

Travail de Bachelor
Les expériences des femmes ayant vécu une fausse couche
spontanée
Revue de la littérature

Réalisé par : Noémie Genillard

Promotion : Bachelor 18

Sous la direction de : Emmanuelle Coquoz

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Résumé

La fausse couche concerne environ une grossesse sur cinq. C'est un évènement fréquent qui touche beaucoup de femmes, surtout en début de grossesse. Même si la perte fœtale est très précoce, elle peut être très difficile à vivre pour les parents et leur famille, car c'est aussi la perte de projets. Pourtant, l'expérience des couples en matière de soutien psychologique et émotionnel est rarement abordée. Cette revue de la littérature se donne comme objectif d'identifier les répercussions physiques et psychiques des fausses couches spontanées, d'explorer les expériences des femmes et des proches et d'analyser leurs besoins en matière d'accompagnement ainsi que les différentes recommandations proposées.

Des recherches par mots clés ont été effectuées sur les bases de données CINAHL, PubMed et MEDLINE. Les recherches ont été réalisées principalement entre décembre 2020 et janvier 2021. Elles ont permis d'identifier six études primaires publiées entre 2016 et 2021 répondant aux objectifs de la revue de la littérature. Toutes les études ont comme contexte de soin le milieu des urgences. Les articles portant sur l'avortement volontaire, les grossesses ectopiques ainsi que les enfants mort-nés ont été exclus.

Les résultats de l'analyse des études soulignent qu'il existe un manque de satisfaction concernant la prise en charge des fausses couches spontanées, surtout en ce qui concerne l'information aux patientes. Les professionnels manquent de connaissances en raison d'une formation limitée. L'offre de suivi après une fausse couche est plus axée sur la récupération physique qu'émotionnelle et psychologique. De plus, le rythme rapide des urgences rend la prise en charge des fausses couches complexe.

En conclusion, cette revue de la littérature apporte des propositions pour la pratique, la formation et la recherche et met en évidence la nécessité d'une prise en charge adéquate et spécifique des femmes et de leur conjoint ayant vécu une fausse couche spontanée dans les services d'urgence.

Mots clés : fausse couche, urgences, parents, accompagnement, deuil.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement Madame Emmanuelle Coquoz, directrice de mon travail de Bachelor, pour ses précieux conseils et sa disponibilité.

J'aimerais également remercier Madame Florence Fellay, sage-femme conseillère, qui m'a permis de mieux comprendre la prise en charge des fausses couches en Valais.

Finalement, je remercie ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de mon travail.

Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute École de Santé Valais-Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus, l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 7.0.

Lieu et date : Sion, le 7 juillet 2021

Noémie Genillard

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique	1
1.2	Question de recherche.....	5
1.3	But de la recherche	5
2	Cadre théorique.....	5
2.1	Fausse couche.....	5
2.1.1	Signes et symptômes.....	6
2.1.2	Causes	6
2.1.3	Diagnostic	7
2.1.4	Traitements	8
2.1.5	Répercussions physiques et psychiques	9
2.2	Perte et deuil	13
2.2.1	Besoins et expériences des femmes	14
2.2.2	Perte.....	15
2.2.3	Deuil périnatal	15
2.2.4	Obstacles au deuil.....	16
2.3	Soutien de la part des équipes.....	17
2.3.1	Équipe pluridisciplinaire	17
2.3.2	Relation soignant-soigné.....	17
2.3.3	Attitudes et formation dans la relation d'aide	18
3	Méthode	19
3.1	Devis de recherche	19
3.2	Collecte des données.....	19
3.3	Sélection des données.....	20
3.4	Considérations éthiques.....	20
3.5	Analyse des données.....	20
4	Résultats	22
4.1	Description de l'étude 1.....	22
4.1.1	Validité méthodologique.....	24
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	25
4.2	Description de l'étude 2.....	25
4.2.1	Validité méthodologique.....	28
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	29
4.3	Description de l'étude 3.....	30

4.3.1	Validité méthodologique.....	31
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	32
4.4	Description de l'étude 4.....	33
4.4.1	Validité méthodologique.....	34
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	35
4.5	Description de l'étude 5.....	36
4.5.1	Validité méthodologique.....	38
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	39
4.6	Description de l'étude 6.....	39
4.6.1	Validité méthodologique.....	40
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle	41
4.7	Synthèse des principaux résultats	42
4.7.1	Manque d'informations.....	42
4.7.2	Manque de connaissance des professionnels	42
4.7.3	Besoin de soutien et de suivi	42
4.7.4	Obstacles aux soins dans les services d'urgence.....	43
5	Discussion	43
5.1	Discussion des résultats	43
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	47
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	47
6	Conclusions.....	48
6.1	Propositions pour la pratique	48
6.2	Propositions pour la formation	49
6.3	Propositions pour la recherche	50
7	Références bibliographiques.....	51
8	Annexes	I
	Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Pyramides des preuves	VIII
	Annexe IV : Échange avec Mme Fellay Florence, sage-femme conseillère.....	IX
	Annexe V : Mots clés et descripteurs	X
	Annexe VI : Équations de recherche	XI
	Annexe VII : Glossaire méthodologique	XIII

Liste des figures

Figure 1 : Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8).....	VIII
---	------

Liste des tableaux

Tableau 1 : Liste des articles retenus.....	21
---	----

Liste des abréviations

AGAPA	Association des Groupes d'Accompagnement – Perte de grossesse – Abus – Maltraitance – Survivance
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
EBN	Evidence Based Nursing
EBP	Evidence Based Practice
HAS	Haute Autorité de Santé
hCG	Hormone chorionique gonadotrope humaine
HEdS	Haute École de Santé Valais-Wallis
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
VD	Variable dépendante
VI	Variable indépendante

1 Introduction

1.1 Problématique

La perte de grossesse est également appelée fausse couche ou avortement spontané (Garel & Legrand, 1990 ; Huber, 2019). Dans la littérature, la définition de la fausse couche la plus fréquemment retenue est celle proposée en 1977 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui la considère comme « l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500 g, ce qui correspond à environ 20-22 semaines de gestation » (Séjourné et al., 2008).

Il existe différents types de fausses couches. La fausse couche précoce est définie comme l'arrêt spontané de la grossesse avant le terme de 12-14 semaines d'aménorrhée tandis que la fausse couche tardive est déterminée comme l'expulsion spontanée d'un fœtus entre 12-14 et 22 semaines d'aménorrhée (Lejeune et al., 2007). La mortinaissance est la mort d'un fœtus après la 20^e semaine de gestation mais avant la naissance (Hutti et al., 2016). Les signes et symptômes diffèrent en fonction du type de fausse couche et seront développés dans le cadre théorique, de même que les étiologies.

En ce qui concerne l'épidémiologie, en France, il est estimé que 15 à 25% des grossesses connues se terminent par une fausse couche spontanée. Cela représente environ 200 000 femmes concernées (Garel & Legrand, 1990). En Suisse, jusqu'à la fin de la 22^e semaine de gestation, environ une grossesse sur cinq se termine par un avortement ou une fausse couche, le plus souvent durant les trois premiers mois de grossesse (Conseil fédéral, 2017).

La fausse couche n'est pas un événement anodin. Même si la perte de grossesse est très précoce et que la grossesse n'est pas encore visible, cela représente malgré toute la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur. Ce qui est particulièrement difficile dans cette épreuve, c'est le caractère inattendu, l'absence de personne à enterrer et de souvenirs (Séjourné et al., 2008).

Dans cette expérience douloureuse, il faut également faire face aux formalités administratives et guider le couple avec tact à travers les démarches concernant la déclaration à l'état civil, l'autopsie, le devenir du corps et les droits sociaux. Tous ces actes sont régis par des textes de loi. Il est nécessaire de connaître ces derniers et de les laisser à disposition afin de guider les équipes et d'informer correctement les parents. Cela évite au couple de douloureuses procédures administratives si les documents remplis au départ ne sont pas corrects. Un support écrit résumant ces informations peut être utile, car tout ce qui est dit oralement n'est pas forcément enregistré dans ce contexte de perte fœtale (Lejeune et al., 2007). Selon P. Carroz (communication personnelle, 23 février 2021), en Valais, l'hôpital laisse la possibilité à la famille soit de faire appel à des pompes funèbres de son choix, soit de laisser l'hôpital s'en occuper. Généralement, c'est

l'hôpital qui fournit le cercueil et qui se charge de l'amener au crématoire. La décision d'enterrer (qui est plus rare) ou d'incinérer revient à la famille.

Selon les mesures légales en Suisse, un enfant mort-né (qui pèse au moins 500 grammes à la naissance ou dont la gestation a duré au moins 22 semaines entières) est enregistré dans le registre de l'état civil sur présentation d'un certificat médical. Le nombre de mort-nés est relativement stable depuis 1990. En revanche, les enfants nés sans vie (qui n'atteignent pas le poids minimal de 500 grammes ou qui viennent au monde avant 22 semaines entières de gestation) ne sont pas inscrits au registre de l'état civil (Conseil fédéral, 2017).

Néanmoins, depuis le 1^{er} janvier 2019, les parents peuvent annoncer la venue au monde d'un enfant né sans vie à l'office de l'état civil qui leur délivre, sur demande, un document de confirmation. Cela ne nécessite pas de se présenter directement à l'office de l'état civil. Cette nouvelle législation permet une meilleure reconnaissance de la fausse couche par la société tout en facilitant le processus de deuil (Conseil fédéral, 2018).

Le fait de perdre un bébé pendant la grossesse à cause d'une fausse couche ou d'un accouchement mort-né est encore un sujet tabou dans le monde entier, lié à la stigmatisation et à la honte (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2021). Si quelque chose se passe mal, la mère peut se sentir entièrement responsable. Ce sentiment paraît irrationnel, mais est en réalité naturel. Il est indispensable de rappeler que la fausse couche est le résultat d'un processus naturel et physiologique qui sélectionne les embryons viables (Huber, 2019).

De l'étude qualitative* de Punches (2019) réalisée aux États-Unis, il est ressorti que les prestataires de soin manquent de connaissance concernant la prise en charge d'une perte de grossesse. L'OMS (2021) souligne que de nombreuses femmes pourraient ne pas recevoir de soins appropriés et respectueux lorsque leur bébé meurt pendant la grossesse ou l'accouchement. Les difficultés ressenties quand une grossesse se termine mal sont très peu évoquées par les femmes. De plus, elles disposent de très peu d'informations notamment sur les causes, la fréquence et les répercussions de la fausse couche (Emond et al., 2019 ; Garel & Legrand, 1990). L'expérience des couples en matière de soutien professionnel – ou d'absence de soutien – est rarement abordée. Le manque de temps et de formation des professionnels de la santé peut affecter le soutien et l'information donnés aux couples et peut contribuer à prolonger leur deuil, en plus de contribuer à leur isolement et à leur détresse (de Montigny et al., 2017). Un manque d'information peut entraîner une baisse de la satisfaction des soins. De plus, c'est une période durant laquelle la femme est particulièrement fragile. Elle risque d'être plus facilement blessée. Tout ce que va faire le soignant sera marquant. Bien qu'il soit difficile à comprendre sans une expérience personnelle d'une perte, une formation supplémentaire sur le deuil périnatal basée sur des évidences (EBP, EBN) et/ou sur des recommandations de bonnes pratiques peut permettre de surmonter cet obstacle (Punches et al., 2019).

D'après la Dre Daniela Huber, médecin cheffe du Service de gynécologie et obstétrique sur le site de Sion (Valais), de nombreuses pertes de grossesse sont gérées aux urgences. Une fausse couche est considérée comme une urgence gynécologique. En fonction des résultats de l'échographie sur l'évolution de la fausse couche, un traitement médicamenteux ou chirurgical par aspiration et/ou curetage sera mis en place par l'équipe médicale. La prise en charge d'une fausse couche se passe soit aux urgences lorsque la femme présente des saignements et/ou des douleurs importantes, soit à l'hôpital de jour ou dans un service de gynécologie selon l'organisation (Huber, 2019).

D'un point de vue médical, les fausses couches sont sans gravité et ne compromettent que rarement la réussite des grossesses suivantes. S'il n'y a pas de complications, les chances de concevoir et de mener une grossesse à terme sont identiques à celles de toute autre femme (Huber, 2019). Cependant, psychologiquement, c'est un événement qui peut laisser des traces durables (Garel & Legrand, 1990). Les répercussions psychiques seront développées dans le cadre théorique.

Face à la réalité de la perte, en fonction des besoins des femmes, il sera nécessaire de proposer un accompagnement psychologique. Au sein de l'Hôpital du Valais, une équipe de soutien psychologique est mise en place pour les patientes vulnérables. Elle est composée de sages-femmes conseillères, de pédopsychiatres ainsi que d'un psychiatre de liaison. De plus, pour les fausses couches tardives, les sages-femmes conseillères reprennent contact avec les femmes pour prendre de leurs nouvelles afin d'évaluer l'évolution de leur moral. Il est également important pour les patientes de trouver du soutien auprès de leur entourage significatif, car parfois, il peut être difficile de se confier à des professionnels (Huber, 2019). Au sein de l'hôpital de Sion, en fonction de l'envie des parents, de l'âge gestationnel et de l'état du fœtus, des empreintes et des photos de celui-ci sont effectuées afin d'initier le processus de deuil. Cependant, si les parents ne souhaitent pas les récupérer, des exemplaires restent dans les dossiers aux archives. Il est possible de les réclamer par la suite, selon F. Fellay (communication personnelle, 3 février 2021, annexe IV).

Certaines femmes souhaitent à nouveau être enceintes le plus rapidement possible, tandis que d'autres ont besoin de temps pour accepter la perte et faire leur deuil. Une minorité de femmes vivent cette expérience comme un soulagement, car elles n'osaient pas mettre un terme à la grossesse volontairement (Huber, 2019). Chaque personne vit le deuil à sa manière, selon ses ressources et son histoire personnelle. Il en sera de même au sein du couple endeuillé. L'épreuve de la perte d'un enfant est une expérience extrêmement éprouvante pour un couple (Hôpitaux Universitaires Genève [HUG], 2018). Dans l'étude d'Emond (2019) menée au Québec, les femmes soulignent l'importance du soutien de leur partenaire durant cette épreuve. Cependant, certaines femmes peuvent se sentir non soutenues par leur partenaire et leur réseau social immédiat. Dans certaines situations, il peut y avoir un silence et une absence de mots de la part des proches. Ce silence ne doit pas être considéré comme une résistance, mais comme une incapacité à

accepter la dimension émotionnelle des fausses couches (Radford & Hughes, 2015). L'étude d'Emond (2019) rappelle que les pères sont également affectés par la perte. Or ils sont très souvent oubliés et mis de côté. L'impact sur l'entourage et sur les pères sera développé dans le cadre théorique dans la section « Impacts sur les soignants et sur l'entourage ».

L'accompagnement d'un deuil est un défi pour les équipes soignantes. De ce fait, il est nécessaire d'assurer une prise en charge pluriprofessionnelle et adaptée aux besoins de chacun pour accompagner les parents affectés (HUG, 2018). Les équipes médicales et soignantes jouent un rôle capital dans la prise en charge des fausses couches. Elles devraient apporter de l'aide affective et cognitive notamment par l'écoute ainsi que par les informations précises sur les causes, la fréquence et les conséquences médicales et psychologiques (Emond et al., 2019 ; Séjourné et al., 2008).

Le rôle infirmier est d'une part d'apporter un soutien émotionnel dans le processus de deuil. L'empathie et le réconfort sont reconnus comme étant inestimables et bénéfiques pour le rétablissement à long terme. Cependant, il peut être difficile de prendre en charge ces femmes qui sont en grande détresse, sur le plan tant professionnel que personnel. Les infirmières¹ peuvent avoir besoin d'un soutien sous la forme d'une formation, d'une supervision clinique, de séances de debriefing, de réunions d'équipe régulières et de réseaux de soutien personnel/professionnel (Radford & Hughes, 2015). D'autre part, l'infirmière doit également transmettre à ces femmes des informations cohérentes, orales et écrites, issues de données probantes*, pour leur permettre de faire des choix réfléchis concernant leur situation. La communication fait partie intégrante des soins efficaces et une communication incomplète pourrait avoir un impact sur le processus de récupération (Radford & Hughes, 2015). Les infirmières doivent aussi participer à la recherche de ressources supplémentaires et à l'élaboration de protocoles afin d'améliorer la qualité des soins (Punches et al., 2018).

Les soignants doivent être conscients de la cascade d'émotions et du manque de connaissances entourant la perte de grossesse d'une femme (Punches et al., 2018), mais aussi de la nécessité de donner des instructions détaillées sur les fausses couches, notamment sur ce à quoi il faut s'attendre (quantité de saignement, expulsion de tissu fœtal) ainsi que sur les signes et symptômes, le moment où il faut consulter, les symptômes de dépression et les ressources en matière de soins émotionnels. En fournissant une telle éducation, il est possible de réduire les visites inutiles aux urgences. Les soignants peuvent par exemple fournir aux patients des ressources, par exemple des lignes d'assistance téléphonique 24 heures sur 24 pour les femmes qui en ressentent le besoin ou celles qui n'ont pas reçu d'instructions complètes de la part des prestataires de soins (Punches et al., 2019).

¹ Nom employé au féminin mais s'applique également pour le genre masculin tout au long de la revue de la littérature.

Comme montré ci-dessus, les équipes soignantes jouent un grand rôle dans l'accompagnement en matière de soutien, d'information ou encore de formation. Pour améliorer cet accompagnement, il paraît essentiel de comprendre les besoins qui découlent des expériences des femmes chez qui on a diagnostiqué une perte de grossesse. Cela permettrait aux infirmières et autres professionnels de la santé de fournir des soins encore plus holistiques et plus compatissants qu'actuellement (Punches et al., 2019). Ce travail s'intéressera plus spécifiquement à l'impact de la fausse couche spontanée sur l'équilibre de la femme elle-même, sur celui du couple et de la famille.

1.2 Question de recherche

Pour donner suite à ces différentes notions, la question de recherche suivante a été formulée :

Quels sont les expériences et les besoins des femmes et de leur conjoint ayant vécu une fausse couche spontanée en milieu hospitalier (en particulier dans les services d'urgence) en matière d'accompagnement de la part des équipes soignantes ?

1.3 But de la recherche

Cette revue de la littérature se donne comme objectifs principaux, en particulier pour les fausses couches spontanées :

- D'identifier les répercussions physiques et psychiques
- D'explorer les expériences des femmes ayant vécu une fausse couche spontanée
- D'analyser les besoins d'accompagnement des femmes, de leurs conjoints et de leurs familles ainsi que les différentes recommandations proposées en termes de soutien

2 Cadre théorique

Différents concepts seront définis dans cette partie. Le cadre théorique permet d'améliorer la compréhension des concepts centraux de la question de recherche. D'abord, la fausse couche sera développée. Ensuite, la perte et le deuil seront abordés. Pour finir, le concept d'accompagnement et de soutien de la part des équipes sera expliqué.

2.1 Fausse couche

La définition ainsi que les différents types de fausses couches ont été décrits dans la problématique.

2.1.1 Signes et symptômes

Les signes et symptômes diffèrent en fonction du type de fausse couche ou, autrement dit, de l'âge de la grossesse (Garel & Legrand, 1990). Dans cette partie, nous aborderons ceux de la fausse couche précoce et tardive.

Le principal signe annonciateur d'une fausse couche précoce est l'apparition de saignements. Il ne faut pas les confondre avec les saignements petits et intermittents qui sont physiologiques et normaux en début de grossesse. Une hémorragie brutale, autrement dit un saignement continu et abondant, accompagné de caillots et de fragments de tissus, signale avec évidence une fausse couche (Garel & Legrand, 1990 ; Reus et al., 2017 ; Wieringa-de Waard et al., 2003). Selon l'étude de Wieringa-de Waard et al. (2003), les saignements et les douleurs sont plus importants les huit premiers jours après le début des saignements et diminuent ensuite. La douleur n'est pas forcément un signe annonciateur de la fausse couche. En revanche, si elle se manifeste en même temps que les saignements sous forme de crampes dans le bas-ventre, ou si elle ressemble aux douleurs prémenstruelles, il est possible qu'elle soit un signe lié à un avortement spontané. Ces douleurs peuvent ressembler aux contractions d'un accouchement pour les femmes qui les connaissent. De fortes douleurs dans le bas du dos, au niveau des lombaires, peuvent apparaître (Garel & Legrand, 1990 ; Reus et al., 2017). La diminution ou disparition des signes d'accompagnement de la grossesse (fatigue, nausées, vomissements, seins douloureux et tendus) peut également signifier l'arrêt de la grossesse (Garel & Legrand, 1990 ; Reus et al., 2017). Il est également tout à fait possible de n'avoir aucun symptôme. Une fausse couche très précoce, appelée aussi « grossesse chimique », est souvent associée à un retard de règles. Il arrive qu'une grossesse s'arrête brutalement sans symptômes particuliers et sans que la femme s'en rende compte. Dans ce cas, c'est l'échographie qui montre l'arrêt de la grossesse (Huber, 2019). Les signes échographiques d'une grossesse arrêtée sont soit une absence d'embryon dans le sac ovulaire (œuf clair), soit une destruction de l'embryon, soit des anomalies morphologiques de celui-ci dans sa cavité. L'activité cardiaque et les mouvements actifs sont absents. Le sac ovulaire est également trop petit pour l'âge de la grossesse (Garel & Legrand, 1990).

