qui auraient probablement enrichi ce travail de recherche n'ont donc pas pu être analysés.

Les mots-clefs sélectionnés par l'auteur peuvent paraître mal choisis, car offrant un trop grand nombre d'articles au départ. Cependant le resserrement de l'équation de recherche s'est soldé par un résultat nul. Il a donc été choisi d'ouvrir l'équation de recherche afin qu'elle soit la plus exhaustive possible et ainsi ne pas méconnaître d'écrits pertinents.

Enfin, les seules études quantitatives retrouvées datent d'avant 1995, ce qui pourrait être reproché à l'auteur. Cependant, elles ont le mérite d'avoir été réalisées afin de discuter de ce sujet. Par ailleurs, ce sont les seules études menées sur un échantillon de grande envergure. Elles ont donc été incluses dans un souci d'exhaustivité.

5. Ouverture

Aucune étude quantitative n'a été réalisée en France afin de mesurer la réelle implication des médecins généralistes dans le suivi de l'ASP. Il serait intéressant d'en réaliser une afin d'approfondir les résultats des études qualitatives décrites. A cette occasion, il serait intéressant de questionner les médecins français sur la proposition d'ajouter lors des études

médicales, une courte formation concernant l'ASP et les différentes méthodes d'écoute et de soutien psychologique à apporter aux patientes qui en auraient besoin.

Les études menées auprès des professionnels de santé ont été réalisées à l'étranger. Aussi il serait intéressant de mener une étude française auprès des médecins généralistes afin d'étudier leur manière de suivre l'ASP chez leurs patientes. Proposent-ils un suivi ? Sont-ils informés de cet événement chez leurs patientes ? Considèrent-ils que ce soit à la patiente de prendre rendez-vous si elle en ressent le besoin ? Ou proposent-ils une consultation de suivi afin de discuter de cet événement avec elle et d'évaluer son besoin ou non de suivi psychologique ?

CONCLUSION

L'avortement spontané précoce peut favoriser chez la femme la survenue ou l'accentuation d'une détresse psychologique. Le médecin généraliste, en tant que « pivot » de la santé en France, doit être prévenu de cet événement chez ses patientes, afin de pouvoir évaluer si celle-ci présente ou non un besoin de soutien psychologique. Il devrait pouvoir recevoir au cours de ses études médicales une formation concernant l'ASP et son suivi.

BIBLIOGRAPHIE

1. L'avortement spontané ou provoqué: rapport d'un groupe scientifique de l'OMS [Internet]. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38299/WHO_TRS_461_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique: Les pertes de grossesse (texte court) [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2014/CNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf
3. Recommendations | Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126/chapter/Recommendations#management-of-miscarriage>
4. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 1 avr 2007;21(2):229-47.
5. G. Legendre a, *, b , M. Gicquel a, V. Lejeune c, E. Iraola d, X. Deffieux e, N. Séjourné f, S. Bydlowski g, P. Gillard a, L. Sentilhes a, P. Descamps a. Psychologie et perte de grossesse. EM Consulte [Internet]. déc 2014; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/942058>
6. Nikcević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. J Psychosom Res. sept 2007;63(3):283-90.
7. Natalène Séjourné, Stacey Callahan , Henri Chabrol. La fausse couche : une expérience difficile et singulière. Cairn.info. mars 2009;
8. Charlotte de Farcy de Pontfarcy H. Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes: la fausse couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal? étude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012. :74.
9. Amelie.fr. Fausse couche [Internet]. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/fausse-couche>
10. Blond Armelle. Limites de la prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre par le généraliste. Rédaction d'un protocole d'aide à la prise en charge. Nantes; 2007.
11. Juhel Anne. Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? Etude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais. 2018.
12. Friedman T. Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. J R Coll Gen Pract. 1 nov 1989;39(328):456-8.
13. Prettyman RJ, Cordle C. Psychological aspects of miscarriage: attitudes of the primary health care team. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. mars 1992;42(356):97-9.
14. Fleuren M, Grol R, De Haan M, Wijkel D. Care for the Imminent Miscarriage by Midwives and GPs. Fam Pract. 1994;11(3):275-81.
15. Roberts H. Managing Miscarriage: The Management of the Emotional Sequelae of Miscarriage in Training Practices in the West of Scotland. Fam Pract. 1 juin 1991;8(2):117-20.
16. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. Women Birth. 1 avr 2019;32(2):137-46.