Lors d'une fausse couche tardive, les symptômes sont les mêmes que ceux de l'accouchement (contractions utérines douloureuses et régulières, écoulement brusque par la vulve d'une quantité importante de liquide). Les saignements et la fièvre sont des symptômes plus rares (Garel & Legrand, 1990).

2.1.2 Causes

Les causes de la fausse couche peuvent être fœtales ou maternelles. Il peut y avoir plusieurs causes dont des facteurs biologiques, infectieux et psychologiques (Garel & Legrand, 1990 ; Rodrigo et al., 2020).

L'avortement spontané précoce est le plus souvent le résultat d'un processus naturel et physiologique qui élimine un embryon présentant une anomalie chromosomique. En général, ces anomalies sont dues à un accident de la réduction du nombre de chromosomes. Étant donné que c'est un cas accidentel, les anomalies chromosomiques ont peu de chances de se reproduire. Cependant, la fréquence de celles-ci augmente avec l'âge de la mère (et du père), surtout après quarante ans (Garel & Legrand, 1990 ; Rodrigo et al., 2020). En effet, une femme de 20 ans a seulement 10% de probabilité de faire une fausse couche, alors qu'à 40 ans le risque s'élève à 40-50% et même à 80% après 45 ans (Huber, 2019).

Les causes les plus fréquentes d'une fausse couche tardive sont des anomalies anatomiques chez la mère (malformation utérine, fibrome, maladie) ou chez le fœtus (infection, malformations cardiaques, digestives ou nerveuses). Une grossesse multiple peut également entraîner une fausse couche tardive ou un accouchement prématuré. En effet, lorsqu'il y a plusieurs fœtus ou un sac ovulaire trop gros du fait d'une grande quantité de liquide amniotique, l'utérus est soumis à un accroissement trop rapide (Garel & Legrand, 1990 ; Rodrigo et al., 2020).

Les origines des fausses couches à répétition sont quant à elles d'origine plutôt maternelle (infectieuse, utérine, hormonale) ou fœto-maternelle (immunologique) (Garel & Legrand, 1990). Celles-ci peuvent être le signe d'un problème de fertilité qui nécessite des examens plus approfondis (Huber, 2019).

D'autres facteurs peuvent engendrer une fausse couche. Il peut y avoir des facteurs cytotoxiques, dont le mécanisme d'action est comparable à celui d'une réaction de rejet de greffe. En effet, des facteurs de destruction embryonnaires ont été retrouvés dans le sang des femmes qui font des fausses couches. Le même phénomène* peut se produire lorsque la mère a une maladie auto-immune (Garel & Legrand, 1990). Une grossesse sur stérilet au moment de la conception augmente le risque de fausse couche, même si ces femmes ne font pas toutes obligatoirement une fausse couche (Garel & Legrand, 1990 ; Rodrigo et al., 2020). En cas de consommation de drogues dures (héroïne, cocaïne), de tabac, d'alcool ou encore de certains médicaments, les risques d'avortements spontanés sont augmentés (Garel & Legrand, 1990 ; Kim et al., 2017).

2.1.3 Diagnostic

Le diagnostic de la fausse couche s'effectue à l'aide de l'examen physique et d'examens complémentaires. L'examen physique comprend la surveillance des signes vitaux et de l'état général de la femme enceinte. La présence de galactorrhée à l'examen des seins peut être un signe d'arrêt de la grossesse (Doyon & Longpré, 2016). Le toucher vaginal fait également partie de l'examen physique. Il permet de vérifier l'état du col utérin. Si celui-ci laisse passer un doigt, cela peut évoquer un risque d'avortement (Doyon & Longpré, 2016). Au niveau des examens complémentaires, un dosage de l'hormone

chorionique gonadotrope humaine (hCG) et une échographie peuvent s'avérer nécessaires (Doyon & Longpré, 2016 ; Lejeune et al., 2007). L'hCG est une hormone qui est sécrétée durant la grossesse par le placenta. Cet examen permet de confirmer et suivre une grossesse. Dans le cas d'une fausse couche, ce taux n'augmente plus et diminue progressivement. Si cette hormone reste détectable, c'est qu'il reste du tissu sécrétant de l'hCG dans le sang (LabTestsOnline, 2009). Quant à l'échographie, elle se fait par voie vaginale et est indispensable pour le diagnostic ainsi que pour définir le stade évolutif de la fausse couche spontanée (Beucher, 2010). Si la fausse couche a déjà eu lieu ou est en cours, il est important de s'assurer que l'expulsion de l'embryon est complète et que tout s'est bien passé grâce à un deuxième examen, sept à dix jours plus tard (Beucher, 2010 ; Huber, 2019).

2.1.4 Traitements

En cas de fausse couche précoce, l'expulsion spontanée et complète de la grossesse se fait généralement naturellement. Toutefois, si l'échographie indique que la fausse couche est incomplète ou qu'il s'agit d'une grossesse interrompue, il faudra traiter soit par médicaments, soit chirurgicalement (Garel & Legrand, 1990 ; Huber, 2019).

Le traitement médicamenteux consiste à prendre du misoprostol, un médicament qui va induire des contractions utérines et permettre l'ouverture du col afin de faciliter l'expulsion des tissus embryonnaires. L'administration peut se faire par voie orale ou vaginale. La voie vaginale semble être la plus efficace. Cette prise en charge se fait en ambulatoire, sans anesthésie (Beucher, 2010 ; Kim et al., 2017). L'infirmière administre le médicament avec précaution à la patiente après avoir reçu l'ordre médical. Par la suite, elle effectue la surveillance de l'efficacité et des effets indésirables du traitement. Elle joue un rôle important dans l'évaluation clinique du patient, c'est-à-dire dans l'identification et la réponse aux besoins des patients.

L'alternative chirurgicale s'effectue également en ambulatoire, soit par aspiration à l'aide d'une canule d'aspiration, soit par curetage afin d'évacuer le contenu utérin. Ces deux méthodes s'effectuent sous anesthésie générale ou régionale (péridurale) et nécessitent parfois une dilatation préalable du col par médicament (Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique, 2010). La plupart du temps, on utilise l'aspiration dans des situations de fausse couche précoce. Le curetage quant à lui consiste à racler la muqueuse utérine et à vider complètement l'utérus à l'aide d'une curette mousse qui ressemble à une petite cuillère (Beucher, 2010 ; Garel & Legrand, 1990). Pendant la chirurgie, la patiente est perfusée pour permettre l'administration intraveineuse des médicaments nécessaires (anesthésiques, antibiotiques). D'après l'étude de Beucher (2010), la méthode chirurgicale a un taux élevé de succès compris entre 94 et 98% (évacuation complète sans geste complémentaire). Il existe tout de même des risques de complications à court terme telles que l'infection, l'hémorragie ou encore la déchirure cervicale ou la perforation utérine (Kim et al., 2017).

2.1.5 Répercussions physiques et psychiques

Il est important de souligner que les expériences des femmes sont très variées. Toutes n'attribuent pas la même signification à la perte. Cependant, on peut souligner la souffrance commune à la majorité d'entre elles (Séjourné et al., 2009). Le décès d'un fœtus ou d'un nouveau-né entraîne des conséquences importantes sur la santé psychologique et physique des parents. Ce deuil est d'ailleurs tout aussi douloureux que n'importe quel autre (Montigny et al., 2017).

2.1.5.1 Physiques

Généralement, il n'y a aucune séquelle physique en cas de fausse couche. Toutefois, il existe un risque d'infection de l'endomètre (endométrite). En effet, même lors d'une fausse couche spontanée, le col de l'utérus reste légèrement ouvert, ce qui peut provoquer une infection car les bactéries peuvent remonter depuis le vagin (Huber, 2019). Les fausses couches peuvent être une cause importante de morbidité, voire de mortalité, en particulier dans les pays à faible revenu (Kim et al., 2017).

Une mauvaise cicatrisation de l'utérus, en cas de fausse couche nécessitant un ou plusieurs curetages, peut rendre plus difficile l'implantation de l'œuf. C'est la raison pour laquelle il est possible d'avoir des cas d'infertilité secondaire liés à une fausse couche suivie de complications, même si cela arrive rarement (Huber, 2019).

Certaines femmes peuvent avoir des troubles digestifs tels que des nausées et vomissements, une perte d'appétit et de poids. D'autres peuvent ressentir des douleurs musculo-squelettiques. Des problèmes cardiaques comme des palpitations peuvent survenir. Les insomnies (qui peuvent entraîner des céphalées), les cauchemars et une fatigue importante sont également des conséquences possibles en fonction de l'histoire médicale (anesthésie générale utilisée, hémorragie, accouchement par voie basse), qui peuvent être liées ou non à l'état dépressif. Certaines réactions à la fin de la grossesse peuvent contribuer à la souffrance psychologique. Ces réactions comprennent des montées de lait, des changements hormonaux et des saignements. Cependant, la quantité, l'aspect, et la durée des saignements varient en fonction de chaque femme (Garel & Legrand, 1990 ; Montigny et al., 2017).

2.1.5.2 Psychiques

Les études suivantes indiquent que les fausses couches peuvent provoquer des séquelles à long terme sur la santé mentale des femmes (OMS, 2021 ; Radford & Hughes, 2015), comme un risque accru de dépression, d'anxiété, ou encore de stress post-traumatique (Larivière-Bastien et al., 2019). En effet, les femmes qui subissent une fausse couche peuvent être submergées par les symptômes et se sentir alors très angoissées (Kim et al., 2017). Une étude française (2014) met en évidence que la

dépression est un symptôme fréquent après une fausse couche. 20 à 55% des femmes connaîtraient des symptômes dépressifs dans les premiers mois suivant la fausse couche (Lok & Neugebauer, 2007). L'état dépressif touche tant le physique que le moral. Il se caractérise par des pleurs fréquents, un abattement et un découragement intenses, mais également par des troubles du sommeil, des modifications de l'appétit et une grande lassitude (Garel & Legrand, 1990). Quant à l'anxiété, c'est une conséquence qui est retrouvée chez 20 à 40% de ces femmes (Legendre et al., 2014; Séjourné et al., 2011b). La fausse couche peut être un événement physiquement traumatisant en raison de son caractère inattendu, des douleurs, des saignements et d'une éventuelle hospitalisation et opération chirurgicale (Séjourné et al., 2011b). L'étude d'Engelhard et al. (2001) montre la prévalence de l'état de stress post-traumatique, qui est de 25% un mois après la perte.

Une des répercussions psychologiques de la fausse couche est la perte de l'estime de soi, résultant du sentiment d'incapacité de la femme à compter sur son corps pour porter la vie. Les réactions émotionnelles (qui affectent également les pères) peuvent être diverses et comprennent le vide, l'échec, le chagrin ainsi que la colère (Kim et al., 2017). Après une fausse couche, le sentiment de chagrin peut se comparer à celui ressenti lors de la perte d'un proche (Legendre et al., 2014; Séjourné et al., 2011b). Ainsi, 40% des femmes y sont confrontées (Séjourné et al., 2011b). Il y a un certain nombre d'autres conséquences, dont les troubles du sommeil, le retrait social ou encore les troubles conjugaux (Kim et al., 2017). La colère et la révolte sont des mécanismes de défense qui sont utilisés pour lutter contre la tristesse ou pour la maîtriser et ne pas s'effondrer. Ils permettent également d'éviter la responsabilité et la culpabilité (Garel & Legrand, 1990).

Même si l'avortement spontané est naturel et inévitable, la culpabilité, la responsabilité et la honte sont des sentiments qui ont une place importante parmi les émotions ressenties. Selon Garel et Legrand (1990, p. 107), « huit femmes sur dix expriment un remords ». Après une fausse couche, l'élément central est la recherche de la cause. Certaines femmes évoquent l'implication de leurs propres comportements (alcool, cigarette, médicaments) et cela peut les conduire à éprouver de la culpabilité (Séjourné et al., 2011a). Cette période d'auto-accusation est passagère et laissera place avec le temps à une attitude plus raisonnable (Garel & Legrand, 1990).

La fausse couche peut également avoir un impact sur les futures grossesses. En effet, beaucoup s'interrogent sur leurs capacités de reproduction et ressentent de l'angoisse par rapport à leur fertilité future, même si toutes ne souhaitent pas retomber enceintes (Séjourné et al., 2009). Il peut y avoir une majoration transitoire des symptômes dépressifs, anxieux et de stress post-traumatique notamment durant le premier trimestre d'une grossesse ultérieure (Legendre et al., 2014).

L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale doit adopter une attitude empathique, respectueuse et bienveillante lors de la prise en charge d'une fausse couche, car cela est associé à un meilleur vécu psychologique (Legendre et al., 2014). Une étude française (2011b), dont le but était de tester l'efficacité d'une intervention de soutien psychologique

après une fausse couche, montre que l'aide apportée aux femmes leur a permis de se sentir soutenues et comprises dans leur peine. Elles ont également pu aborder les difficultés relatives à leur expérience, discuter de leurs sentiments de responsabilité ainsi que de leurs croyances liées à la grossesse (Séjourné et al., 2011b).

2.1.5.3 Impacts sur les soignants et sur l'entourage

La prise en charge d'une fausse couche peut avoir un impact sur le personnel de santé. Dans cette situation, la gestion des émotions peut s'avérer difficile. Il y aura aussi de ce point de vue des sentiments d'échec, de culpabilité, d'inutilité, de désespoir et de tristesse envers l'évolution de cette grossesse qui était normale. Il paraît utile d'instaurer des groupes de parole ou des entretiens individuels afin de pouvoir s'exprimer et partager son vécu (Lejeune et al., 2007).

Il est important d'accompagner la fratrie et d'annoncer le décès à l'enfant en expliquant les faits avec des mots simples. Certains parents pensent qu'il faut protéger l'enfant, qu'il n'est pas nécessaire de lui parler du décès périnatal. Ils croient que l'enfant ne peut pas comprendre. Il est au contraire recommandé de dire la vérité à l'enfant en expliquant que « le bébé n'est plus dans le ventre de maman » ou que « son cœur s'est arrêté de battre ». En effet, l'objectif est qu'il sache, et pas qu'il comprenne. Les enfants réagissent au décès d'un bébé. Ils sont très sensibles à leur environnement et ressentent le stress. Les explications des parents permettent à l'enfant de confirmer son intuition (Montigny et al., 2017). Cependant, il faut être vigilant envers la fratrie si cette perte entraîne des perturbations comme des terreurs nocturnes, des échecs scolaires, des fugues ou encore des troubles caractériels. L'infirmière peut alors proposer aux parents une ou plusieurs consultations pour l'enfant, pour que celui-ci puisse aussi verbaliser son ressenti. Toutefois, il ne faut pas attribuer trop rapidement les symptômes ci-dessus à la fausse couche, car ils peuvent être dus à bien d'autres choses. Cependant, plus le soutien sera apporté précocement, plus la résolution du ou des symptômes sera facile (Lejeune et al., 2007). Il ne faut pas oublier que le deuil périnatal concerne aussi les grands-parents qui, souvent, ne savent pas quelle attitude adopter envers leurs enfants. Il est donc important de les accompagner dans ce drame (Soubieux, 2014).

Une fausse couche est une épreuve difficile à traverser pour une femme et également pour son conjoint. Celui-ci n'est pas charnellement intégré dans l'expérience de la grossesse étant donné qu'il ne porte pas l'enfant. Notre société attend de l'homme qu'il réprime l'expression de ses émotions et qu'il cache ou rejette les caractéristiques associées aux femmes ou aux homosexuels. Il ne devrait pas montrer ses faiblesses et sa tristesse (Lancelin-Huin, 2016 ; Montigny et al., 2017 ; Murphy, 1998). Il doit se montrer fort pour soutenir sa femme (HUG, 2020b).

Il semble également y avoir des différences entre les hommes et les femmes en matière d'expression du deuil, qui peuvent aussi contribuer à éloigner les partenaires. Leurs

réactions diffèrent sur le plan de la durée et de l'intensité, de la façon de faire face à la perte et de l'attachement parental (Séjourné et al., 2009). D'une manière générale, l'homme est beaucoup dans l'agir (action, réaction), mais également dans le non-agir (attendre que ça passe, se distraire). Les hommes ont parfois de la peine à se contrôler ; ils montrent de l'irritabilité, de l'agressivité et de la colère. Ils minimisent la détresse ressentie et adoptent des stratégies d'évitement en faisant par exemple du sport, en travaillant ou encore en consommant de l'alcool et des drogues. Les femmes, elles, ont souvent besoin de mettre des mots sur ce qu'elles ressentent, contrairement aux hommes qui parlent moins, qui parlent de manière plus crue ou qui ne trouvent pas forcément les mots pour décrire leur ressenti (HUG, 2020b ; Lancelin-Huin, 2016 ; Montigny et al., 2017). Certains hommes n'ont aucune émotion ou réaction et s'isolent, par honte de montrer leur faiblesse. En conséquence, les troubles de la santé mentale chez les hommes sont moins souvent diagnostiqués et traités que chez les femmes. Cependant, leur tristesse peut être tout aussi intense (Montigny et al., 2017). Les symptômes des hommes sont souvent moins visibles et cela fait partie des raisons pour lesquelles un homme en deuil après une fausse couche peut ne pas recevoir le soutien approprié et donc ressentir un fort sentiment d'isolement et d'incompréhension de son deuil (HUG, 2020b ; Murphy, 1998). La tristesse ressentie par les hommes peut être en lien avec la fausse couche en elle-même, mais elle peut aussi être liée à l'état émotionnel et aux réactions de leur conjointe (Lacroix et al., 2016).

Il peut être difficile pour certains hommes de demander de l'aide, mais cela peut améliorer leur bien-être au fil du temps. Les stratégies pouvant aider les pères sont de s'investir dans un projet, d'être actif physiquement, d'exprimer leur créativité, de parler à des amis ou proches ou encore d'écrire (Montigny et al., 2017). Les fausses couches peuvent avoir des conséquences sur la vie conjugale comme une diminution de la libido, une diminution des marques de tendresse et des relations intimes ou parfois même une séparation ou un divorce (Lacroix et al., 2016). Les sources de conflits sont principalement les différences au sein du couple dans le vécu du deuil, les tentatives de contrôle des comportements, les émotions emmagasinées, le stress et la fatigue. Cependant, il est faux de croire que la majorité des couples confrontés à cet événement se séparent. En effet, la plupart d'entre eux finissent par s'adapter à la situation après un temps propre à chacun (Montigny et al., 2017).

En ce qui concerne les amis, certains couples seront très bien entourés. Cela varie en fonction de la qualité des relations de chacun. D'autres réaliseront l'incapacité de leurs proches à être présents. C'est une épreuve qui peut rapprocher une famille et des amis, ou les éloigner. Généralement, les proches montrent de la compassion envers le couple endeuillé. D'autres préfèrent ne pas communiquer après le décès d'un enfant. Le malaise des proches et des amis peut en partie être expliqué par la méconnaissance du deuil périnatal, car c'est un sujet qui reste tabou (Montigny et al., 2017).

2.2 Perte et deuil

Selon Freud, le deuil est « une réaction extraordinairement douloureuse qui nécessite un travail psychique intense » (Garel & Legrand, 1990, p. 113). Avant de parler du deuil, il est important de définir la perte. D'après Kozier et al. (2012, p. 621), « la perte est l'anomalie, l'indisponibilité ou la disparition (réelle ou redoutée) d'un bien ou d'un avantage particulièrement valorisé par la personne ».

Il existe deux types de perte. On distingue la perte réelle, qui peut être reconnue par d'autres personnes, de la perte ressentie, appelée aussi perte perçue, qui est vécue par la personne mais dont l'existence ne peut pas être vérifiée par les autres. Ces pertes peuvent être anticipées, c'est-à-dire qu'elles peuvent être vécues avant la survenue réelle de l'évènement (Kozier et al., 2012). Il peut être difficile de comprendre le deuil d'un être qui n'a pas véritablement vécu. La fausse couche est une perte réelle car l'embryon et la grossesse ont été perdus, ce qui met fin aux divers projets et espoirs de la femme ou du couple (Montigny et al., 2020). La fausse couche entraîne aussi la perte d'un statut social étant donné que la femme perd son statut de femme enceinte et de future mère. La fausse couche représente donc une perte multiple (Garel & Legrand, 1990).

On peut diviser les pertes en deux catégories. Les pertes circonstanciées sont attribuables aux événements soudains (mort d'un enfant, perte d'emploi). À l'inverse, les pertes développementales, qui surviennent au cours du développement normal d'un individu, sont prévisibles dans une certaine mesure (Kozier et al., 2012). Les différentes causes de la perte peuvent être la disparition d'une dimension du soi (partie du corps, fonction physiologique, caractéristique psychologique), la disparition d'un objet du milieu de vie, l'abandon volontaire ou non du milieu habituel ou encore le départ ou le décès d'un être cher (Kozier et al., 2012).

Comme mentionné dans les répercussions psychiques, le chagrin est fréquent après une fausse couche. Il est « constitué de l'ensemble des réactions suscitées par l'impact affectif de la perte. Il se manifeste dans les pensées, les sentiments et les comportements liés à la peine et à la détresse » (Kozier et al., 2012, p. 622). Quant au deuil, il est la réaction émotionnelle subjective normale d'un individu à la suite d'une perte. Il est absolument nécessaire au maintien d'une bonne santé mentale et psychique. Afin d'atténuer cette épreuve, des rituels de deuil sont mis en place par la personne concernée. Ce sont des processus comportementaux qui varient selon la culture, les croyances et les coutumes. La douleur causée par la perte peut ne jamais disparaître totalement. Cependant, elle s'atténue sur le long terme. Un chagrin inhibé ou qui ne se résorbe pas est un deuil dysfonctionnel (Kozier et al., 2012). Cependant, on ne peut distinguer le deuil normal du deuil « chronique » en ayant comme seuls indicateurs l'intensité des réactions et le temps écoulé depuis le décès du fœtus. En effet, il est normal que les réactions de deuil se ravivent à l'occasion par exemple d'évènements particuliers ou d'anniversaires significatifs (Montigny et al., 2017 ; Soubieux, 2014).

Différents auteurs et chercheurs tels qu'Engel, Sanders et Martocchio ont développé des théories qui divisent le deuil en plusieurs étapes. Cependant, celle d'Elisabeth Kübler Ross est la plus connue. Elle distingue cinq étapes du deuil ou du chagrin. Le premier stade est le déni ; la personne refuse la réalité de ce qui lui arrive. Le deuxième stade est la colère, qui peut être vive. Le troisième stade est le marchandage. Afin d'éviter la perte, la personne essaie de négocier. Elle peut craindre d'être punie ou éprouver de la culpabilité. La quatrième étape est la dépression. C'est un passage où la personne pleure la perte ainsi que tout ce à quoi elle doit renoncer. Enfin, la dernière étape est l'acceptation. Avec le temps, la personne endeuillée s'habitue à l'idée de la perte (Kozier et al., 2012). La durée du travail de deuil diffère selon les individus et peut prendre de quelques mois à plus d'une année (Garel & Legrand, 1990). D'après Montigny et al. (2017), étant donné que les émotions surviennent plutôt de manière désordonnée, la notion d'étape reflète mal l'expérience du deuil. Il serait préférable de parler de phases. Dans une situation de perte de grossesse, l'acceptation exige une réorganisation de la vie en l'absence de la grossesse et de l'enfant (Lejeune et al., 2007). Dans cette situation, l'infirmière doit évaluer l'état de la personne et de sa famille et identifier le stade auquel ils se trouvent afin d'adapter sa prise en charge. Généralement, un stress est perçu en situation de perte. Cependant, les pleurs, l'expression verbale de la perte subie, la perte d'appétit, la perturbation du sommeil et les difficultés de concentration sont des manifestations normales du chagrin. Les caractéristiques d'un deuil dysfonctionnel sont une période anormalement longue de déni, la dépression, les symptômes physiologiques graves et les pensées suicidaires (Kozier et al., 2012).

2.2.1 Besoins et expériences des femmes

Pour aider les femmes à mieux vivre cette expérience de fausse couche, il est important de considérer leur souffrance et de mettre en place un soutien en fonction des besoins (Séjourné et al., 2008). Un certain nombre de compétences professionnelles sont requises pour faire face et aider une personne qui vit une perte. L'infirmière doit écouter attentivement, poser des questions ouvertes* et fermées*, reformuler les propos de la personne, amener celle-ci à exprimer, clarifier et résumer ce qu'elle ressent et ses propos et bien évidemment savoir garder le secret professionnel quand cela s'impose. L'infirmière ne devrait pas formuler de conseils ou de recommandations, ni analyser ou interpréter la situation vécue par la personne ou encore tenir des propos faussement rassurants (Kozier et al., 2012). L'infirmière peut faciliter le travail de deuil en analysant et respectant les valeurs (ethniques, culturelles, religieuses et personnelles) de la personne. Elle indiquera les étapes habituelles du deuil afin de les normaliser et de les anticiper, en incitant la personne à s'exprimer et à partager son chagrin. En effet, raconter son histoire permet de mettre des mots sur son expérience, ses émotions et ses réactions et de leur donner un sens. La professionnelle partagera des moyens aux membres de la famille, qu'ils utiliseront pour inciter la personne à exprimer son chagrin. Écrire est un moyen

d'expression qui peut aider les mères endeuillées. L'infirmière encouragera la personne à prendre soin de soi, à se faire plaisir et à reprendre ses activités quotidiennes et habituelles lorsqu'elle s'en sentira capable. Elle peut apporter du soutien psychologique en appliquant des techniques de communication thérapeutique, et montrant sa compréhension du chagrin, en proposant des choix qui favorisent l'autonomie de la personne et en donnant des informations sur les ressources à disposition, notamment sur les groupes de soutien qui existent (Kozier et al., 2012 ; Montigny et al., 2017). Il est important que la femme puisse trouver également du soutien auprès de sa famille, de ses amis ou de son conjoint (Garel & Legrand, 1990 ; Huber, 2019). La perception de bien-être des femmes est favorisée par le soutien social, qui améliore également leurs capacités d'adaptation et les aide à surmonter le processus de deuil après une fausse couche (Karaca & Oskay, 2021). De plus, afin de l'accompagner dans le processus de deuil, l'infirmière peut proposer à la patiente de s'orienter vers des groupes de parole ou des associations comme AGAPA Suisse, un groupe de soutien qui accueille, accompagne et informe les personnes ayant vécu une perte de grossesse, et peut également renseigner les professionnels (Agapa Suisse-Romande, s. d.). La fondation As'trame accompagne les familles dans le besoin suite à un bouleversement de liens (décès, divorce, maladie grave ou autre), en leur donnant la possibilité de remobiliser et d'acquérir des ressources et des compétences pour retrouver leur capacité à vivre pleinement (Fondation As'trame, 2019). Afin d'aider la femme et sa famille à mieux vivre l'arrêt spontané et involontaire de la grossesse, il est important de reconnaître les difficultés rencontrées, d'apporter des informations précises et de prendre en compte l'histoire et les problématiques propres à chaque personne. Il faut cependant être prudent ; les mêmes événements, paroles et réactions de l'entourage ou du personnel de santé peuvent être perçus et vécus de manière très différente par les femmes. Il convient donc d'adopter une attitude respectueuse et attentive (Séjourné et al., 2009).

2.2.2 Perte

2.2.3 Deuil périnatal

Le deuil périnatal concerne les décès d'enfant survenant entre la conception et le premier mois de vie du nourrisson. Il comprend les morts fœtales in utero, les interruptions médicales de grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, les décès précoces ainsi que les fausses couches spontanées (Montigny et al., 2017 ; Soubieux, 2014).

D'après Lejeune et al. (2007), le deuil périnatal est un processus plus difficile que celui causé par le décès d'un adulte, étant donné qu'il y a une perte d'une partie du Moi. En effet, les parents perdent une partie d'eux-mêmes. C'est aussi le deuil de leurs désirs de rivalité avec leurs propres parents, de leur fécondité et du rêve de la relation parents-enfant. Aux yeux de la société, il est question de faire le deuil d'être une mère ou un père (Soubieux, 2014). Plus la perte périnatale est tardive, plus le travail de deuil peut être

compliqué. Cependant, ce n'est pas une règle. La nature et l'intensité des liens déjà formés conditionnent la gravité du deuil qui va suivre (Lejeune et al., 2007). La perte périnatale entraîne des sentiments intenses de culpabilité et l'échec amène à ressentir de douloureux sentiments de honte et de dépression (Lejeune et al., 2007). La mort périnatale nécessite un travail d'élaboration psychique de la part des parents mais également une approche spécifique et particulière des équipes médicales et soignantes. Les soignants sont confrontés au traumatisme, au désespoir, à la colère et à la haine des parents, et cela mobilise une part intime et profonde d'eux-mêmes. De ce fait, il est important d'évaluer la souffrance psychique dans les équipes qui accompagnent les femmes ou couples traversant un deuil périnatal (Soubieux, 2014).

2.2.4 Obstacles au deuil

Le deuil périnatal est un deuil complexe. Cette complexité est liée au manque, voire à l'absence de souvenirs, au manque de reconnaissance de la mort in utero comme la perte d'un enfant, à l'impossibilité de se recueillir auprès du corps de l'enfant ainsi qu'à la perte de tous les projets et rêves anticipés (Montigny et al., 2017). Il est vrai que le souvenir de la réalité favorisera le travail de deuil. En effet, le fait de laisser la mère toucher l'enfant, de lui donner un prénom, d'organiser ses funérailles ou une cérémonie, de donner une tombe à l'enfant ou encore de l'inscrire au registre de l'état civil (si possible) peut l'aider à traverser l'épreuve du deuil. Des stèles virtuelles sur internet sont parfois créées par les parents du fait de l'absence de rituels socialisés (Soubieux, 2014). L'équipe peut également prendre des photos, donner un bracelet de naissance ou les empreintes des mains et des pieds (en cas de fausse couche tardive) à la mère (Lejeune et al., 2007). Un autre obstacle au deuil est l'absence de soutien social. En effet, l'intégration de l'entourage semble importante dans un processus de deuil ; il permet l'expression de la souffrance et apporte soutien et réconfort. Cependant, les familles ne sont pas toutes touchées par les fausses couches et certaines n'ont jamais fait face à la mort d'un enfant ou d'un fœtus. De ce fait, le couple peut se sentir isolé et en inadéquation avec ses amis. Il est donc d'autant plus important d'intégrer des groupes de soutien. Grâce à ces groupes, les parents pourront libérer leur parole et s'exprimer dans un espace de bienveillance et de sécurité. Cela leur permettra de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation. L'expression de leur ressenti et de leurs émotions est indispensable au travail de deuil.

Les fausses couches à répétition peuvent entraîner un désespoir si intense dû aux échecs successifs que le couple peut décider de renoncer au projet parental. À la suite d'une telle décision, il faut donc trouver un nouveau sens à sa vie. Les restrictions socio-sanitaires liées à la pandémie du COVID-19 sont une épreuve supplémentaire pour les familles endeuillées. Elles peuvent avoir des conséquences sur l'accompagnement et l'encadrement de la fausse couche. En effet, les contacts sociaux sont restreints, ce qui limite la possibilité de recevoir du soutien de la part de son entourage ou encore

d'organiser une cérémonie et renforce l'isolement. Le numérique est une des solutions qui permet de garder contact avec ses proches.

2.3 Soutien de la part des équipes

2.3.1 Équipe pluridisciplinaire

Le référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (2010) est un modèle canadien qui permet de décrire les compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Selon le schéma du modèle canadien (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010, p. 11), les six compétences principales sont :

- La communication interprofessionnelle responsable dans un esprit de collaboration et d'ouverture
- Les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté (partenaires),
- La clarification des rôles (compréhension de son propre rôle et de celui des autres)
- Le travail d'équipe
- Le leadership collaboratif (formulation, mise en œuvre et évaluation des soins visant à améliorer la santé)
- La résolution de conflits interprofessionnels (gestion efficace)

Ces six compétences peuvent être influencées par la complexité de la situation, par le contexte de pratique et par l'amélioration de la qualité des soins. Les caractéristiques de la pratique en collaboration interprofessionnelle sont les relations de travail efficaces et sécuritaires et l'intégration respectueuse des personnes et des proches. La confiance, le respect mutuel, une communication ouverte, de la disponibilité et une écoute attentive constituent le fondement de la collaboration pluridisciplinaire. Le partage d'informations pertinentes entre les apprenants et les professionnels est indispensable afin de garantir la coordination des soins entre eux et avec la patiente, les proches et la communauté. Les lacunes, la duplication et les erreurs ont une incidence sur l'efficacité des soins. Il est d'autant plus important de planifier les soins dans des situations complexes ainsi que de réfléchir en équipe pour résoudre des problèmes ou prendre des décisions. Cela garantit les meilleurs résultats possibles.

2.3.2 Relation soignant-soigné

Selon Daydé et al. (2010), « la relation soignant-soigné est une rencontre singulière et unique, elle relève de la prise de conscience de l'existence de la présence d'un autre être ».

On distingue plusieurs types de relation soignant-soigné. D'abord, la relation de civilité, qui est la base de la communication, s'inscrit dans la volonté individuelle d'un

comportement, d'une convivialité dans l'échange. C'est un rituel social qui s'établit dans un climat de respect. Elle comprend des obligations sociales telles que la gentillesse, la courtoisie et la politesse. Ensuite, la relation fonctionnelle permet au soignant de recueillir des informations spécifiques concernant le patient (recueil de données, évaluation d'un symptôme), dans le but d'avoir une meilleure connaissance de celui-ci. Cela permet d'adapter les soins aux besoins de la personne. Le dernier type de relation est la relation d'aide. Celle-ci s'instaure spontanément lorsqu'un patient ou son entourage a besoin d'être écouté. Le soignant doit alors pouvoir accueillir les émotions et adopter une posture professionnelle et ajustée à la situation vécue par la personne. Le rôle du soignant est d'apporter du réconfort et du soutien afin de satisfaire le besoin de sécurité du patient. Les habiletés requises sont l'écoute active, l'empathie, l'authenticité (ou congruence) et la reformulation. Parfois, le soignant peut être déstabilisé ou en souffrance par rapport à ce qu'il entend, ce qu'il voit ou ce qu'il ressent comme émotion. Il est donc important qu'il ait une formation de base et qu'il puisse partager ce qu'il ressent par le biais de ses collègues, de groupes de parole ou d'analyse de pratiques (Daydé et al., 2010 ; Formarier, 2007).

La relation d'aide nécessite une interaction entre deux personnes. Le professionnel s'appuie sur ses connaissances et compétences pour amener le patient à identifier ses difficultés, exprimer ses sentiments et mobiliser les ressources nécessaires à la résolution de ses problèmes.

2.3.3 Attitudes et formation dans la relation d'aide

Les résultats de l'étude de Karaca et Oskay (2021) montrent que l'éducation et les soins de soutien fournis sur la base de la théorie de Swanson réduisent les symptômes de deuil, de dépression et d'anxiété, augmentent le niveau de motivation des femmes et leur permettent de croire en l'avenir et d'espérer. D'après cette théorie, la prise en charge se déroule selon cinq processus de sollicitude : savoir, être avec, faire pour, permettre et maintenir la croyance. Cette théorie est pertinente dans la prise en charge des femmes et de leurs conjoints car, lorsqu'elles sont appliquées à la pratique infirmière, toutes ces étapes améliorent le bien-être général du patient et stimulent l'attitude du soignant. La théorie de la sollicitude ou bienveillance de Swanson peut servir de base pour les professionnels de la santé. Son but est d'aider le personnel infirmier à fournir des soins qui favorisent le respect, la dignité et l'autonomisation. La garantie de comportements de soins cohérents amenée par ce modèle améliorerait la satisfaction des patients. Elle repose sur la prise en charge globale du patient et permet de meilleurs soins et donc une meilleure guérison. Elle considère qu'il est essentiel que les infirmières montrent qu'elles se soucient des patients, ce qui est aussi important pour leur bien-être que les activités cliniques fournies (Karaca & Oskay, 2021).

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

Selon Fortin et Gagnon (2016), un paradigme* est un ensemble de postulats, concepts et valeurs qui orientent le chercheur dans sa démarche et lui procurent un point de vue particulier sur le monde. On distingue trois grands paradigmes. D'abord, le paradigme postpositiviste* est défini comme une vision de la science qui reconnaît que toutes les observations sont susceptibles de comporter des erreurs. Ce paradigme fait appel au raisonnement déductif, c'est-à-dire qu'il va du général vers le particulier. Le chercheur est conduit à formuler des hypothèses* en vue de prédire et contrôler des phénomènes. Le paradigme postpositiviste guide le chercheur vers le choix de la méthode de recherche quantitative*. Puis, il y a le paradigme interprétatif*, qui se base sur le postulat que la réalité sociale est multiple et construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps. La compréhension de la signification que les personnes donnent à leur propre vie et à leurs expériences est un des buts de la recherche interprétative. Dans ce paradigme, le chercheur est guidé vers la recherche qualitative. Il utilise le raisonnement inductif, c'est-à-dire qu'il passe du particulier au général. Dans un contexte particulier, il va donc observer des phénomènes et les interpréter. Pour finir, le paradigme pragmatique* adopte plusieurs points de vue afin de fournir une meilleure compréhension du problème de recherche. Il guide les méthodes de recherche mixtes. Le chercheur utilise les raisonnements inductifs et déductifs et la collecte de données* qualitatives et quantitatives.

Dans le cadre de cette revue de la littérature, une analyse de six articles a été effectuée, dont quatre sont disciplinaires et deux non disciplinaires. Cinq articles font partie du paradigme interprétatif et un seul du paradigme postpositiviste. Ces différentes études permettront d'identifier les conséquences physiques et psychiques de la fausse couche, d'explorer les expériences des femmes ayant vécu une fausse couche spontanée et d'analyser les besoins d'accompagnement des femmes, de leurs conjoints et de leurs familles ainsi que les différentes recommandations proposées en matière de soutien.

3.2 Collecte des données

La collecte des données s'est effectuée en consultant trois bases de données : CINAHL, PubMed et Embase. Ces ressources ont été consultées en deux temps. Tout d'abord, une première recherche a été effectuée en mai 2020 afin d'assurer la disponibilité du thème et de trouver des études disciplinaires et non disciplinaires appropriées. Par la suite, une seconde recherche plus approfondie a été entreprise principalement durant les mois de décembre 2020 et janvier 2021. Les mots clés en anglais utilisés dans les différentes bases de données et les descripteurs issus des thésaurus (Mesh, CINAHL Headings, Emtree) sont listés dans un tableau en annexe V. Ces divers mots clés ont par la suite été

associés aux opérateurs booléens* « OR » et « AND » afin de préciser et compléter les recherches dans les bases de données. Les équations de recherche utilisées sont listées dans les tableaux en annexe VI. La sélection des études est présentée à l'aide du diagramme de flux PRISMA en annexe I.

3.3 Sélection des données

Les articles choisis devaient correspondre à certains critères d'inclusion*. D'abord, tous les articles sélectionnés sont récents (2016-2021) et constituent des sources primaires*. Ensuite, quatre des six articles analysés sont disciplinaires. Par ailleurs, l'article devait suivre une certaine structure scientifique (introduction, méthodologie, résultats, discussion et conclusion) et être accessible en texte intégral. Le texte devait être en langue française ou anglaise. Afin de répondre à la question de recherche de la meilleure manière possible, toutes les études ont comme contexte de soin le milieu des urgences. Certaines études discutent le rôle, les pratiques et attitudes des professionnels de la santé dans la prise en charge des femmes ayant fait une fausse couche, tandis que d'autres se basent sur les expériences des patientes et de leur famille dans une situation de fausse couche. Les études portant sur l'avortement volontaire, les grossesses ectopiques ainsi que sur les enfants mort-nés ont été exclues. Les sources secondaires* (revues systématiques, méta-analyse, méta-synthèses) ont également été exclues. Les études finales sont répertoriées dans le tableau en fin de section. Les six études définitives sont issues des trois bases de données CINAHL, Embase, et MEDLINE. La pyramide des preuves, disponible en annexe III, a été utilisée afin de déterminer les niveaux de preuve de chaque étude.

3.4 Considérations éthiques

Toutes les études retenues ont obtenu une approbation éthique*. L'anonymat des participants de chaque étude a été respecté.

3.5 Analyse des données

Les études retenues ont d'abord été lues plusieurs fois puis décrites et analysées. L'analyse comprend la validité méthodologique, la pertinence clinique ainsi que l'utilité pour la pratique professionnelle. Chaque étude a été résumée dans un tableau de recension, en annexe II, permettant la synthèse et une mise en avant des points essentiels. À la fin de la section des résultats, une synthèse des principaux résultats a été rédigée.

Tableau 1 : Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Engel, J., & Rempel, L.	Health Professionals' Practices and Attitudes About MISCARRIAGE	2016	MEDLINE (PubMed)	II
2	Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L.	Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses	2019	MEDLINE (PubMed)	IV
3	Edwards, S., Birks, M., & Yates, K.	Bringing together the 'Threads of Care' in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs	2018	CINHAL	IV
4	MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Moffatt, F.-W.	Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department	2016	Embase	IV
5	Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C.	Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department	2019	CINHAL	IV
6	Jensen, K., Temple-Smith, M., & Bilardi, J.	Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage: A qualitative study	2019	CINHAL	IV

4 Résultats

4.1 Description de l'étude 1

Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health Professionals' Practices and Attitudes About MISCARRIAGE. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 51-57. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207>

Cette étude au devis* quantitatif a été réalisée en Ontario, l'une des plus grandes provinces du Canada. Son but était d'explorer les relations entre les attitudes, les croyances et les pratiques des professionnels de la santé qui s'occupent des femmes et des familles ayant subi une fausse couche et d'identifier les lacunes et les obstacles dans le suivi et le soutien de ces femmes et ces familles.