17. Normand Juliette. PEC ambulatoire des FCS du 1er Trimestre de grossesse du point de vue des patientes [Internet]. Disponible sur: https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/12103479850004611
18. Jensen KLB, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(4):508-13.
19. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim Care Update OB/GYNs*. 1 mars 2000;7(2):64-9.
20. Séjourné N. Arrêt précoce d'une grossesse. Souhait, nécessité et efficacité d'une intervention de soutien psychologique.
21. PONCET, Nathalie. La perte et le deuil après une fausse couche. [Faculté Lyon Nord]; 2007.
22. Constitution de l'OMS [Internet]. [cité 12 août 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
23. Marche J. Vécu et représentations de la prise en charge des fausses couches spontanées précoces : attentes des femmes de la part des professionnels de santé : enquête qualitative portant sur 12 entretiens de patientes. [Lyon]: Lyon; 2015.
24. Rousseau P. Deuil périnatal: transmission intergénérationnelle. *Etudes Sur Mort*. 2001;no 119(1):117-37.
25. Fizaine J-P. Le médecin généraliste et la prévention dans le domaine périnatal: réflexions et propositions issues d'une enquête portant sur les actions de prévention en périnatalité pour une participation au plus large des professionnels dans le cadre du Réseau Périnatal Lorrain. 13 oct 2003 [cité 23 mai 2019]; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733204>
26. Drouot J. Exploration de la perception de la contraception et de la fertilité des femmes ayant recours à une interruption volontaire de grossesse. 2017 [cité 23 mai 2019]; Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932207>
27. Sanchez A. Du deuil anténatal traumatisante à la résilience familiale. *J Psychol*. 25 sept 2015;no 331(9):69-71.
28. METEIL M. Vécu de la grossesse après une fausse couche précoce (Mémoire SF). 2010.
29. Rosalbanne Pepin. Critères de satisfaction des patientes, dans la prise en charge d'une fausse couche précoce et place du médecin généraliste au cours de cet événement. La Sorbonne; 2018.
30. Delacoux des Roseaux, Antoine. Prise en charge des fausses couches spontanées précoces : traitement médical par le misoprostol et place du médecin généraliste. Caen; 2005.
31. Segui D. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des grossesses arrêtées du premier trimestre. Aix-Marseille; 2005.
32. Practitioners TRAC of G. RACGP - Early pregnancy bleeding [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2016/may/early-pregnancy-bleeding/>
33. Nguyen V, Temple-Smith M, Bilardi J. Men's lived experiences of perinatal loss: A review of the literature. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(6):757-66.
34. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. « It's just one of those things people don't seem to talk about... » women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 29 2018;18(1):176.

35. Pang PC-I, Temple-Smith M, Bellhouse C, Trieu V-H, Kiropoulos L, Williams H, et al. Online Health Seeking Behaviours: What Information Is Sought by Women Experiencing Miscarriage? *Stud Health Technol Inform.* 2018;252:118-25.

36. Fleuren M, Grol R, de Haan M, Wijkel D, Oudshoorn C. Adherence by midwives to the Dutch national guidelines on threatened miscarriage in general practice: a prospective study. *Qual Health Care.* juin 1997;6(2):69-74.

37. Wieringa-de Waard M, Hartman EE, Ankum WM, Reitsma JB, Bindels PJE, Bonsel GJ. Expectant management versus surgical evacuation in first trimester miscarriage: health-related quality of life in randomized and non-randomized patients. *Hum Reprod.* 1 juin 2002;17(6):1638-42.

38. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months - Cumming - 2007 - *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com.buadistant.univ-angers.fr/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2007.01452.x>

39. Diagnostic et prise en charge des fausses couches au premier trimestre | Le BMJ [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www-bmj-com.buadistant.univ-angers.fr/content/346/bmj.f3676.abstract>

40. The management of first trimester miscarriage by general practitioners in Ireland | SpringerLink [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://link-springer-com.buadistant.univ-angers.fr/article/10.1007/BF02939765>

41. Reported management of early-pregnancy bleeding and miscarriage by general practitioners in Victoria - McLaren - 2002 - *Medical Journal of Australia* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.buadistant.univ-angers.fr/doi/full/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04285.x>

42. Gérer médicalement les fausses couches. [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/pmc/articles/PMC1677357/>

43. The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry: Vol 30, No 1 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00048679609076072>

44. Support following miscarriage: what women want: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*: Vol 28, No 4 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830903487375>

45. Stratton K, Lloyd L. Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008;48(1):5-11.

46. Thorstensen KA. Midwifery management of first trimester bleeding and early pregnancy loss. *J Midwifery Womens Health.* 1 nov 2000;45(6):481-97.

47. 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage: *Journal of Reproductive and Infant Psychology*: Vol 28, No 3 [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646831003587346>

48. Jurkovic D. Modern management of miscarriage: is there a place for non-surgical treatment? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1998;11(3):161-3.

49. Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.buadistant.univ-angers.fr/pmc/articles/PMC3218791/>

50. Swanson KM. Effects of Caring, Measurement, and Time on Miscarriage Impact and Women's Well-Being. *Nurs Res.* déc 1999;48(6):288-298.

51. Ramsden CA. Miscarriage counselling — an accident and emergency perspective. *Accid Emerg Nurs.* 1 avr 1995;3(2):68-73.

52. Wallace RR, Goodman S, Freedman LR, Dalton VK, Harris LH. Counseling women with early pregnancy failure: Utilizing evidence, preserving preference. *Patient Educ Couns.* 1 déc 2010;81(3):454-61.

53. Nikčević DAV. Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic. *J Reprod Infant Psychol.* 1 août 2003;21(3):207-17.

54. Reenen WJ van. A First Miscarriage and the Received Care at the Early Pregnancy Department: Women's Experiences [Internet]. 2011 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <http://localhost/handle/1874/211094>

55. Shurack ELZ. Pregnancy loss : women's experiences coping with miscarriage [Internet]. University of British Columbia; 2015 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0166423>

56. Warsop A, Ismail K, Dr SI. Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting. *Psychol Health Med.* 1 août 2004;9(3):306-14.

57. Brzakowski M. Fausses couches précoces. *Rev Prat - Médecine Générale.* nov 2013;912(27):2.

58. Manca DP, Bass MJ. Women's Experience of Miscarriage. *Can Fam Physician.* sept 1991;37:1871-7.

59. Conway K. Miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 7 juill 2009 [cité 11 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/01674829109077995?needAccess=true>

60. James DS, Kristiansen CM. Women's Reactions to Miscarriage: The Role of Attributions, Coping Styles, and Knowledge1. *J Appl Soc Psychol.* 1995;25(1):59-76.

61. Gerber-Epstein P, Leichtentritt RD, Benyamin Y. The Experience of Miscarriage in First Pregnancy: The Women's Voices. *Death Stud.* 17 déc 2008;33(1):1-29.

62. Geller PA, Psaros C, Kornfield SL. Satisfaction with pregnancy loss aftercare: are women getting what they want? *Arch Womens Ment Health.* 1 avr 2010;13(2):111-24.

63. Wong MK, Crawford TJ, Gask L, Grinyer A. A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *Br J Gen Pract.* 1 sept 2003;53(494):697-702.

64. Engel J, Rempel L. Health Professionals' Practices and Attitudes About Miscarriage. *MCN Am J Matern Nurs.* févr 2016;41(1):51-57.

65. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Soc Sci Med.* 1 oct 2006;63(7):1934-46.

66. Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res.* mars 1996;40(3):235-44.

67. Cecil R. Miscarriage: Women's views of care. *J Reprod Infant Psychol.* janv 1994;12(1):21-9.

68. Leppert PC, Pahlka BS. Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. *Obstet Gynecol.* juill 1984;64(1):119-22.

69. Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, et al. Major Depressive Disorder in the 6 Months After Miscarriage. *JAMA*. 5 févr 1997;277(5):383-8.
70. Moulder C. *Miscarriage: Women's Experiences and Needs*. Psychology Press; 2001. 262 p.
71. Conway K. Miscarriage experience and the role of support systems: A pilot study. *Br J Med Psychol*. 1995;68(3):259-67.
72. Cuisinier MCJ, Kuijpers JC, Hoogduin CAL, de Graauw CPHM, Janssen HJEM. Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. déc 1993;52(3):163-8.
73. Helström L, Victor A. Information and emotional support for women after miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1 janv 1987;7(2):93-8.
74. Simmons RK, Singh G, Maconochie N, Doyle P, Green J. Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study. *Soc Sci Med*. 1 oct 2006;63(7):1934-46.
75. Cordle CJ, Prettyman RJ. A 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage. *J Reprod Infant Psychol*. 1 janv 1994;12(1):37-43.
76. Moohan J, Ashe RG, Cecil R. The management of miscarriage: Results from a survey at one hospital. *J Reprod Infant Psychol*. 1 janv 1994;12(1):17-9.
77. La fausse couche : complication fréquente et banale mais évènement traumatique pour les femmes. Intérêt et principes d'un suivi médico-psychologique : revue de la littérature / Audrey Albin Cochet [Internet]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/087677067>
78. Vécu psychologique d'une fausse-couche précoce en fonction de la prise en charge / Mathilde Lebrun [Internet]. Disponible sur: <file:///Users/mathilde/Downloads/M-SM2019-009.pdf>
79. Vécu de la fausse couche spontanée précoce et de la prise en charge médico-psychologique : étude qualitative réalisée auprès d'un échantillon de patientes dans le Var en 2013 / Emilie Grand ; sous la direction de Raphaëlle Rousseau-Durand [Internet]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/179490044>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Tableau d'extraction des données	22
--	----