L'échantillonnage* non aléatoire ou non probabiliste* a été effectué à l'aide d'un assistant de recherche qui a distribué une invitation électronique à l'échelle régionale à tous les médecins, sages-femmes et infirmières praticiennes et à l'échelle provinciale à des médecins et sages-femmes sélectionnés à partir des registres provinciaux. Les professionnels intéressés avaient le choix d'être contactés par téléphone par l'assistant de recherche pour remplir le questionnaire* ou de renvoyer le questionnaire par voie électronique. Les infirmières des services d'urgence ont été recrutées* dans trois hôpitaux (un rural et deux urbains). Il y a eu 174 participants : médecins (n = 50), infirmières autorisées (n = 63), sages-femmes (n = 38), infirmières praticiennes (n = 9) et autres (n = 4). Les participants ont été interrogés sur leur titre professionnel, sur leur domaine de pratique clinique, sur le nombre de femmes et de familles ayant fait une fausse couche dont ils s'étaient occupés au cours des 12 derniers mois ainsi que sur l'existence de politiques ou de procédures relatives à la prise en charge de ces femmes et de leur famille dans leur domaine de pratique clinique. Afin d'explorer les croyances, les attitudes et les pratiques des professionnels et les obstacles aux soins, les participants ont été interrogés sur leur niveau de confiance dans leurs connaissances et leur préparation à fournir des soins lors d'une fausse couche. Ils ont également été questionnés sur l'orientation et le suivi des femmes et familles après une fausse couche. Des questions ouvertes portaient sur les contextes dans lesquels le suivi était recommandé, les conseils et les informations fournis, ainsi que les lacunes et les obstacles des services.

Dans la section des résultats, les croyances ont été mesurées sur une échelle de type Likert* allant de 1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord. Une analyse factorielle exploratoire avec rotation Varimax a permis de créer des sous-échelles de croyances. La sous-échelle la plus forte concernait la croyance que la fausse couche a un impact élevé sur les familles. La sous-échelle « d'impact élevé » a rapporté un coefficient alpha de Cronbach* de 0,82. Une deuxième sous-échelle était liée à la croyance qu'une femme et sa famille « peuvent s'en remettre » lorsqu'elles vivent une fausse couche. Les

réponses étaient partagées quant à savoir si c'est un évènement courant et normal ou non. La sous-échelle « peut s'en remettre » a rapporté un coefficient alpha de Cronbach de 0,55. Une analyse de variance* (ANOVA*) a été effectuée pour chaque sous-échelle afin de déterminer s'il existait des différences entre les professions en matière de croyances. Les résultats indiquent que les sages-femmes, et dans une moindre mesure les infirmières praticiennes, étaient plus susceptibles de croire fermement que la fausse couche peut avoir un impact important sur les femmes et leur famille. Les infirmières n'adhéraient pas à l'idée que la tristesse était normale pendant les six semaines suivant la fausse couche.

Les comportements de soins ont été évalués à l'aide d'un questionnaire indiquant la fréquence à laquelle ils adoptaient 11 comportements lorsqu'une femme subissait une perte de grossesse précoce. Les options de réponse allaient de « 1 = jamais » à « 5 = régulièrement ». Une analyse factorielle exploratoire avec rotation Varimax a été utilisée pour identifier des groupes de comportements pour les sous-échelles. Deux sous-échelles sont apparues : la fréquence des comportements visant à mobiliser le soutien de la mère (alpha de Cronbach = 0,69) et ceux visant à informer la mère sur ce qui se passe et ce à quoi elle doit s'attendre concernant la fausse couche (alpha de Cronbach = 0,93). Une analyse de variance (ANOVA) a été effectuée pour déterminer s'il y avait des différences entre les professionnels de la santé en ce qui a trait aux comportements de soins. Les résultats indiquent que les infirmières des urgences étaient les moins susceptibles de mobiliser du soutien et de fournir des informations aux mères. Les infirmières praticiennes et, dans une moindre mesure, les sages-femmes étaient les plus susceptibles de mobiliser un soutien pour la mère après la perte de la grossesse.

Le prédicteur le plus important de la mobilisation du soutien par les professionnels de santé était la confiance. Les infirmières des services d'urgence ont déclaré avoir le moins de confiance et de connaissances pour apporter un soutien aux femmes et aux familles. La reconnaissance de la perte et l'information en fonction des besoins de la femme constituent un soutien émotionnel efficace. Pour les soins de suivi, il a été demandé aux participants si les professionnels avec lesquels ils travaillaient approuvaient le fait qu'ils offrent un suivi à toutes les femmes ayant fait une fausse couche et à leur famille, en utilisant une échelle de 1 = fortement désapprouvé à 5 = fortement approuvé. La réponse moyenne* était de 4,2 (écart-type = 0,8), ce qui suggère une forte approbation perçue. Les participants ont choisi le conseil (86%), le suivi médical (86%), les groupes de soutien (72%), les groupes d'entraide (63%) et la pastorale (63%) comme types de services vers lesquels ils dirigeraient les femmes et les familles pour un suivi.

La disponibilité et la connaissance de services spécifiques par les professionnels ainsi que les problèmes du système de santé ont été identifiés comme des obstacles aux soins. En effet, plusieurs participants ont indiqué que les services d'urgence n'étaient pas un endroit propice à la perte d'un bébé en raison du rythme rapide, de l'agitation, du manque d'intimité, du temps limité pour le contact avec les femmes et de la proximité

potentielle d'autres femmes enceintes. Le manque de connaissances des professionnels de la santé sur la fausse couche se traduisait par des attitudes et des comportements tels que le blâme de la femme, le manque de reconnaissance de l'importance de la fausse couche pour les femmes.

Des analyses de régression* multiple ont été effectuées pour examiner la relation entre les croyances concernant les fausses couches et les comportements des prestataires de soins. L'expérience du prestataire était un prédicteur significatif* des deux types de comportements. Plus le prestataire avait d'expérience, moins il informait les mères et mobilisait le soutien. La croyance que la fausse couche a un impact important sur les femmes et les familles augmente la probabilité de mobiliser le soutien. La conviction que l'anxiété écrasante est normale diminue la probabilité de mobiliser le soutien. La conviction des professionnels de la santé qu'ils sont bien informés et suffisamment préparés pour soutenir les familles après une perte est le facteur prédictif le plus significatif de la fréquence de la fourniture d'informations et de la mobilisation du soutien.

4.1.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, l'approbation éthique a été fournie par l'université, les autorités régionales de santé publique et les hôpitaux participants. Des exemplaires de la lettre d'information, du formulaire de consentement* et de l'enquête ont été distribués par les services d'urgence participants. Les infirmières participantes ont été invitées à placer les enveloppes contenant les consentements et les questionnaires remplis dans une boîte scellée située dans leur unité.

Par rapport au questionnaire, un groupe d'experts composé de trois infirmières autorisées ayant de l'expérience en matière de perte périnatale et d'un consultant provincial en recherche sur la santé des femmes a évalué le questionnaire pour vérifier la validité de son contenu* et la clarté des questions. Cela augmente la crédibilité* des résultats. Néanmoins, l'échelle ordinale de Likert, utilisée dans les tests paramétriques, peut induire un biais* lié à la désirabilité sociale en induisant un changement de comportement. De plus, la validité* des sous-échelles « d'impact élevé » et « informer la mère » a été montrée selon l'alpha de Cronbach étant donné que les valeurs de l'étude sont comprises entre 0,80 et 0,95. Cependant, les sous-échelles « peut s'en remettre » et « mobiliser le soutien » ont rapporté un coefficient alpha de Cronbach inférieur à 0,70, ce qui indique une cohérence interne* moindre.

Une analyse de variance (ANOVA) a été effectuée pour chaque sous-échelle afin de déterminer s'il existait des différences entre les professions en matière de croyances. Ce test paramétrique a aussi été utilisé pour déterminer s'il y avait des différences entre les professionnels de la santé quant à leurs comportements envers les mères et les familles qui subissent une fausse couche. De plus, il faut porter une attention particulière au biais de sélection en rapport avec l'échantillonnage non probabiliste. De ce fait, l'échantillon*

ne se trouve pas forcément représentatif* de la population cible*. Il ne permet pas la généralisation* des résultats à l'ensemble de la population de l'étude.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

L'un des points forts de cette étude est l'éclairage qu'elle apporte sur le rôle de la confiance et, potentiellement, de l'éducation, dans la mobilisation du soutien et la transmission d'informations aux femmes et aux familles. Cependant, les infirmières des services d'urgence se sentent moins préparées à fournir des soins, malgré leurs rencontres fréquentes avec des femmes et des familles qui ont subi une fausse couche. Afin de dissiper les idées fausses sur la fausse couche et accroître la confiance dans les soins et le suivi, une formation supplémentaire est nécessaire.

Des participants ont souligné que les services d'urgence sont des milieux difficiles pour les fausses couches parce que les conditions actuelles limitent l'intimité, la possibilité de l'évaluation et du suivi, et la rapidité dans les soins. Afin d'améliorer l'accès aux soins et d'aider les professionnels de la santé à s'assurer que les familles obtiennent le soutien dont elles ont besoin, des soins de perte assurés par les sages-femmes ou un appel de suivi téléphonique de routine devraient être mis en place. Les résultats suggèrent que les attitudes, les croyances et les comportements des professionnels de la santé, ainsi que les obstacles du système, limitent l'accès aux soins, sont durables et ont peu changé.

Il est clair que les croyances sont importantes pour mobiliser le soutien. Lorsque l'on pense que la fausse couche a un impact important sur les femmes et les familles, la probabilité de mobiliser un soutien est plus élevée. La croyance selon laquelle une anxiété écrasante est normale lors d'une fausse couche a diminué la probabilité de mobiliser le soutien.

Le suivi avec les professionnels de santé peut aider à apporter un soulagement et un sens aux femmes et aux familles. L'étude suggère que la confiance, les connaissances et la compréhension des professionnels de santé sont nécessaires pour mobiliser un soutien efficace. Cependant, les professionnels de la santé doivent connaître les processus et ressources disponibles au sein de leur institution et en externe.

4.2 Description de l'étude 2

Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department : A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1952-1965.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14780>

Cette étude qualitative descriptive* et exploratoire a été réalisée dans la province du Nouveau-Brunswick, au Canada, au service des urgences de l'hôpital régional

d'Edmundston. Son but est d'identifier les besoins des parents, d'isoler les facteurs qui ont influencé leur expérience et de fournir des recommandations pour améliorer les soins du point de vue des femmes, de leurs partenaires, des infirmières des urgences et des infirmières gestionnaires.

L'échantillonnage s'est effectué de manière non probabiliste par convenance*. L'échantillon était composé de 26 participants, dont 17 parents, sept infirmières du service des urgences et deux infirmières gestionnaires du service des urgences. Afin d'être inclus dans l'étude, les parents participants devaient être des adultes âgés de 18 ans ou plus, avoir subi une fausse couche (≤ 20 semaines de gestation) au cours des trois années précédentes et s'être rendus aux urgences pour cette raison. Les infirmiers participants devaient travailler dans le service des urgences et avoir fourni des soins aux parents ayant subi une fausse couche. Les infirmières devaient travailler aux urgences. Le critère d'exclusion* pour les parents était d'avoir été infirmier au service des urgences.

En moyenne, l'âge des parents était de 32,6 ans (écart-type* : 4,7 ans). Depuis la dernière fausse couche, le temps écoulé variait de sept mois à trois ans. La plupart des infirmières avaient plus de six ans d'expérience en soins infirmiers généraux. Cependant, la durée de leur expérience aux urgences variait entre 16 mois et 18 ans. Étant donné le petit nombre d'infirmières interrogées, les données qu'elles ont fournies ont été combinées à celles des infirmières afin de garantir la confidentialité.

La collecte des données s'est effectuée à l'aide de guides d'entretien* spécifiques qui ont été élaborés pour les parents et les infirmières afin de faciliter le processus de collecte des données. Des entretiens semi-structurés* ont été effectués dans un cadre choisi par le participant (domicile, hôpital, université) et ils ont fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription intégrale. Des notes de terrain ont été systématiquement prises pendant et après chaque entretien. L'analyse des données collectées a été menée par catégorie pour fournir une description des besoins des parents. Les entretiens transcrits et les notes de terrain ont été relus dans leur intégralité plusieurs fois pour identifier les idées émergentes et les codes* potentiels. Les transcriptions associées à chaque code ont ensuite été analysées afin d'établir des catégories et sous-catégories distinctes en fonction des besoins des parents, comme le recommande le modèle logique de Kellogg. Le logiciel NVivo 11 de QSR International a facilité le processus d'analyse des données.

Dans la section des résultats, trois catégories de besoins ont été identifiées : la santé physique, cognitive et émotionnelle. Les besoins en santé physique comprennent d'une part la réduction des délais pour fournir aux parents des tests de diagnostic afin de déterminer la viabilité de la grossesse (test sanguin de β -hCG et échographie) et pour fixer un rendez-vous de suivi avec un professionnel de la santé. En effet, certains participants ont indiqué que les longs délais d'attente pour subir les tests et recevoir les résultats avaient eu un effet négatif sur leur expérience et qu'ils avaient passé plusieurs heures à s'inquiéter avant et après les tests. Trois facteurs institutionnels de retard ont été mentionnés par les infirmières. Premièrement, les couples qui se rendent aux urgences le

soir ou la nuit peuvent finir par devoir attendre le lendemain pour passer une échographie et rencontrer un gynécologue. Deuxièmement, les infirmières doivent d'abord obtenir une ordonnance d'un médecin afin d'effectuer un test sanguin de β -hCG. Enfin, la décision du médecin des urgences d'effectuer l'échographie avec un appareil mobile plutôt que d'envoyer la femme au service d'imagerie médicale est plus rapide.

D'autre part, si la plupart des parents ont mentionné que le suivi auprès d'un professionnel de santé était nécessaire pour répondre à des problèmes de santé physique, certains ont également révélé qu'un suivi serait également utile à des fins émotionnelles et informatives. Le besoin de suivi relève donc aussi en partie des catégories de besoins cognitifs et émotifs. Les parents qui ont subi une fausse couche incomplète peuvent être mal à l'aise à l'idée d'expulser les tissus de grossesse restants à domicile. Ils peuvent se sentir abandonnés par les professionnels de la santé étant donné qu'un rendez-vous de suivi n'est pas toujours proposé. Un appel téléphonique ou un rendez-vous avec un professionnel de la santé (infirmière, médecin, psychologue) serait donc le bienvenu.

Les participants ont exprimé les trois besoins suivants en santé cognitive : une explication plus détaillée au moment du diagnostic (causes, fréquence, résultats des tests diagnostiques), des informations concernant le rétablissement après une fausse couche et des informations écrites sur les fausses couches, les ressources et services disponibles. Il est vrai que l'état émotionnel du moment peut affecter la capacité à retenir les informations. Les informations écrites peuvent être particulièrement utiles lorsque les infirmières doivent faire face à une lourde charge de travail. Les parents ont parlé d'un manque général d'informations (ou d'informations contradictoires, incomplètes ou inexacts) en particulier sur les complications physiques, le traitement, la reprise des menstruations, les grossesses futures et la santé émotionnelle.

La santé émotionnelle regroupe trois catégories de besoins qui sont les soins centrés sur la santé émotionnelle, le soutien du partenaire et l'intimité. Plusieurs parents ont précisé que, bien que les infirmières aient fait preuve de compassion lors des soins physiques, il n'y a pas eu de discussion sur leurs émotions concernant la fausse couche (tristesse, détresse, culpabilité, inquiétude, choc, impuissance, solitude et abandon). Les infirmières étaient conscientes de l'impact émotionnel d'une fausse couche mais estimaient qu'elles n'étaient pas suffisamment formées pour fournir des soins optimaux aux parents dans cette situation. De ce fait, le soutien et l'encouragement du partenaire peuvent être une ressource. L'environnement calme et privé est important pour les parents confrontés à une douleur intense, à des saignements et à un état émotionnel fragile. Il favorise également la communication.

4.2.1 Validité méthodologique

Une méthodologie descriptive exploratoire a été choisie afin que les expériences des parents puissent être décrites dans le contexte spécifique des urgences, à travers les récits des personnes concernées. Des entretiens qualitatifs à perspective multiple ont été choisis. Cela permet d'explorer des perspectives complexes, complémentaires et contradictoires sur les expériences et les besoins de chaque participant. Contrairement aux entrevues à perspective unique, les entretiens à perspective multiple améliorent la compréhension. Ils sont particulièrement recommandés pour les études qui visent à améliorer les pratiques de soins de santé.

Les participants ont été recrutés jusqu'à saturation des données*, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucun élément ne soit rapporté lors des deux derniers entretiens menés avec les parents et les infirmières. Cela assure la crédibilité de l'étude.

Deux cadres conceptuels ont été utilisés pour élaborer les guides d'entretien, ainsi que pour l'analyse et l'interprétation des données. Premièrement, le modèle logique d'approche théorique de la Fondation Kellogg (2004) a été utilisé dès le départ pour le développement des interventions. Deuxièmement, la théorie des transitions de Meleis (2015) a été choisie pour mieux comprendre les expériences des parents aux urgences. Cette théorie a permis de conceptualiser l'expérience de la fausse couche comme une transition qui affecte les attentes et les rôles des parents. Des guides d'entretien spécifiques ont été élaborés pour les parents et les infirmières, ce qui augmente la fiabilité* des résultats. De plus, le guide d'entretien* des parents a été pré-testé auprès de deux personnes ayant vécu une fausse couche il y a plus de trois ans. La validité des guides aurait été améliorée s'ils avaient tous les deux subi un pré-test*. Les guides d'entretien permettent d'éloigner les biais liés au dispositif d'enquête*. Toutefois, les entrevues semi-structurées se sont déroulées dans un cadre choisi par le participant (domicile, hôpital, université). De ce fait, un biais lié au dispositif d'enquête est possible.

Lors de l'analyse des données, plusieurs stratégies de validation ont été utilisées pour garantir la rigueur scientifique. De plus, le logiciel NVivo 11 de QSR International a facilité le processus d'analyse des données. D'autre part, dans la section des résultats, de nombreux verbatim* ont été insérés, ce qui assure la validité et la richesse des résultats.

Cette étude comporte cependant quelques limites. Il est vrai que plusieurs parents ont eu un à trois ans d'écart entre la fausse couche et l'entrevue. Cela pourrait entraîner un certain biais de rappel, même s'ils ont été en mesure de raconter les détails de leurs histoires. Il est également possible que les parents ayant vécu une expérience plus traumatisante aient été plus motivés à participer à l'étude. Cela amène à un biais de sélection*.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude apporte une contribution à la compréhension des expériences et des besoins des parents lorsqu'une fausse couche survient dans un service d'urgence. Plusieurs parents ont rapporté que leurs besoins en santé physique, cognitive et émotionnelle n'étaient pas satisfaits. Les recommandations suivantes peuvent être utiles pour la pratique clinique.

D'abord, en ce qui concerne les besoins physiques, il est important que les tests nécessaires soient effectués pour confirmer la viabilité de la grossesse. Afin de réduire les temps d'attente pour les résultats et le traitement, il faudrait réorganiser les tests diagnostiques. Par exemple, des solutions seraient de limiter le nombre de professionnels de santé à consulter, d'augmenter le nombre d'échographies réalisées aux urgences ou encore de développer des protocoles. Afin que les parents ne se sentent pas délaissés, une ligne téléphonique de suivi pourrait être mise en place par les infirmières 24 à 48 heures après leur visite aux urgences. Les infirmières pourront alors l'utiliser pour déterminer si un suivi médical est requis. En cas de fausse couche incomplète, cette ligne téléphonique pourrait également être utilisée pour s'assurer que tous les tissus de la grossesse ont été expulsés.

Puis, afin de satisfaire les besoins cognitifs, le médecin devrait informer les deux parents du diagnostic de manière claire et empathique, sans banaliser la situation, et en expliquant les résultats des tests diagnostiques. Des informations sur les causes et la fréquence des fausses couches peuvent atténuer le sentiment de culpabilité. Dans un deuxième temps, une infirmière pourrait rencontrer les parents pour leur donner des informations supplémentaires à la suite du diagnostic (effets physiques et émotionnels, complications, traitements...). Pour que l'infirmière puisse donner ces informations, il serait intéressant de mettre à disposition des outils pédagogiques et d'établir une politique clinique décrivant les informations à fournir aux parents. Cet outil peut être un support écrit avec les informations principales et essentielles à connaître sur les fausses couches.

Finalement, pour satisfaire les besoins émotionnels, les professionnels de la santé pourraient utiliser une approche humaniste qui encourage les parents à partager leurs sentiments et à exprimer ce que la fausse couche signifie pour eux. Pour cela, il faut familiariser l'infirmière avec cette approche et intégrer la famille qui comprend les deux parents. L'infirmière devrait encourager les femmes non accompagnées à faire appel à leur partenaire ou à une autre personne significative pour leur tenir compagnie dans cette épreuve difficile. Il serait également important, si possible, de placer les parents dans un espace privé et non pas dans une salle d'attente entourée d'autres patients. Si les salles des urgences sont occupées, il faudrait établir une politique à l'échelle de l'établissement qui consisterait à utiliser les salles disponibles ailleurs.

La théorie des transitions de Meleis (2015) a été utilisée pour conceptualiser l'expérience de la fausse couche et a aidé à identifier les besoins des patients. Conformément aux

principes de cette théorie, les parents qui ont participé à l'étude ont rapporté des expériences uniques mais des réponses et des besoins similaires. C'était une expérience particulièrement marquante pour tous les parents. Cette étude montre que les infirmières ne semblent pas faciliter le processus de transition des parents aux urgences. D'autres études ont montré que les soins émotionnels sont insuffisants aux urgences (Gordon et al., 2010 ; Wiman & Wikblad, 2004). Ceci est principalement dû aux contraintes organisationnelles des urgences, à l'accent mis sur les soins vitaux, au temps de contact limité avec les patients, au flux constant d'événements inattendus et à l'environnement chaotique et bruyant.

4.3 Description de l'étude 3

Edwards, S., Birks, M., Chapman, Y., & Yates, K. (2018). Bringing together the 'Threads of Care' in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs. *Collegian*, 25(3), 293-301.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.004>

Cette étude qualitative effectuée en Australie utilise une méthodologie de théorisation enracinée. Elle a pour objet l'élaboration de théories enracinées dans des phénomènes sociaux pour lesquels il existe peu d'études approfondies (Fortin & Gagnon, 2016). L'objectif de cette recherche était d'explorer les expériences des femmes et des partenaires masculins qui se sont présentés aux services d'urgence des régions non métropolitaines pour une possible fausse couche, ainsi que les expériences du personnel infirmier qui a fourni des soins dans ces contextes.

Un premier échantillonnage intentionnel* a été entrepris, suivi d'un échantillonnage théorique*, caractéristique de la théorie ancrée, permettant d'atteindre les objectifs de l'étude. Le chercheur décide de manière stratégique qui ou quoi fournira la meilleure source de données pour répondre aux besoins analytiques et théoriques de l'étude. Des entretiens semi-structurés approfondis ont été effectués avec trois groupes de participants : les femmes qui se présentent aux urgences non métropolitaines avec des saignements du premier trimestre, leurs partenaires masculins et le personnel soignant qui fournit des soins dans ces établissements. Onze participants ont consenti à prendre part à l'étude, trois femmes ayant fait une fausse couche entre 2007 et 2012, deux hommes dont la partenaire avait fait une fausse couche et six infirmières diplômées. Neuf entretiens ont été effectués par téléphone, car les participants se trouvaient dans toute l'Australie, dans divers endroits, parfois ruraux et éloignés. Deux entretiens ont été menés en face à face car les participants vivaient dans une région proche de l'auteur principal. Les entretiens individuels ont fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription verbatim.

La théorie élaborée, intitulée « Threads of Care », comprend cinq étapes de parcours dans un service d'urgence non métropolitain en cas de perte de grossesse possible : se présenter comme une personne unique, vouloir être reconnue et incluse, chercher du soutien et de la compréhension, quitter les lieux comme une personne unique et passer à autre chose. Cette théorie permet de mieux comprendre ce que sont des soins optimaux et efficaces pour les femmes et leurs partenaires qui se présentent aux urgences non métropolitaines avec une possible fausse couche.

D'après cette étude, l'enseignement infirmier devrait comprendre les aspects psychosociaux de la fausse couche, l'apport de connaissances relatives aux soins ainsi que des stratégies de communication thérapeutique axées sur la prise en charge émotionnelle des femmes et des hommes en cas de perte de grossesse. L'infirmière devrait fournir des soins sensibles et attentifs, adaptés au sexe et à la culture, en mettant l'accent sur une information verbale et écrite cohérente sur la fausse couche. Elle devrait assurer aux femmes et à leurs partenaires la disponibilité d'informations détaillées concernant les ressources et l'accès aux services et installations spécifiques aux lieux non métropolitains. Elle devrait proposer un soutien accessible à la sortie de l'hôpital, soit localement, soit via des services en ligne. La politique devrait refléter une pratique innovante et créative, spécifique à la communauté, et axée sur les ressources locales humaines et physiques. L'accent devrait être mis sur la gestion spécifique à la région, à la campagne et à l'éloignement plutôt que sur une gestion métrocentrique ou arbitraire. Les exigences minimales de suivi pour les femmes et leurs partenaires devraient être indiquées implicitement en mettant l'accent sur leur bien-être émotionnel. Pour une bonne prise en charge des fausses couches, le personnel infirmier devrait participer à des activités de perfectionnement professionnel. Pour cela il faudrait que l'institution instaure des exigences minimales de formation. Les recommandations formulées dans le cadre de cette théorie permettront d'élaborer des approches de soins visant à répondre aux besoins des femmes, de leurs partenaires et du personnel infirmier qui s'occupe d'eux.

4.3.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, cette étude a obtenu l'approbation éthique par le biais des comités d'éthique de la recherche sur l'homme de l'université. La théorisation enracinée est une méthode inductive qui confère une importance singulière aux phénomènes observés, lesquels sont significatifs s'ils s'expriment par la parole ou par les interactions sociales (Fortin & Gagnon, 2016). L'insertion de nombreux verbatims soutient la confirmabilité* des résultats. Ces transcriptions ont été soumises à une analyse selon les méthodes de théorisation ancrée décrites par Birks et Mills (2015), ce qui renforce la crédibilité de l'étude. De plus, un logiciel d'analyse de données qualitatives (NVivo10) a été utilisé pour faciliter le processus d'analyse.

L'échantillonnage théorique a été utilisé pour développer et saturer les catégories théoriquement pertinentes en matière de propriétés et pour identifier les relations entre les

concepts, ce qui assure la qualité des résultats présentés. Cependant, un risque de biais lié au dispositif d'enquête existe étant donné que certains entretiens ont été effectués par téléphone et d'autres en face à face.

Cette étude comporte également certaines limites. Même si les résultats de cette étude sont significatifs, la nature sensible du sujet de la fausse couche entraîne une difficulté à recruter des participants, et plus particulièrement les participants masculins. De plus, la population régionale, rurale et éloignée impacte la capacité de recrutement* par sa nature dispersée. Toutefois, le nombre de participants à cette étude était suffisant pour décrire ce phénomène du point de vue de ceux qui l'ont vécu et ainsi produire une théorisation ancrée (Birks & Mills, 2015).

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans cette étude, les femmes avaient besoin du soutien du personnel infirmier, tandis que les hommes voulaient être reconnus et inclus. Dans la pratique, le personnel infirmier doit être conscient non seulement des aspects physiques associés à une fausse couche, mais aussi de l'impact psychologique. Si le personnel infirmier ne reconnaît pas ces conséquences, cela peut provoquer de l'anxiété, de la dépression et une insatisfaction par rapport aux soins fournis. En outre, un manque d'empathie et de reconnaissance peut avoir des effets profonds sur le deuil des femmes et de leur partenaire. Les femmes confrontées à une fausse couche ont besoin de sentir qu'elles sont au bon endroit et de recevoir les soins spécifiques de la part du personnel soignant. Il est vrai que le fardeau émotionnel d'un homme est généralement moins reconnu que celui des femmes, non seulement par la profession infirmière mais aussi par la société en général.

Il est important que le personnel infirmier reconnaisse le partenaire, mais aussi qu'il s'inquiète de son bien-être émotionnel et qu'il l'intègre à la prise en charge au-delà de son rôle de simple soutien à la femme. Les hommes s'inquiètent non seulement pour leur bébé, mais aussi pour leur partenaire. De ce fait, s'ils doivent attendre pour être vus ou s'ils ne se sentent pas reconnus, cela peut entraîner de l'agitation et de la colère. L'infirmière doit alors s'assurer que les femmes et leurs partenaires reçoivent les informations d'une manière qui leur convienne à tous les deux. Le personnel infirmier doit veiller à ce que la communication soit ouverte et ne porte pas de jugement. La communication thérapeutique est donc primordiale. L'interaction avec la patiente va aider l'infirmière à établir le respect, la compassion et l'empathie.

Une communication de qualité est importante non seulement pendant le séjour aux urgences, mais aussi lors du retour à domicile. L'infirmière doit s'assurer que la femme et sa famille détiennent toutes les informations dont elles ont besoin. Les informations principales doivent inclure des faits sur ce qui peut ou ne peut pas se produire ensuite, sur les sentiments qu'elles peuvent ressentir et sur les endroits où se rendre pour obtenir de l'aide (Edwards et al., 2018).

4.4 Description de l'étude 4

MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Moffatt, F. W. (2016). Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 504-512. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.05.011>

Cette étude qualitative effectuée au Canada a été guidée par la phénoménologie interprétative* afin de tenter de combler les lacunes de la littérature en explorant les expériences des femmes qui se sont rendues aux urgences pour recevoir des soins à la suite d'une fausse couche.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient des femmes anglophones, âgées de 18 ans ou plus, qui avaient consulté un service d'urgence alors qu'elles étaient en train de faire une fausse couche et qui avaient ensuite subi une fausse couche. Les participantes ont été approchées avant leur sortie du service des urgences par des médecins et des infirmières. Elles ont reçu une lettre présentant le chercheur et décrivant l'étude. Les femmes qui choisissaient volontairement de participer ou qui souhaitaient en savoir plus sur l'étude appelaient le numéro de téléphone indiqué dans la lettre ou envoyaient un message électronique à l'adresse électronique de l'étude. Des annonces ont également été placées dans les salles d'attente, d'examen gynécologique et les toilettes des services d'urgence ainsi que dans les centres de ressources familiales, les bureaux des praticiens de soins primaires, l'unité d'évaluation des grossesses précoces (EPAU), les médias sociaux (Facebook) et les petites annonces en ligne (Kijiji). Les participantes étaient également informées que le chercheur enregistrerait leurs entretiens et que, bien que les commentaires soient utilisés pour la publication, leur anonymat serait garanti.

L'échantillon comprend finalement huit femmes âgées de 21 à 36 ans (moyenne, 31 ans) ayant divers antécédents obstétricaux, notamment des fausses couches multiples, un avortement thérapeutique préalablement planifié et un décès néonatal antérieur. Cinq des huit femmes étaient enceintes de leur premier enfant, et la gestation au moment de la perte allait de quatre à cinq semaines. Le temps écoulé entre la perte et l'entretien variait entre un mois et six ans.

La collecte des données a été menée à l'aide d'entretiens semi-structurés en face à face avec chaque participant, d'une durée de 45 à 90 minutes. Afin de s'assurer que la personne interrogée restait proche de l'expérience vécue, une question ouverte principale et des questions d'approfondissement ont été posées. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot et rendus anonymes par des pseudonymes. Durant les entretiens en face à face, la communication non verbale et l'interaction avec l'environnement ont été observées. Étant donné la nature sensible du sujet, une liste de ressources de soutien communautaire a été fournie aux participantes. Des notes de terrain ont été prises pour décrire les observations non verbales qui n'ont pas été saisies par le seul enregistrement audio.

La phénoménologie interprétative, utilisée pour analyser les données recueillies, implique un cycle continu de réexamen des données pour découvrir leur signification par l'écriture, la lecture et la réflexion. Chaque entretien a été traité en relevant les significations et thèmes* communs afin d'identifier des modèles. L'équipe de recherche s'est réunie en face à face pour discuter des thèmes qui ont émergé, et un consensus a été trouvé. Le logiciel de gestion des données qualitatives NVivo 10 (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé afin de faciliter l'organisation des modèles et des thèmes.

Dans la section des résultats, cinq thèmes ont émergé. Le premier thème, « Grossesse/vie : Fausse couche/décès », montre une expérience commune vécue par toutes les femmes de l'étude. Les femmes ont parlé de la signification de la grossesse puis de la souffrance liée à la perte. Le deuxième thème, « Décider d'aller aux urgences : Quelque chose ne va pas », décrit l'explication de la prise de décision de se rendre aux urgences, suite à la prise de conscience que quelque chose de potentiellement grave est survenu par rapport à la grossesse. Le troisième thème, « Pas une maladie : Un autre type de traumatisme », décrit l'expérience d'une fausse couche aux urgences, ainsi que les raisons pour lesquelles elle diffère des autres présentations aux urgences. Le thème « Besoin de reconnaissance » renvoie à la façon dont la fausse couche a été perçue par les professionnels de la santé au service des urgences du point de vue des femmes. Celles-ci se sont basées sur la communication verbale et non verbale, sur les actions et les inactions des professionnels de la santé, sur leur empathie et sur la façon dont les besoins des participantes ont été pris en compte. Le dernier thème, « Quitter le service des urgences : Et maintenant ? », porte sur la façon dont les femmes pensent que leurs besoins physiques et émotionnels ont été satisfaits, ou non, à leur sortie du service des urgences.

Les participantes estiment que leurs pertes ont été plutôt rejetées que reconnues. Ces expériences, associées à un manque d'information à la sortie de l'hôpital et de clarté concernant le suivi, ont créé des expériences de marginalisation.

4.4.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, il faut porter une attention particulière au biais de sélection en lien avec l'échantillonnage non probabiliste (par réseaux*). Son utilisation ne permet pas la généralisation* des résultats à l'ensemble de la population de l'étude. L'échantillonnage a été complété après avoir recruté et interviewé huit participantes, ce qui a produit des données solides. Par la suite, les données recueillies sont devenues redondantes et aucun nouveau thème n'a émergé, ce qui signifie que la saturation des données a été atteinte. Cela assure la crédibilité de l'étude.

En ce qui concerne les entretiens, ils ont été enregistrés après avoir reçu le consentement des participantes, transcrits mot à mot et rendus anonymes. Des pseudonymes ont été attribués aux participantes afin de protéger leur anonymat lors de la communication des

résultats. Les données recueillies ont été triangulées, car les membres de l'équipe de recherche ont été invités à coder indépendamment les transcriptions et à identifier les thèmes. Une conversation téléphonique avec les participantes a été organisée afin de vérifier les thèmes découverts pendant l'analyse. C'est la vérification par les participants*. Il est important de noter que l'insertion de nombreux verbatim soutient la confirmabilité des résultats.

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord, pour la majorité des répondantes à l'étude, un laps de temps d'un à deux ans s'était écoulé entre leur visite aux urgences et l'étude. Le temps écoulé entre la perte et l'entretien variait pour l'ensemble de l'échantillon entre un mois et six ans. Cela peut engendrer un biais de temporalité. Les femmes qui ont reçu des lettres d'invitation à l'étude alors qu'elles se trouvaient aux urgences pour leur fausse couche peuvent avoir été trop accablées émotionnellement par leur deuil pour participer à l'étude. La majorité des participantes ont donc été recrutées par d'autres méthodes. Toutefois, les participantes ont été capables de raconter leur histoire en détail, indépendamment du temps qui s'était écoulé entre leur fausse couche et l'entretien. Une autre limite concerne l'homogénéité des participantes. En effet, en ce qui concerne la diversité culturelle et socio-économique, la majorité des participantes étaient blanches et avaient effectué des études postsecondaires.

L'échantillon se composait de huit personnes. Cependant, l'objectif de la phénoménologie est de fournir une description et une interprétation d'un phénomène vécu par un groupe. Cette étude a tout de même atteint son but, à savoir comprendre les expériences des femmes qui font une fausse couche au service des urgences. Étant donné que la qualité des données était robuste et que des thèmes sont apparus de manière cohérente au cours de l'analyse, un échantillon de huit personnes était suffisant en utilisant la phénoménologie.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Lorsqu'elles prennent en charge de femmes ayant fait une fausse couche aux urgences, les infirmières doivent être conscientes que les femmes sont enceintes d'un bébé et vivent un deuil. En effet, les patientes ont exprimé que la perte de leur bébé avait un poids différent ; il s'agissait d'une perte et non d'une maladie. Les femmes avaient l'impression que la mort de leur bébé n'était pas une priorité pour le personnel des urgences. Ce dernier dévalorise dans ce cas de facto l'expérience de la fausse couche et la considère comme non urgente. Les professionnels de la santé ont tendance à s'occuper en priorité des tâches physiques plutôt que des besoins émotionnels de leurs patients. Pour y remédier, lorsqu'elles font les évaluations et les tests nécessaires, les infirmières peuvent profiter du temps passé avec les patientes pour transmettre un message de bienveillance et pour comprendre la signification donnée à la grossesse.

Les informations claires et précises doivent être données à la patiente et à sa famille tout au long du séjour dans le but d'atténuer les craintes. Étant donné que l'annonce de la perte peut être bouleversante, la patiente doit pouvoir décider de la personne qui sera présente pour lui apporter du soutien. Lors du retour à domicile, les femmes doivent être préparées aux symptômes physiques possibles. En effet, si la patiente n'a pas encore expulsé le fœtus, il se peut qu'elle ait de légers saignements, des caillots ou encore un petit fœtus. Il faut également qu'elle soit au courant que des douleurs peuvent être ressenties, allant de légères crampes à des contractions de travail. De même que les symptômes physiques, les infirmières doivent aborder les implications émotionnelles que la femme peut ressentir et leur caractère durable. En effet, conformément à d'autres études qualitatives explorant l'expérience de la fausse couche, les résultats de cette étude montrent que, que la grossesse ait été planifiée ou non, désirée ou non, toutes les participantes étaient profondément affectées par ce qui leur était arrivé.

Il est vrai que les professionnels de la santé sous-estiment souvent l'impact psychologique d'une fausse couche et considèrent que les besoins et réactions sont moindres comparés à une mortinaissance ou une perte néonatale. Or la fausse couche devrait être considérée comme un décès engendrant un deuil. Pour ce faire, étant donné que certains professionnels de la santé des services d'urgence se sentent insuffisamment équipés et formés pour gérer les fausses couches, des efforts doivent être consentis afin de leur fournir une formation qui les prépare à faire face à l'ampleur de la perte.

Par ailleurs, les femmes de cette étude ont été dirigées vers les urgences par leurs prestataires de soins primaires pour écarter la possibilité d'une grossesse extra-utérine ou pour recevoir des soins lorsque d'autres services n'étaient pas disponibles (soirs, week-ends ou jours fériés). Même si ces femmes ne se sentaient pas à leur place aux urgences, elles n'avaient pas d'autre choix pour se faire soigner.

4.5 Description de l'étude 5

Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670-676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>

Cette étude qualitative effectuée au Québec (Canada) a été guidée par la phénoménologie interprétative. L'objectif de cette étude était d'identifier les caractéristiques de la gestion des soins qui peuvent avoir contribué aux difficultés rencontrées par les femmes présentant une fausse couche dans le service des urgences.

Les participantes ont été recrutées par des professionnels de la santé (infirmières, sages-femmes, physiothérapeutes) qui ont distribué des dépliants aux patientes répondant à certains critères d'inclusion. Les femmes devaient être âgées de 18 ans ou plus, avoir subi au moins une fausse couche (20 semaines ou moins) au cours des quatre dernières

années, avoir consulté l'un des quatre services d'urgence et avoir reçu un diagnostic de fausse couche. Elles devaient aussi parler et comprendre le français. Des affiches décrivant l'étude avec les coordonnées de cette recherche ont également été placées dans des endroits stratégiques des hôpitaux et diffusées sur les médias sociaux. Les participantes volontaires ont été contactées par téléphone par un assistant de recherche. Des entretiens semi-structurés de 60 à 90 minutes ont été planifiés en face à face avec un membre féminin de l'équipe de recherche. Chaque participante a eu la possibilité de choisir le lieu de l'entretien, soit à son domicile, soit dans une salle de l'université.

Finalement, l'échantillon comprenait quarante-huit femmes traitées dans quatre services d'urgence de différentes régions du Québec. Presque toutes étaient nées au Canada. L'âge variait de 22 à 41 ans. Trente-quatre travaillaient à temps plein ; six autres étaient étudiantes, sans emploi, ou en congé de maladie. Le revenu familial moyen était de 83 000 dollars canadiens. La majorité (70%) avait connu une fausse couche, six femmes (13%) en avaient connu deux, et huit (17%) en avaient connu trois à cinq.

Au début de l'entretien, le consentement éclairé a été obtenu. Les participantes n'ont pas été rémunérées pour l'entretien. Aucune d'entre elles ne s'est désistée. Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une transcription mot à mot ; des noms anonymes et fictifs ont été créés. Une analyse des données qualitatives* de ces entretiens a été réalisée selon les procédures décrites par Paillé. Six des 48 entretiens ont été utilisés pour créer une grille de codage*. Le logiciel NVivo 11 (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé pour gérer les données qualitatives.