TABLE DES MATIERES

RESUME	10
INTRODUCTION	11
METHODES	13
1. Stratégie de recherche bibliographique	13
2. Stratégie de sélection des références	13
3. Modalités d'extraction et de recueil des données	14
4. Analyse des données	14
RESULTATS	15
1. Sélection des références	15
2. Études sélectionnées	17
3. Principaux résultats	17
3.1. Études Quantitatives.....	17
3.1.1. « Women's experiences of general practitioner management of miscarriage », Dr Friedman, 1989	17
3.1.2. « Psychological aspects of miscarriage : attitudes of the primary health care team », Dr Prettyman et Dr Cordle, 1992	17
3.1.3. « Care for the imminent miscarriage by midwives and GPs », Dr Fleuren, 1994	18
3.1.4. « Managing Miscarriage: The Management of the Emotional Sequelae of Miscarriage in Training Practices », Pr H.Roberts, 1991.....	18
3.2. Etudes Qualitatives.....	19
3.2.1. « The loss was traumatic », Dr C. Belhouse, 2019	19
3.2.2. « Après une fausse couche spontanée, quel est le rôle du médecin généraliste ? Étude qualitative du ressenti des patientes du bassin rennais », Anne Juhel, 2018.....	19
3.2.3. « Prise en charge ambulatoire des fausses couches spontanées du 1er trimestre de grossesse du point de vue des patientes », Juliette Normand, 2019	20
3.2.4. « Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage », Dr Jensen, Dr Temple-Smith et Dr Bilardi, 2019	20
3.3. Revue de littérature.....	21
3.3.1. « Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage », Dr Athey et Dr Spielvogel, 2000.....	21
4. Tableau d'extraction des données	22
DISCUSSION	26
1. Un impact psychologique possible à ne pas évincer	26
2. Une formation médicale appropriée	27
3. La place du médecin généraliste	28
4. Limites et Biais	30
5. Ouverture	30
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	33
LISTE DES FIGURES	38

LISTE DES TABLEAUX	39
TABLE DES MATIERES.....	40

URANGA-HARISMENDY Mathilde**Suivi de l'Avortement Spontané Précoce :
état des lieux de la pratique des médecins généralistes**

Introduction : L'avortement spontané précoce (ASP) concerne en moyenne 20 % des grossesses. Les médecins généralistes connaissent les directives concernant les métrorragies de la femme enceinte, mais comment font-ils pour le suivi des femmes ayant vécu un ASP. L'objectif de ce travail est de décrire les stratégies utilisées par les médecins généralistes concernant le suivi de ces patientes.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée, s'appuyant sur les recommandations PRISMA P. Les bases de données suivantes ont été interrogées : PubMed, Google Scholar, Web of Science, Docdocpro, Thèses.fr, SUDOC.

Résultats : Sur les 1928 documents identifiés, 9 ont finalement été inclus dans cette analyse narrative incluant des études qualitatives, quantitatives et une revue de littérature.

Conclusion : L'avortement spontané précoce peut favoriser chez la femme la survenue ou l'accentuation d'une détresse psychologique. Le médecin généraliste, en tant que « pivot » de la santé en France, doit être prévenu de cet événement chez ses patientes, afin de pouvoir évaluer si celle-ci présente ou non un besoin de soutien psychologique. Il devrait pouvoir recevoir au cours de ses études médicales une formation concernant l'ASP et son suivi.

Mots-clés : suivi de la fausse couche par le médecin traitant SAUF avortement provoqué SAUF diagnostic

Titre en anglais

Introduction : Early spontaneous abortion (PSA) occurs in an average of 20% of pregnancies. General practitioners are aware of the guidelines for metrorrhagia in pregnant women, but how do they follow up on women who have experienced PSA? The objective of this work is to describe the strategies used by GPs in the follow-up of these patients.

Méthode : A systematic review of the literature was conducted, based on the PRISMA P recommendations. The following databases were queried: PubMed, Google Scholar, Web of Science, Docdocpro, Theses.fr, SUDOC.

Résultats : Of the 1928 documents identified, 9 were finally included in this narrative analysis which included qualitative and quantitative studies and a literature review.

Conclusion : Early spontaneous abortion can lead to the occurrence or exacerbation of psychological distress in women. The general practitioner, as the "pivot" of health care in France, must be notified of this event in his patients, so that he can assess whether or not they are in need of psychological support. He should be able to receive training in PSA and its follow-up during his medical studies.

Keywords : "management of miscarriage" AND "general practice"; "general practice" AND (miscarriage OR "spontaneous abortion")