Dans la section des résultats, les analyses ont révélé que les expériences des participantes étaient caractérisées en particulier par un manque d'information à trois moments cruciaux de l'expérience de la fausse couche : au moment de l'annonce de la fausse couche, pendant le déroulement de la fausse couche et à la sortie des urgences. Les sujets sur lesquels les femmes manquaient d'informations ont été classés en sept sous-thèmes. Le premier concernait l'absence d'informations médicales lorsque les participantes étaient informées de la fausse couche. Le deuxième concernait le manque d'informations sur les étapes et le temps nécessaires pour diagnostiquer une fausse couche, comme le délai d'obtention des résultats des tests et le temps nécessaire aux médecins pour consulter des spécialistes afin de parvenir à un diagnostic. Le troisième sous-thème concernait un quart des participantes qui ont déclaré ne pas avoir été suffisamment informées sur les options de traitement et leurs implications. Ainsi, elles n'étaient pas en mesure de prendre des décisions éclairées. Le quatrième sous-thème concernait le déroulement des options de traitement. En effet, la moitié des participantes se sont plaintes d'avoir été mal préparées et de ne pas avoir reçu d'explications concernant l'intensité de la douleur, les saignements et l'expulsion du fœtus, et ce, quelle que soit l'option choisie. Le cinquième sous-thème concernait le manque d'information sur les symptômes physiques après une fausse couche (saignements, changements hormonaux, moment où les menstruations reprendraient, temps à attendre avant

d'envisager une autre grossesse). Le sixième sous-thème concernait les effets psychologiques. Un manque d'information sur les séquelles psychologiques d'une fausse couche a été signalé par la moitié des participantes. Le septième sous-thème concerne les deux tiers des participantes, qui se sont plaintes de ne pas avoir reçu d'informations sur les ressources à leur disposition après une fausse couche (suivi médical, soutien communautaire).

4.5.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, cette étude phénoménologique a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche. Le consentement éclairé a été obtenu au début des entretiens. Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une transcription mot à mot. Des noms fictifs ont été créés, ce qui garantit l'anonymat des participantes. Étant donné que chaque participante a eu la possibilité de choisir le lieu de l'entretien (domicile ou salle de l'université), un biais lié au dispositif d'enquête est possible.

L'échantillon se composait de 48 femmes, bien que la saturation théorique des données ait été atteinte avec un plus petit nombre de participantes. Certains entretiens ont été réalisés par des étudiants en maîtrise, de sorte que la taille de l'échantillon était plus importante pour permettre des opportunités d'apprentissage. Cela pourrait entraîner un biais du fait que les étudiants n'ont pas forcément les compétences requises et l'expertise nécessaire. De plus, il est important de noter que l'échantillonnage non probabiliste ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population de l'étude.

L'analyse thématique des données a été menée selon les procédures décrites par Paillé et Mucchielli (2012). Six des 48 entretiens ont été utilisés pour créer une grille de codage. Deux chercheurs spécialisés dans les analyses qualitatives, les soins infirmiers périnataux et la bioéthique ont examiné séparément ces entretiens en aveugle. Les thèmes émergeant des deux analyses ont été revus et comparés par l'ensemble de l'équipe de recherche ; aucune différence majeure n'a été constatée. L'équipe a également examiné les analyses pour s'assurer qu'elles reflétaient fidèlement les expériences des participants. Les citations illustrant les thèmes ont été traduites du français à l'anglais par un traducteur professionnel et éditées de façon minimale pour en améliorer la lisibilité. Le logiciel NVivo 11 (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé pour gérer les données qualitatives.

Cette étude comporte certaines limites décrites par les chercheurs. La première limite concerne l'homogénéité de l'échantillon, car les profils culturels et socio-économiques des participants variaient peu. La deuxième limite concerne la possible surreprésentation des femmes ayant vécu des expériences difficiles. En effet, celles ayant eu peu de difficultés n'ont peut-être pas été enclines à participer. La troisième limite porte sur l'absence de connaissance sur la manière dont les instructions de sortie et sur le sujet ont été données aux participants – oralement, par écrit, ou les deux –, ce qui rend les comparaisons

difficiles. Finalement, il aurait été intéressant d'interroger les participantes afin qu'elles puissent confirmer que leurs voix et leurs expériences étaient fidèlement reflétées dans les sous-thèmes.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

La littérature actuelle sur les fausses couches indique que les femmes sont souvent insatisfaites des services qu'elles ont reçus. La fausse couche est une épreuve et le manque d'information exacerbe la nature déjà difficile de cet événement.

Afin d'améliorer la pratique des soins infirmiers d'urgence, les professionnels devraient faire preuve de compassion et fournir des informations claires et détaillées sur le déroulement d'une fausse couche. Cette étude confirme que les expériences des femmes confrontées à une fausse couche sont fortement influencées par l'attitude des professionnels de la santé. La sensibilité, l'écoute attentive des infirmières et la transmission d'informations permettent de réduire la détresse des femmes concernées. Pour ce faire, les infirmières d'urgence devraient recevoir elles-mêmes du soutien et être formées à donner des informations adéquates et complètes permettant de rendre une situation difficile moins traumatisante. En effet, les expériences, perceptions, croyances et connaissances des infirmières en matière de fausse couche peuvent influencer la manière dont elles apportent un soutien émotionnel et dont elles présentent les informations. Après avoir participé à un programme éducatif, les infirmières perçoivent de manière plus fine les besoins en soins émotionnels des femmes. La formation leur permet aussi de se sentir plus compétentes pour répondre aux besoins des femmes et leur donner des informations (Larivière-Bastien et al., 2019).

4.6 Description de l'étude 6

Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage : A qualitative study. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 59(4), 508-513. <https://doi.org/10.1111/ajo.12910>

Cette étude qualitative descriptive et exploratoire a été effectuée à Melbourne, en Australie. Son but était d'explorer les points de vue et les pratiques des professionnels de santé australiens en matière de soins aux femmes ayant subi une fausse couche.

Les participants ont été recrutés entre février et avril 2017, par le biais d'un certain nombre de réseaux, notamment par le Victorian Primary Care Practice-Based Research Network, un réseau de recherche basé sur la pratique au département de médecine générale (Université de Melbourne), des réseaux respectifs des chercheurs (connaissances et collègues de travail) et des méthodes d'échantillonnage en boule de

neige*. Afin de participer à l'étude, les professionnels de la santé devaient avoir pris en charge des femmes ayant fait une fausse couche au cours des douze derniers mois. Les professionnels de la santé ont été sélectionnés à dessein pour couvrir un éventail d'âges, de sexes et de professions, y compris des obstétriciens et des gynécologues, des sages-femmes, des médecins généralistes, des médecins urgentistes et des échographistes obstétriciens. Finalement, l'échantillon se composait de douze professionnels de la santé issus de disciplines telles que la médecine, la profession de sage-femme et l'échographie.

Sept entretiens ont été menés en face à face et cinq par téléphone. Les entretiens ont duré entre 26 et 62 minutes. Les participants devaient répondre à une série de questions démographiques structurées avant de répondre à un certain nombre de questions semi-structurées explorant leurs points de vue et leurs pratiques en matière de soins aux femmes ayant fait une fausse couche et leurs points de vue sur les obstacles à la fourniture d'un soutien optimal en cas de fausse couche. Les entretiens semi-structurés ont été enregistrés, transcrits mot à mot et soumis à une analyse thématique. Les données ont été analysées à l'aide d'une approche inductive générale, dans laquelle chaque transcription a été lue plusieurs fois et codée pour identifier les thèmes clés issus des données.

Dans la section des résultats, les participants ont reconnu que la fausse couche est souvent un événement pénible associé à des sentiments de chagrin et d'échec. Ils pensent que les femmes qui ont conçu par fécondation in vitro, qui ont subi de multiples fausses couches ou qui souffrent d'une maladie mentale préexistante sont susceptibles de ressentir plus de détresse que les autres. Malgré une formation limitée, les participants se sentaient généralement compétents dans leurs capacités à fournir un soutien émotionnel. Ils considéraient que leur rôle consistait essentiellement à atténuer la culpabilité, ce qu'ils faisaient en soulignant la fréquence des fausses couches et en insistant sur le fait que les femmes ne sont pas en faute. Les pratiques de suivi variaient et, lorsqu'elles existaient, elles étaient axées sur la récupération physique. En général, les participants comptaient sur les femmes pour exprimer le besoin d'un soutien supplémentaire. Les participants ont indiqué que des problèmes de temps et de ressources, la fatigue de compassion et un besoin d'autoprotection limitaient leurs capacités à fournir de meilleurs soins de soutien (Jensen et al., 2019).

4.6.1 Validité méthodologique

Cette étude a été approuvée par le Groupe consultatif d'éthique humaine de l'Université de Melbourne le 11 octobre 2016. Les participants éligibles ont reçu une déclaration en langage clair et un formulaire de consentement avant l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot et dépersonnalisés.

Les participants de l'étude ont été sélectionnés selon un échantillonnage par réseaux. De ce fait, il faut porter une attention particulière au biais de sélection en lien avec

l'échantillonnage non probabiliste, qui ne permet pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population de l'étude.

Les données ont été analysées à l'aide d'une approche inductive générale, dans laquelle chaque transcription a été lue plusieurs fois et codée pour identifier les thèmes clés issus des données. Les trois chercheurs se sont réunis régulièrement tout au long de la période de collecte des données pour discuter des thèmes émergents. Chaque chercheur a lu et codé indépendamment les manuscrits d'entretien afin de comparer le codage et l'analyse thématique. Aucune différence majeure d'interprétation n'a été découverte.

La principale force de cette étude est qu'il s'agit de la première étude qualitative australienne à examiner les points de vue et les pratiques des professionnels de la santé dans la prise en charge des femmes ayant fait une fausse couche. Toutefois, la principale limite est que le temps de recrutement était limité, étant donné que c'était un projet de six mois pour des étudiants en médecine. Il est important de noter que l'insertion de nombreux verbatim soutient la confirmabilité des résultats.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Les auteurs de cette étude reconnaissent que la fausse couche entraîne souvent des sentiments de chagrin, de frustration et de culpabilité. Ils estiment que les femmes, dans certaines circonstances (femmes ayant eu recours à la fécondation in vitro, souffrant d'une maladie mentale préexistante, fausses couches à répétition), sont plus susceptibles d'éprouver des niveaux plus élevés de détresse. Cependant, il n'existe pas de preuves solides pour soutenir l'hypothèse selon laquelle le degré de détresse psychologique ressenti par les femmes à la suite d'une fausse couche peut être corrélé avec un aspect particulier de leur situation.

Les participants ont déclaré avoir reçu une formation limitée sur le soutien aux femmes ayant fait une fausse couche. Cependant, ils se sentaient compétents dans leurs capacités à fournir un soutien émotionnel, même s'ils reconnaissaient que ce soutien pouvait être insuffisant à cause de contraintes telles que le temps, les ressources, la fatigue de compassion et le besoin d'autoprotection.

Cette étude montre qu'il existe un écart entre la nature des soins que les femmes souhaitent et les soins qu'elles reçoivent. Cet écart semble résulter d'un décalage entre les pratiques réelles des professionnels de la santé et leur perception de la pratique idéale, ainsi que d'un décalage de perception (différents points de vue entre les femmes et les professionnels sur le type de soins que souhaitent les femmes). En effet, les professionnels peuvent considérer une information comme importante à transmettre aux femmes, alors que celles-ci souhaitent en obtenir d'autres, ou ne la trouvent pas importante. Les professionnels de la santé ne sont donc pas en mesure d'accomplir leur travail aussi bien qu'ils le souhaiteraient. Les informations les plus pertinentes selon les femmes sont l'étiologie de leur perte ainsi que les symptômes physiques et émotionnels

auxquels elles peuvent s'attendre. Cela peut les aider à éviter les sentiments de culpabilité et les rassurer sur le fait que leur deuil est normal. Les professionnels de la santé de cette étude ont estimé qu'il était important de parler de la prévalence élevée des fausses couches, dans le but de rassurer les femmes sur le fait que ce n'était pas leur faute. Cependant, les femmes estiment que la fréquence statistique* des fausses couches dévalorise l'importance de leur perte. L'insatisfaction des femmes à l'égard de l'offre de suivi constitue également un exemple de décalage entre la pratique et la perception. Cette étude montre que les professionnels de la santé se concentrent généralement plus sur les besoins physiques des femmes après une fausse couche que sur leurs besoins émotionnels. Or la reconnaissance de l'importance de la perte par les professionnels de la santé est l'attribut le plus important de la qualité des soins après une fausse couche.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Dans les études analysées, plusieurs thèmes sont principalement ressortis. En lien avec la question de recherche, les voici synthétisés ci-dessous.

4.7.1 Manque d'informations

Toutes les études analysées mentionnent le manque d'informations aux patientes de la part des professionnels. Les femmes et leurs familles aimeraient avoir des informations plus détaillées et précises sur le diagnostic, le déroulement de la fausse couche (conséquences physiques, psychologiques, options thérapeutiques possibles) ainsi que sur le suivi et les ressources à disposition à la sortie de l'hôpital.

4.7.2 Manque de connaissance des professionnels

Les études d'Engel et Rempel (2016), d'Emond et al. (2019), d'Edwards et al. (2018), de MacWilliams et al. (2016) ainsi que celle de Larivière-Bastien et al. (2019) mentionnent un manque de connaissance et donc d'information aux patientes de la part des professionnels des services d'urgences. Les participants de l'étude de Jensen et al. (2019), MacWilliams et al. (2016) et Engel et Rempel (2016) ont déclaré avoir reçu une formation limitée ou se sentir insuffisamment formés sur le soutien aux femmes ayant subi une fausse couche. Ces études mentionnent qu'une formation supplémentaire pourrait accroître la confiance des professionnels en leurs connaissances et compétences afin de mieux répondre aux besoins des femmes.

4.7.3 Besoin de soutien et de suivi

Les femmes sont généralement insatisfaites quant à l'offre de suivi proposée à la sortie de l'hôpital, comme le mentionnent les études de Jensen et al. (2019), Larivière-Bastien et al. (2019) et MacWilliams et al. (2016). Des exigences minimales devraient être mises

en place, comme le suggèrent les études d'Edwards et al. (2018), d'Emond et al. (2019) ainsi que celle d'Engel et Rempel (2016). D'après Jensen et al. (2019), les pratiques de suivi sont plutôt axées sur la récupération physique. Cependant, selon l'étude d'Emond et al. (2019), le besoin de suivi relève aussi des besoins cognitifs et émotifs.

4.7.4 Obstacles aux soins dans les services d'urgence

Les études d'Engel et Rempel (2016), de Jensen et al. (2019) et d'Emond et al. (2019) mentionnent que les urgences ne sont pas un milieu propice à la prise en charge des fausses couches en raison du rythme rapide, du manque d'intimité, du temps limité avec les patients et de la possible proximité avec d'autres femmes enceintes.

5 Discussion

5.1 Discussion des résultats

L'objectif principal de cette revue de la littérature est d'identifier les expériences et les besoins des femmes et de leur conjoint ayant vécu une fausse couche spontanée en milieu hospitalier et plus particulièrement dans les services d'urgence. Une réponse partielle peut être amenée grâce à l'analyse des six études. Le but de cette section est de discuter les implications des principaux résultats des études analysées par rapport à la question de recherche.

Il est vrai que les femmes se sentent souvent insatisfaites des soins prodigués lors d'une fausse couche, citant le manque de sensibilité, de compassion, d'information et de suivi des soins (Jensen et al., 2019). En effet, les participantes de l'étude de MacWilliams et al. (2016) estiment que leur perte est plutôt rejetée que reconnue. En additionnant le manque d'information et de clarté concernant le suivi, cela crée des expériences de marginalisation. Les femmes de cette étude se basent sur la communication verbale et non verbale des professionnels, sur leurs actions et inactions, sur leur empathie ainsi que sur la manière dont leurs besoins ont été pris en compte ou non. Les femmes qui vivent une fausse couche aux urgences ont besoin de sentir que leur prise en charge diffère des autres présentations aux urgences. La reconnaissance de la perte et l'information aux patientes constituent un soutien efficace. L'étude d'Engel et Rempel (2016) montre que le fait de savoir que la fausse couche affecte fortement les femmes et les familles permet de mieux mobiliser le soutien. Les professionnels de la santé qui pensent que l'anxiété est normale à la suite d'une fausse couche soutiennent moins les femmes. L'étude suggère que la confiance des soignants en leurs connaissances est nécessaire pour fournir un soutien efficace.

D'après Larivière-Bastien et al. (2019), les femmes manquent d'informations au moment de l'annonce, pendant le déroulement de la fausse couche et à la sortie de l'hôpital. En effet, les femmes souhaiteraient des informations plus détaillées au moment du diagnostic

sur les causes et la fréquence des fausses couches, sur les résultats des tests diagnostiques (hCG, échographie) ainsi que sur le rétablissement futur. Il est aussi important d'informer la femme des étapes, du temps nécessaire au diagnostic, des délais d'obtention des résultats des tests et du temps nécessaire au médecin pour consulter un spécialiste (Larivière-Bastien et al., 2019). Il est vrai que des temps d'attente trop longs afin de savoir si la grossesse est viable ou non impactent négativement les expériences des femmes, puisque leur inquiétude dure dans le temps. D'après les infirmières, trois raisons expliquent cela. D'abord, la venue des patientes le soir ou la nuit imposent l'attente du lendemain étant donné qu'elles doivent avoir une ordonnance du médecin pour effectuer un prélèvement sanguin pour mesurer le taux de hCG ainsi que pour effectuer une échographie (Emond et al., 2019). Pendant le déroulement de la fausse couche, les sujets manquent d'informations sur les options de traitement et leurs implications. Les femmes ne sont donc pas en mesure de prendre des décisions éclairées. Après avoir choisi un traitement, celles-ci disent être mal préparées à l'intensité de la douleur, aux saignements et à l'expulsion du fœtus. Les symptômes physiques après une fausse couche sont également méconnus (saignements, changement humoraux, reprise des menstruations, grossesses futures et santé émotionnelle), ainsi que les effets psychologiques (Emond et al., 2019 ; Larivière-Bastien et al., 2019 ; MacWilliams et al., 2016). En effet, toutes les femmes qui ont participé à l'étude de MacWilliams et al. (2016) se sont senties prises au dépourvu, soit parce qu'elles ne se sentaient pas préparées à ce qui se passerait physiquement à la maison, soit parce qu'elles ne savaient pas comment réagir émotionnellement à la perte de leur grossesse. Certaines études de la revue de la littérature de Radford et Hughes (2015) ont identifié le manque de connaissances des femmes, un besoin d'explications spécifiques et pratiques sur les soins physiques et un besoin d'explication et de discussion au moment de cette fausse couche avec un soutien à la sortie de l'hôpital. Il incombe aux fournisseurs de soins de leur donner des directives sur le sujet (Punches et al., 2018). En effet, les problèmes accablants concernant la conception future et le sentiment de culpabilité et de blâme peuvent être atténués par une explication, ce qui apporte un bénéfice psychologique important (Radford & Hughes, 2015).

À la sortie de l'hôpital, les informations sur les ressources à disposition après la fausse couche telles que le suivi médical ou le soutien communautaire sont indispensables au rétablissement (Larivière-Bastien et al., 2019). L'infirmière doit donner des informations verbales cohérentes et assurer l'accès aux détails sur les ressources et services disponibles (Edwards et al., 2018). Cependant, l'état émotionnel des patientes peut affecter leur capacité à retenir les informations. Comme mentionné dans la problématique, il serait donc intéressant que les infirmières leur donnent des informations claires et précises par écrit, en complément des informations fournies par le médecin. Cela peut également aider les infirmières en cas de lourde charge de travail (Emond et al., 2019).

Le soutien est primordial dans le processus de rétablissement. Les femmes ont besoin que leur perte soit reconnue. L'étude d'Edwards et al. (2018) a établi une théorie qui devrait permettre de mieux comprendre ce que sont des soins optimaux et efficaces pour les femmes et leurs partenaires qui se présentent aux urgences non métropolitaines avec une possible fausse couche. L'infirmière devrait fournir des soins sensibles et attentifs, adaptés au sexe et à la culture. La gentillesse, l'empathie, le réconfort et l'éducation entourant la perte sont inestimables. Le soutien des infirmières est bénéfique au bien-être et à la guérison à long terme (Punches et al., 2018 ; Radford & Hughes, 2015). L'accent doit être mis sur le bien-être émotionnel, même si les professionnels de la santé se penchent plus sur les soins physiques, ce qui a été confirmé par les parents participants (Emond et al., 2019). Une participante infirmière de l'étude d'Engel et Rempel (2016) l'évoque également, ainsi que l'étude de Jensen et al. (2019). Une revue de la littérature affirme que seules cinq des 32 études de recherche abordent les besoins holistiques des femmes ayant subi une perte de grossesse aux urgences, notamment les soins émotionnels et le suivi des besoins psychologiques (Punches et al., 2018). Toutefois, le travail émotionnel que représente la prise en charge de femmes en grande détresse peut s'avérer difficile, sur le plan tant professionnel que personnel, et les infirmières peuvent avoir besoin d'un soutien sous la forme d'une formation, d'une supervision clinique, de séances de débriefing, de réunions d'équipe régulières et de réseaux de soutien personnel/professionnel. La prise en charge psychologique de l'ensemble du personnel – y compris les infirmières et les sages-femmes – confronté à des situations difficiles sur le plan émotionnel est importante, car elle se répercute sur les soins qu'il peut offrir aux femmes et à leur famille (Radford & Hughes, 2015).

Toutefois, les infirmières disent connaître l'impact émotionnel d'une fausse couche mais ne pas être suffisamment formées pour fournir des soins optimaux aux parents dans cette situation. Selon Engel et Rempel (2016), les sages-femmes et infirmières praticiennes pensent que l'impact de la fausse couche sur les femmes et les familles est important. Dans l'étude de Jensen et al. (2019), les professionnels sont conscients que la fausse couche est un événement pénible qui entraîne des sentiments de chagrin et d'échec. De plus, les participants à cette étude soulignent que les femmes ayant effectué une fécondation in vitro, ayant subi de multiples fausses couches ou ayant une maladie mentale préexistante sont plus susceptibles de ressentir de la détresse. Dans ces situations, il est donc d'autant plus important d'inclure le partenaire dans la prise en charge, car il peut être une ressource précieuse en matière de soutien et d'accompagnement.

Comme mentionné dans la problématique, le deuil des pères est souvent minimisé. D'après la revue de la littérature de Punches et al. (2018), aucune des études n'a abordé le soutien émotionnel des pères ou des autres membres de la famille. Cependant, il est nécessaire de répondre aux besoins de la patiente et de sa famille, notamment en leur donnant les informations et le soutien dont elles ont besoin. Williams, Topping,

Coomarasamy et Jones (2020) concluent que les pères peuvent tout autant souffrir des effets psychosociaux liés à la perte de grossesse que leur partenaire. La marginalisation intensifie la détresse émotionnelle de nombre d'entre eux à la suite d'une fausse couche. De ce fait, les professionnels de la santé doivent reconnaître le besoin d'information et de soutien émotionnel tant chez les femmes que chez les hommes.

Le manque de connaissance et de formation des professionnels de la santé mentionné dans la problématique se retrouve dans les diverses études analysées. L'étude d'Engel et Rempel (2016) indique que le manque de connaissance et de formation des professionnels engendre des attitudes et comportements tels que le blâme et le manque de reconnaissance de l'importance de la fausse couche. D'après Edwards et al. (2018), l'enseignement à l'infirmière devrait comprendre les aspects psychosociaux de la fausse couche, l'apport de connaissance sur celle-ci ainsi que des stratégies de communication thérapeutique sur la prise en charge émotionnelle. En effet, l'institution devrait avoir des exigences minimales de suivi émotionnel et proposer des activités de perfectionnement. Seuls les participants de l'étude de Jensen et al. (2019) se sentent généralement compétents pour fournir un soutien émotionnel en ayant reçu une formation limitée. Ils soulignent que leur rôle est d'atténuer la culpabilité en soulignant la fréquence des fausses couches et en insistant sur le fait que ce n'est pas la faute des femmes.

Les professionnels comptent généralement sur les femmes pour exprimer un besoin de soutien supplémentaire. De ce fait, un sentiment d'abandon peut être ressenti par les femmes. Cependant, le besoin de suivi fait partie non seulement de la santé physique, mais également de la santé émotionnelle et cognitive (Emond et al., 2019). L'infirmière doit prendre en compte les besoins bio-psycho-sociaux de la personne dans sa globalité. De plus, si les femmes subissent une fausse couche incomplète, elles peuvent être mal à l'aise à l'idée d'expulser les tissus de grossesse restants à domicile. Les rendez-vous de suivi ne sont pas systématiquement proposés. Il serait donc important d'instaurer des appels téléphoniques afin de soutenir la femme et sa famille. La plupart des participants de l'étude d'Engel et Rempel (2016) offrent un suivi permettant l'apport d'informations spécifiques, de conseils et d'orienter la femme et sa famille vers des groupes de soutien ou d'entraide. Cependant, le soutien proposé doit être accessible à la sortie. En effet, la région doit être prise en compte et le service ne doit pas être trop éloigné (Edwards et al., 2018).

Finalement, il est essentiel de comprendre quels éléments de la gestion des urgences compliquent l'expérience déjà difficile de la fausse couche pour les femmes (Larivière-Bastien et al., 2019). D'après l'étude d'Engel et Rempel (2016), les urgences ne sont pas un milieu propice à la prise en charge des fausses couches. En effet, c'est un environnement qui impose un rythme rapide, de l'agitation et un temps limité avec les patients en raison de la charge de travail. Les patientes risquent d'être à proximité d'autres femmes enceintes. Elles peuvent également manquer d'intimité. De plus, les résultats de cette étude montrent que les infirmières des urgences sont moins

susceptibles de mobiliser le soutien et de donner des informations que les infirmières praticiennes et les sages-femmes. Le manque de connaissance peut en être la raison, et c'est un des principaux obstacles aux soins. Les participants de l'étude de Jensen et al. (2019) ont indiqué que des problèmes de temps et de ressources, la fatigue de compassion et un besoin d'autoprotection limitaient leurs capacités à fournir de meilleurs soins de soutien. L'environnement peut être un obstacle à la communication et à l'expression du ressenti. En effet, un environnement calme et privé favorise la communication et est important lorsque la femme ressent des douleurs intenses, a des saignements ou lorsque sa santé émotionnelle est fragile (Emond et al., 2019).

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Tout d'abord, les articles analysés sont tous récents (2016-2021), les résultats sont donc actuels. Ensuite, les niveaux de preuve varient selon les études. Ceux-ci ont été établis à l'aide de la pyramide des preuves de la Haute Autorité de santé (HAS), disponible en annexe III. La plupart des études choisies s'inscrivent dans le paradigme interprétatif. De ce fait, elles ne sont pas en mesure d'obtenir un niveau de preuve* de haute puissance*. La crédibilité et la confirmabilité des résultats trouvés sont renforcées grâce à la vérification par les participants. En effet, les participants de l'étude d'Edwards et al. (2018) et de MacWilliams et al. (2016) ont pu vérifier si les résultats concordaient avec leurs expériences. L'étude de Larivière-Bastien et al. (2019) indique qu'il aurait été intéressant de vérifier si les participants estimaient que leurs voix et leurs expériences étaient fidèlement reflétées, mais cela n'a pas été fait. Malgré une petite taille d'échantillon dans les études de MacWilliams et al. (2016) et d'Edwards et al. (2018), leurs auteurs certifient tout de même avoir pu atteindre leurs objectifs. De plus, la saturation des données a été atteinte par les études d'Emond et al. (2019), de Jensen et al. (2019), de MacWilliams et al. (2016) et de Larivière-Bastien et al. (2019), ce qui témoigne de la crédibilité des conclusions. Des stratégies de validation ont été utilisées par les études d'Emond et al. (2019), de Jensen et al. (2019), de MacWilliams et al. (2016) et de Larivière-Bastien et al. (2019) pour garantir la rigueur scientifique, telles que la comparaison des transcriptions entre les chercheurs, la rédaction d'un compte-rendu et le codage des thèmes sous forme de catégories.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature comporte certaines limites. Tout d'abord, six études ont été sélectionnées. Le fait d'avoir un nombre limité d'études à analyser ne permet pas de généraliser le sujet. Puis, des critères de sélection* précis ont été introduits dans les bases de données comme la récence (pas plus de cinq années), l'accessibilité des articles (full-text) ou encore des articles issus de la discipline infirmière (quatre articles sur six au moins). En effet, lors des recherches sur les bases de données, de nombreuses

études semblaient pertinentes et intéressantes, mais n'ont pas pu être sélectionnées car elles ne répondaient pas aux différents critères d'inclusion. Ceci restreint les possibilités de recherche et le choix offert par les bases de données consultées. De plus, certaines études comportent d'importantes limites, ce qui diminue la validité et la crédibilité des résultats. Les lacunes d'apprentissage de la manipulation des bases de données et la barrière de la langue peuvent engendrer un biais dans la sélection des études. En effet, les bases de données comportent différents filtres à appliquer aux recherches et il est nécessaire de bien les connaître afin de cibler le thème. De plus, la plupart des études sont en anglais. Le logiciel DeepL a été utilisé afin de faciliter la compréhension des concepts et résultats clés des études. Par ailleurs, le but de cette revue de la littérature était aussi de connaître les expériences et les besoins des pères. Cependant, il n'existe pas beaucoup d'études qui portent sur l'expérience des pères ayant vécu la perte de leur futur enfant. Pour finir, la collecte des données des six études a été effectuée dans deux pays géographiquement éloignés de la Suisse (Canada et Australie). Ainsi, le système de santé, la prise en charge infirmière, la culture et les croyances peuvent varier, même si la fausse couche ne diffère pas d'un pays à l'autre. Les expériences des mères et de leur famille peuvent donc être différentes. Ce sont des pays développés comme la Suisse, mais il faut quand même se poser la question de la transférabilité* des résultats en Suisse. Toutefois, cette revue de la littérature apporte des réponses d'actualité étant donné qu'elle se base sur des articles récents, publiés dès 2016.

6 Conclusions

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence la nécessité d'une prise en charge adéquate et spécifique des femmes et de leur conjoint ayant vécu une fausse couche spontanée en milieu hospitalier et plus particulièrement dans les services d'urgence. Le but de cette section est d'exposer différentes propositions pour la pratique, la formation et la recherche qui découlent du processus de recherche et d'analyse des articles.

6.1 Propositions pour la pratique

Comme mentionné dans la problématique et dans plusieurs études, la fausse couche est un évènement qui n'est ni rare ni anodin. C'est un évènement majeur qui peut avoir de nombreuses conséquences, surtout au niveau psychologique. En conséquence, il est important que l'infirmière sache reconnaître les besoins des femmes et de leur famille afin d'offrir une prise en charge et un accompagnement de qualité. Dans l'ensemble, cette revue de la littérature a clairement montré qu'il existe un besoin important d'information et de suivi des patientes et de leur famille. De ce fait, des informations et renseignements clairs et précis doivent être fournis, tant par oral que par écrit, étant donné le choc que subissent les femmes à l'annonce de la fausse couche. Il est essentiel d'adopter une

communication empathique et de manifester de la compréhension afin d'aider les femmes à faire face au présent et à l'avenir après une fausse couche. L'information et la reconnaissance de la perte peuvent permettre un soutien émotionnel efficace. En ce qui concerne le suivi, les infirmiers doivent s'assurer que les femmes et leur famille disposent de toutes les informations dont elles ont besoin, y compris les possibilités de groupes de soutien ou d'entraide accessibles dans la région. Des appels téléphoniques de suivi peuvent être mis en place afin de soutenir la femme et sa famille. Par la suite, il en va de leur responsabilité de suivre les propositions faites ou non. Afin d'aider et de guider les infirmiers qui ne se sentent pas forcément à l'aise face à des situations de pertes fœtales, il serait pertinent d'instaurer un protocole de prise en charge et d'accompagnement des fausses couches. Cela permettrait d'offrir une prise en charge de qualité équivalente à tous les patients. En outre, l'état émotionnel des soignants peut se répercuter sur les soins qu'ils peuvent offrir aux femmes et à leur famille. De ce fait, un soutien aux équipes confrontées à des situations difficiles sur le plan émotionnel peut également contribuer à leur bon fonctionnement.

6.2 Propositions pour la formation

Premièrement, un manque de connaissance et de formation concernant la prise en charge des femmes ayant subi une fausse couche a été exprimé par plusieurs professionnels de la santé des études analysées. Dans la plupart des études, l'accent est mis sur les soins physiques et beaucoup moins sur les soins émotionnels. Or des exigences minimales de formation devraient être mises en place par les institutions afin de faire face à l'ampleur de la perte. La formation supplémentaire (basée sur des évidences et/ou sur des recommandations de bonnes pratiques) peut contribuer à accroître la confiance dans les soins dispensés et à dissiper les idées reçues sur la fausse couche. Étant donné que les professionnels auront plus de connaissances, ils pourront plus facilement donner toutes les informations et le soutien dont les patientes auraient besoin. Ils feraient preuve de plus de compassion et de reconnaissance. L'alliance thérapeutique s'en verra renforcée, le processus de deuil ne sera pas prolongé, et il y aura moins d'isolement et de détresse chez les patientes et leur famille. En conséquence, la satisfaction des soins augmentera. Deuxièmement, dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers en Valais, un module complet est consacré à la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille et le deuil est abordé dans différents modules. Cependant, il n'existe pas de cours sur le thème de la fausse couche ou de la perte périnatale, du deuil engendré ni sur l'impact psychologique de cet événement. Il serait intéressant d'y sensibiliser les étudiants durant par exemple un cours sur le deuil ou sur les interruptions de grossesse, étant donné qu'il n'est pas possible d'y consacrer un module entier. Troisièmement, il existe des institutions qui proposent des formations continues pour les infirmiers diplômés. C'est le cas des Hôpitaux Universitaires de Genève, qui mettent à disposition une formation de courte durée sur leur site internet

(HUG, 2020a). Cependant, l'Hôpital du Valais n'en propose pas. Il serait donc pertinent de proposer une formation de base afin d'aider les professionnels confrontés à ces situations. Pour terminer cette section, des associations comme AGAPA Suisse, l'Association périnatalité Valais ou encore l'Association vivre son deuil offrent des formations, des conférences, des journées de sensibilisation et des espaces de parole et d'écoute aux parents touchés par un deuil périnatal, mais également aux professionnels qui en ressentent le besoin (Agapa Suisse-Romande, s. d. ; Association Périnatalité Valais, 2020 ; Association Vivre Son Deuil – Suisse, s. d.). Le fait de profiter ou non de ces offres relève de la responsabilité et de l'intérêt de chaque professionnel.

6.3 Propositions pour la recherche

Tout d'abord, il est intéressant de noter qu'aucune étude sur les fausses couches en Suisse n'a été retenue. Il existe de nombreuses recherches sur le sujet, mais il serait pertinent d'analyser les expériences et les besoins des femmes et de leur famille en cas de fausse couche dans notre pays. Par ailleurs, il n'existe pas beaucoup d'études récentes sur les expériences des femmes et de leur famille, sur les soins infirmiers émotionnels ou encore sur la santé psychologique des femmes ayant subi une perte de grossesse dans un service d'urgence. Cela a été confirmé par certaines études. De plus, il serait utile de prendre en compte les recommandations proposées par celles-ci afin d'approfondir le sujet. En dépit de ces recommandations, des études supplémentaires semblent nécessaires pour identifier des méthodes réalistes et prometteuses qui permettront d'apporter le soutien spécifique et l'information adéquate aux patientes se présentant dans les services d'urgence avec une problématique de fausse couche. En effet, plusieurs facteurs peuvent compromettre la communication entre les professionnels de la santé et avec les patients, et ceux-ci devraient être connus afin de remédier à cette difficulté. Étant donné qu'il n'existe pas beaucoup d'études portant sur l'expérience des pères et le soutien dont ils ont besoin, des études supplémentaires sont requises afin de pouvoir correctement prendre en charge la famille dans sa globalité et afin de mieux comprendre sa capacité à soutenir et influencer l'expérience des femmes. Il peut exister différentes opinions et pratiques entre les professionnels de différents pays. Il serait intéressant d'effectuer des entretiens avec ceux-ci afin de mieux comprendre leurs points de vue et leurs pratiques et d'établir des comparaisons entre les groupes.

En conclusion, ce travail a permis une meilleure compréhension de la fausse couche et du vécu des femmes et des familles ayant vécu une fausse couche spontanée dans les services d'urgence. Des propositions basées sur des données probantes ont été apportées pour la pratique, la formation et la recherche en rapport avec les soins infirmiers, ainsi que des recommandations en matière de soutien et d'accompagnement de la part des équipes soignantes. Il semble nécessaire de poursuivre les recherches sur les soins aux parents vivant une ou plusieurs fausses couches afin de continuer à améliorer constamment la prise en soins de ces familles en difficulté.

7 Références bibliographiques

- Agapa Suisse-Romande. (s. d.). *Accueil*. Agapa Suisse-Romande. Consulté 26 février 2021, à l'adresse <https://www.agapa-suisseromande.ch/wp/>
- Association Périnatalité Valais. (2020). *Accueil – Association Périnatalité Valais*.
<https://www.perinatalite-valais.ch/>
- Association Vivre Son Deuil – Suisse. (s. d.). *Accueil*. Association Vivre Son Deuil – Suisse. Consulté 24 mai 2021, à l'adresse <https://www.vivresondeuil-suisse.ch/>
- Beucher, G. (2010). Prise en charge des fausses-couches spontanées du premier trimestre. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 39(3, Supplément), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.02.010>
- Birks, M., & Mills, J. (2015). *Grounded Theory : A Practical Guide*. SAGE.
<https://books.google.ch/books?id=YsGICwAAQBAJ>
- Conseil fédéral. (2017). *Améliorer le traitement à l'état civil des enfants*.
<https://www.ejpd.admin.ch/dam/bj/fr/data/aktuell/news/2017/2017-03-02/ber-br-f.pdf.download.pdf/ber-br-f.pdf>.
- Conseil fédéral. (2018, octobre 31). *Faciliter le processus de deuil : Les parents d'enfants nés sans vie obtiendront une confirmation sur demande*.
<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiques.msg-id-72726.html>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*.
https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Davies, B., Coutu-Wakulczyk, G., & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche : Guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé*. Mosby Elsevier.

- Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C., & Salabaras-Clergues, É. (Éds.). (2010). La relation soignant-soigné. In *Relation d'aide en soins infirmiers* (2^e édition) (p. 28-42). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-09466-8.50004-7>
- de Montigny, F., Verdon, C., Dubeau, D., Devault, A., St-André, M., Tchouaket Nguemeleu, É., & Lacharité, C. (2017). Protocol for evaluation of the continuum of primary care in the case of a miscarriage in the emergency room : A mixed-method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1309-5>
- Doyon, O., & Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique : Application des principes de la pratique réflexive*. Pearson.
- École de Santé publique. (s. d.). *Chapitre 3 – L'enquête descriptive simple – Test (ou pré-test) et validation*. Consulté 6 juin 2021, à l'adresse http://www.sante-pub.u-nancy.fr/presentation/ILLUSTRATIONS/UE2_Chap3/co/Test_Validation.html
- Edwards, S., Birks, M., Chapman, Y., & Yates, K. (2018). Bringing together the 'Threads of Care' in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs. *Collegian*, 25(3), 293-301. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.004>
- Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department : A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1952-1965. <https://doi.org/10.1111/jocn.14780>
- Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health Professionals' Practices and Attitudes About MISCARRIAGE. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 51-57. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207>
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62-66. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(01\)00124-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(01)00124-4)

Fondation As'trame. (2019, novembre 20). Fondation As'trame.

<https://www.astrame.ch/la-fondation.html>

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

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation.

Garel, M., & Legrand, H. (1990). *La Grossesse perdue : Comment faire face à une fausse couche spontanée*. Éd. Ramsay.

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

Gordon, J., Sheppard, L. A., & Anaf, S. (2010). The patient experience in the emergency department : A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing*, 18(2), 80-88. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>

Haute Autorité de santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique – État des lieux*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux

Hôpitaux Universitaires Genève. (2018). *Deuil périnatal*.

<https://www.hug.ch/obstetrique/deuil-perinatal>

Hôpitaux Universitaires Genève. (2020a). *À vous qui vivez la perte de votre bébé | HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève*. <https://www.hug.ch/obstetrique/vous-qui-vivez-perde-votre-bebe>

Hôpitaux Universitaires Genève. (2020b). *Les parents – Deuil périnatal*.

<https://www.hug.ch/obstetrique/parents>

Huber, D. (2019, janvier 9). Fausse couche : Une grossesse sur cinq concernée. *Le blog de l'Hôpital du Valais*. <https://blog.hopitalvs.ch/fausse-couche-une-grossesse-sur-cinq/>

- Hutti, M. H., Polivka, B., White, S., Hill, J., Clark, P., Cooke, C., Clemens, S., & Abell, H. (2016). Experiences of Nurses Who Care for Women After Fetal Loss. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(1), 17-27.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.010>
- Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage : A qualitative study. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 59(4), 508-513. <https://doi.org/10.1111/ajo.12910>
- Karaca, P. P., & Oskay, Ü. Y. (2021). Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 179-188. <https://doi.org/10.1111/ppc.12540>
- Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou, L. (2017). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007223.pub4>
- Kozier, B., Erb, G. L., Berman, A. J., Bilodeau, M., Boucher, S., Aguiar Coelho, I., & Bourassa, R. (2012). *Soins infirmiers : Théorie et pratique*. Pearson ERPI.
- LabTestsOnline. (2009). *Labtest – HCG*.
<http://www.labtestsonline.fr/tests/hCG.html?tab=5>
- Lacroix, P., Got, F., Callahan, S., & Séjourné, N. (2016). La fausse couche : Du côté des hommes. *Psychologie Française*, 61(3), 207-217.
<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.06.003>
- Lancelin-Huin, N. (2016). *Traverser l'épreuve d'une grossesse interrompue : Fausse-couche, IMG, mort fœtale in utero*. Josette Lyon.
- Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670-676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>
- Legendre, G., Gicquel, M., Lejeune, V., Iraola, E., Deffieux, X., Séjourné, N., Bydlowski, S., Gillard, P., Sentilhes, L., & Descamps, P. (2014). Psychologie et perte de

- grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(10), 908-917. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.019>
- Lejeune, V., Carbonne, B., Boccara, J., & Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2007). *Fausses couches et morts fœtales : Prise en charge immédiate et à long terme*. Elsevier Masson.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 229-247. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007>
- MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Moffatt, F. W. (2016). Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 504-512. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.05.011>
- Montigny, F. de, Verdon, C., Lord-Gauthier, J., & Gervais, C. (2017). *Décès périnatal : Le deuil des pères*. http://epe.lac-bac.gc.ca/101/200/300/editions_chu_sainte_justine/deces/index.html
- Montigny, F. de, Zeghiche, S., & Montigny-Gauthier, P. de. (2020). Le décès périnatal comme bifurcation temporelle : Les parcours de vie de femmes après une fausse couche. *Aporia*, 12(1), 36-46. <https://doi.org/10.18192/aporia.v12i1.4836>
- Murphy, F. A. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7(4), 325-332. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00153.x>
- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Pourquoi il est vital de parler de la perte d'un bébé*. <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
- Punches, B. E., Johnson, K. D., Acquavita, S. P., Felblinger, D. M., & Gillespie, G. L. (2019). Patient perspectives of pregnancy loss in the emergency department.

International Emergency Nursing, 43, 61-66.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.10.002>

Punches, B. E., Johnson, K. D., Gillespie, G. L., Acquavita, S. A., & Felblinger, D. M.

(2018). A Review of the Management of Loss of Pregnancy in the Emergency Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 44(2), 146-155.

<https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.11.001>

Radford, E. J., & Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage :

Implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(11-12), 1457-1465. <https://doi.org/10.1111/jocn.12781>

Reus, R., Rogel Cayetano, S., & Gutton, I. (2017, août 23). *Risque de fausse couche précoce : Signes et symptômes*. inviTRA. <https://www.invitra.com/fr/menace-de-fausse-couche/>

Rodrigo, A., Ochoa Marieta, C., Izquierdo Trechera, E., G. Brasch, J., Oviedo Moreno, Ó., & Gutton, I. (2020, décembre 17). *Qu'est-ce que la fausse-couche ou avortement spontané ?* inviTRA. <https://www.invitra.com/fr/fausse-couche/>

Savès, M. (s. d.). *Biais dans les enquêtes épidémiologiques descriptives*. Consulté 6 juin 2021, à l'adresse https://lms.fun-mooc.fr/c4x/ubordeaux/28004/asset/S5_Transcription_Biais_Enquete_Descriptive.pdf

Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2008). L'impact psychologique de la fausse couche : Revue de travaux. *La Revue Sage-Femme*, 7(6), 295-300. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2008.04.011>

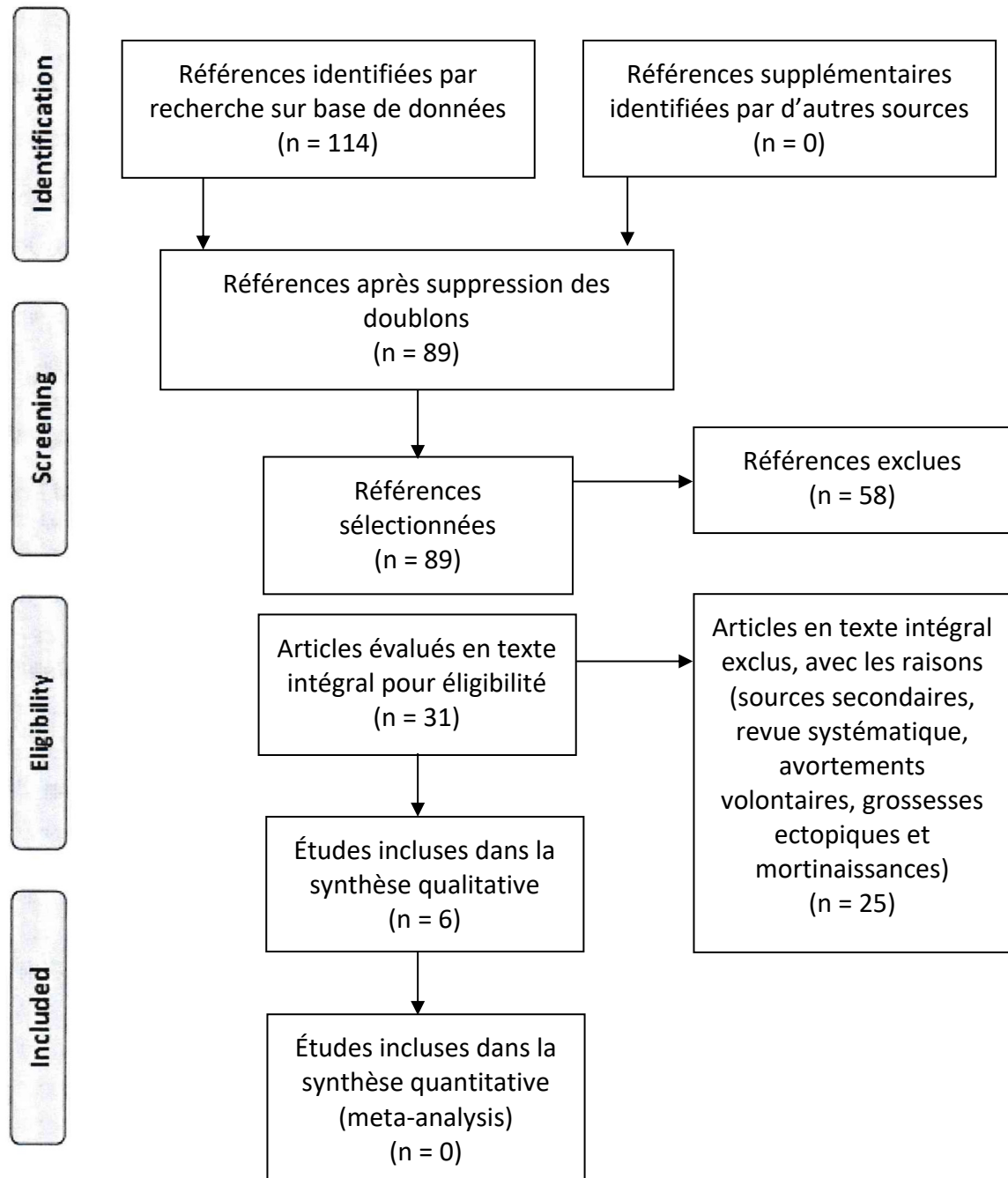
Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2009). La fausse couche : Une expérience difficile et singulière. *Devenir*, 21(3), 143-157.

Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2011a). Avortement spontané et culpabilité : Une étude qualitative. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 40(5), 430-436. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.01.010>

- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2011b). L'efficacité d'une brève intervention de soutien sur l'anxiété, la dépression, et le stress après une fausse couche. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 40(5), 437-443.
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.01.015>
- Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. (2010). *Protocole d'information pour curetage évacuateur*. <https://www.sggg.ch/fr/informations-dexperts/protocoles-dinformation/>
- Soubieux, M.-J. (2014). Le deuil périnatal, un impensable à penser. *Le Carnet PSY*, N° 185(9), 22-24.
- Wieringa-de Waard M, Ankum WM, Bonse GJ, Vos J, Biewenga P, & Bindels PJE. (2003). The natural course of spontaneous miscarriage : Analysis of signs and symptoms in 188 expectantly managed women. *British Journal of General Practice*, 53(494), 704-708.
- Williams, H. M., Topping, A., Coomarasamy, A., & Jones, L. L. (2020). Men and Miscarriage : A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Qualitative Health Research*, 30(1), 133-145. <https://doi.org/10.1177/1049732319870270>
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x>

8 Annexes

Annexe I : Diagramme de flux PRISMA 2009



(Gedda, 2015, p. 43)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Engel, J., & Rempel, L. (2016). Health Professionals' Practices and Attitudes About MISCARRIAGE. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 41(1), 51-57. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000207>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif Niveau de preuve II Paradigme Post-positiviste	174 participants : médecins (n = 50), infirmières autorisées (n = 63), sages-femmes (n = 38), infirmières praticiennes (n = 9) et infirmières auxiliaires (n = 3) Échantillonnage Non probabiliste. Un assistant de recherche a distribué une invitation électronique à l'échelle régionale à tous les médecins, sages-femmes et infirmières praticiennes et à l'échelle provinciale à des médecins et sages-femmes. Les professionnels intéressés pouvaient être contactés par téléphone par l'assistant pour remplir le questionnaire ou renvoyer le questionnaire par voie électronique. Critère(s) d'inclusion Les infirmières des services d'urgence ont été recrutées dans trois hôpitaux (un rural et deux urbains) en Ontario, au Canada. Critère(s) d'exclusion Capitales	Explorer les relations entre les attitudes, les croyances et les pratiques des professionnels de la santé qui s'occupent des femmes et des familles ayant subi une fausse couche et identifier les lacunes et les obstacles dans les services de suivi et de soutien pour ces femmes et ces familles. Question(s) de recherche 1) Quelles sont les relations entre les attitudes, les croyances et les pratiques des professionnels de la santé qui s'occupent des femmes et des familles ayant subi une fausse couche ? 2) Quels sont les lacunes et les obstacles en matière de services de suivi et de soutien pour ces femmes et ces familles ? Hypothèse(s) Non spécifiée Variables* VI* : les fausses couches VD* : pratiques et attitudes des professionnels de la santé	Attitude du personnel de santé Ressources de santé Fausse couche Mères	Utilisation d'un questionnaire qui a été développé pour cette étude. Les éléments du questionnaire ont été tirés de la documentation disponible sur les attitudes, les croyances et les pratiques de soins des professionnels de la santé en matière de fausses couches. L'échelle de Likert a été utilisée. <u>Croyance</u> « impact élevé sur la famille » (Cronbach = .82) <u>Croyance</u> « Peut s'en remettre » (Cronbach = .55) <u>Comportement</u> « Mobiliser le soutien » (Cronbach = .69) <u>Comportement</u> « Informer la mère » (Cronbach = .93) Éthique Approbation éthique de l'université, la santé publique régionale et les hôpitaux participants	Une analyse factorielle exploratoire avec rotation Varimax a permis de créer des sous-échelles de croyances. Une analyse de variance a été effectuée pour chaque sous-échelle afin de déterminer s'il existait des différences entre les professions en matière de croyances et s'il y avait des différences entre les professionnels de la santé quant à leurs comportements envers les mères et les familles qui subissent une fausse couche.	Les participants pensent que les fausses couches peuvent avoir un impact important sur les femmes et les familles. Ils fournissent des informations aux patientes sur la fausse couche et ses implications actuelles et futures. Les infirmières des services d'urgence ont déclaré avoir le moins de confiance et de connaissances pour apporter un soutien aux femmes et aux familles. La disponibilité et la connaissance de services spécifiques par les professionnels et les problèmes du système de santé ont été identifiés comme des obstacles aux soins. Conclusions La confiance est le facteur prédictif le plus important de la transmission d'informations et de la mobilisation du soutien pour les femmes et les familles. Les infirmières en milieu d'urgence se sentent moins préparées à fournir des soins, malgré leurs rencontres fréquentes avec des femmes et des familles qui ont subi une fausse couche. La formation des professionnels de la santé, en particulier des infirmières, pourrait aider à dissiper les idées fausses sur les fausses couches et à accroître la confiance dans les soins et le suivi. Les salles d'urgence sont des milieux difficiles pour les fausses couches parce que les approches actuelles limitent l'intimité et l'opportunité de l'évaluation et du suivi. Limites de l'étude Non spécifiées

Emond, T., Montigny, F., & Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department : A qualitative study with parents and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1952-1965. <https://doi.org/10.1111/jocn.14780>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative descriptive et exploratoire</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>26 participants ont été interrogés (17 parents, 7 infirmières du service des urgences et 2 infirmières gestionnaires du service des urgences)</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste par convenance</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Les parents participants devaient être des adultes âgés de 18 ans ou plus qui avaient subi une fausse couche (≤ 20 semaines de gestation) au cours des trois années précédentes et s'étaient rendus aux urgences pour cette raison. Les infirmiers participants devaient travailler dans le service des urgences et avoir fourni des soins aux parents ayant subi une fausse couche. Les infirmières devaient être des infirmières aux urgences.</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Pour les parents : avoir été infirmier au service des urgences. Avoir moins de 18 ans. Fausse couche de plus de 20 semaines</p> <p>Infirmiers ne travaillant pas aux urgences</p>	<p>Identifier les besoins des parents, isoler les facteurs qui ont influencé leur expérience et fournir des recommandations pour améliorer les soins du point de vue des femmes, de leurs partenaires, des infirmières des urgences et des infirmières gestionnaires</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Variables</p> <p>VI : les fausses couches</p> <p>VD : les expériences et les besoins</p>	<p>Avortement spontané</p> <p>Fausse couche</p> <p>Service d'urgence hospitalier</p> <p>Expériences et besoins</p> <p>Deuil</p> <p>Pères, mères</p> <p>Couple</p>	<p>Des guides d'entretien spécifiques ont été élaborés pour les parents, les infirmières et les infirmières gestionnaires.</p> <p>Les entretiens semi-structurés ont été effectués dans un cadre choisi par le participant (domicile, hôpital, université) et ont fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription intégrale.</p> <p>Des notes de terrain ont été systématiquement prises pendant et après chaque entretien.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique a été émise par les comités d'éthique de l'Université de Moncton, du Réseau de santé Vitalité et de l'Université Laval. Un consentement éclairé écrit a été obtenu avant chaque entretien et comprenait la permission de transcrire l'entretien. Toutes les entrevues ont été anonymisées. La confidentialité et le droit de retrait ont été assurés.</p>	<p>Une analyse par catégorie a été menée pour fournir une description des besoins des parents.</p> <p>Les entretiens transcrits et les notes de terrain ont été relus dans leur intégralité plusieurs fois pour identifier les idées émergentes et les codes potentiels.</p> <p>Les transcriptions associées à chaque code ont ensuite été analysées afin d'établir des catégories et sous-catégories distinctes en fonction des besoins des parents, comme le recommande le modèle logique de Kellogg.</p> <p>Logiciels</p> <p>Le logiciel NVivo 11 de QSR International a facilité le processus d'analyse des données.</p>	<p>Trois catégories de besoins ont été identifiées ; 1) <u>La santé physique</u> : réduction des délais pour fournir aux parents des tests de diagnostic afin de déterminer la viabilité de la grossesse et pour fixer un rendez-vous de suivi avec un professionnel de la santé. 2) <u>La santé cognitive</u> : les participants ont exprimé les trois besoins suivants : une explication plus détaillée au moment du diagnostic, des informations concernant le rétablissement après une fausse couche et des informations écrites sur les fausses couches et les ressources et services disponibles. 3) <u>La santé émotionnelle</u> : trois catégories de besoins émotionnels ont été identifiées : le besoin de soins centrés sur la santé émotionnelle, de soutien du partenaire et d'intimité.</p> <p>Les infirmières étaient conscientes de l'impact émotionnel d'une fausse couche mais estimaient qu'elles n'étaient pas assez formées pour fournir des soins optimaux aux parents dans cette situation.</p> <p>Conclusions</p> <p>Les parents qui se sont rendus aux urgences pour une fausse couche ont exprimé plusieurs besoins non satisfaits qui ont généré une insatisfaction vis-à-vis des soins. Les contraintes organisationnelles du service des urgences ont entravé les pratiques optimales de soins infirmiers.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Intervalle d'un à trois ans entre la fausse couche et l'entrevue (possible biais de rappel). Il est possible que les parents ayant vécu une expérience plus traumatisante au moment de l'urgence aient été plus motivés à participer à l'étude. Cela pourrait aussi les amener à adopter une attitude plus négative à l'égard des soins aux urgences en cas de fausse couche.</p>

Edwards, S., Birks, M., Chapman, Y., & Yates, K. (2018). Bringing together the 'Threads of Care' in possible miscarriage for women, their partners and nurses in non-metropolitan EDs. *Collegian*, 25(3), 293-301. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.004>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative de théorisation enracinée</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>Onze participants ont consenti à prendre part à l'étude, trois femmes ayant fait une fausse couche entre 2007 et 2012, deux hommes dont la partenaire avait fait une fausse couche et six infirmières diplômées.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste. Un premier échantillonnage intentionnel a été entrepris, suivi d'un échantillonnage théorique, caractéristique de la théorie ancrée, permettant d'atteindre les objectifs de l'étude. Le chercheur décide de manière stratégique qui ou quoi fournira la meilleure source de données pour répondre aux besoins analytiques et théoriques de l'étude.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Les femmes qui se présentent aux urgences non métropolitaines avec des saignements du premier trimestre, leurs partenaires masculins et le personnel soignant qui fournit des soins dans ces établissements.</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>2^{ème} et 3^{ème} trimestre de grossesse.</p>	<p>Explorer les expériences des femmes et des partenaires masculins qui se sont présentés aux services d'urgence des régions non métropolitaines pour une possible fausse couche, ainsi que les expériences du personnel infirmier qui a fourni des soins dans ces contextes</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Variables</p> <p>VI : les fausses couches</p> <p>VD : théorie « Threads of Care »</p>	<p>Avortement spontané</p> <p>Service d'urgence</p> <p>Hôpital</p> <p>Personnel infirmier</p> <p>Services d'urgence non métropolitains</p>	<p>Des entretiens semi-structurés approfondis ont été effectués avec les participants. Neuf entretiens ont été effectués par téléphone, car les participants se trouvaient dans toute l'Australie, dans diverses régions, rurales et éloignées. Deux entretiens ont été menés en face à face car les participants vivaient non loin de l'auteur principal.</p> <p>Éthique</p> <p>L'approbation éthique a été obtenue à l'origine par le Comité de recherche en éthique humaine de l'Université centrale du Queensland, avec une approbation externe obtenue par le Comité de recherche en éthique humaine de l'Université James Cook.</p>	<p>Les entretiens individuels ont fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription verbatim. Les transcriptions ont été soumises à une analyse selon les méthodes décrites par Birks et Mills (2015).</p> <p>Logiciels</p> <p>Un logiciel d'analyse de données qualitatives (NVivo10) a été utilisé pour faciliter le processus d'analyse.</p>	<p>La théorie élaborée, intitulée « Threads of Care », comprend cinq étapes du parcours dans un service d'urgence non métropolitain en cas de perte de grossesse possible : se présenter comme une personne unique, vouloir être reconnue et incluse, chercher du soutien et de la compréhension, quitter les lieux comme une personne unique et passer à autre chose.</p> <p>Conclusions</p> <p>La théorie permet de mieux comprendre ce qui constitue des soins optimaux et efficaces pour les femmes et leurs partenaires qui se présentent aux urgences non métropolitaines avec une possible fausse couche : les recommandations (en matière d'éducation, de pratique et de politique visant à améliorer la prestation de soins) formulées dans le cadre de cette théorie fondée sur les faits permettront d'élaborer des approches de soins visant à répondre aux besoins des femmes, de leurs partenaires et du personnel infirmier qui s'occupe d'eux.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>Le recrutement pour une étude de ce type peut être difficile étant donné la nature sensible du sujet. Cette limitation s'applique en particulier au recrutement de participants masculins. De plus, la nature dispersée de la population régionale, rurale et éloignée a eu un impact sur la capacité de recrutement.</p>

MacWilliams, K., Hughes, J., Aston, M., Field, S., & Moffatt, F. W. (2016). Understanding the Experience of Miscarriage in the Emergency

Department. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 42(6), 504-512. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.05.011>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative phénoménologique</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>Huit femmes âgées de 21 à 36 ans (moyenne, 31 ans) ont participé à l'étude. Les participantes avaient des antécédents obstétricaux divers, notamment des fausses couches multiples, un avortement thérapeutique préalablement planifié et un décès néonatal antérieur.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste. Les participants éligibles ont été approchés avant leur sortie du service des urgences par des infirmières et des médecins et ont reçu une lettre présentant le chercheur et décrivant l'étude. Les femmes qui choisissaient volontairement de participer ou qui souhaitaient en savoir plus sur l'étude appelaient le numéro de téléphone indiqué dans la lettre ou envoyaient un message électronique à l'adresse électronique de l'étude. Des annonces ont également été placées dans les services d'urgence, les centres de ressources familiales, les bureaux des praticiens de soins primaires, l'unité d'évaluation des grossesses précoces, les médias sociaux et les petites annonces en ligne.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Femmes anglophones, âgées de 18 ans ou plus, qui avaient consulté un service d'urgence alors qu'elles étaient en train de faire une fausse couche et qui avaient ensuite fait une fausse couche.</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Patientes de moins de 18 ans</p>	<p>Tenter de combler les lacunes de la littérature en explorant les expériences des femmes qui se sont rendues aux urgences pour recevoir des soins suite à une fausse couche</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Variables</p> <p>VI : les fausses couches</p> <p>VD : les expériences des femmes</p>	<p>Service des urgences</p> <p>Fausse couche spontanée</p> <p>Perte</p> <p>Expériences des femmes</p>	<p>Entretiens semi-structurés en face à face avec chaque participant, d'une durée de 45 à 90 minutes. Une question ouverte principale, accompagnée de questions d'approfondissement, a été utilisée pour s'assurer que la personne interrogée restait proche de l'expérience vécue. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits mot à mot et rendus anonymes. Des entretiens en face à face ont été menés pour observer la communication non verbale et l'interaction avec l'environnement. Des notes de terrain ont été prises.</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation éthique de l'autorité sanitaire reçue</p>	<p>La phénoménologie interprétative a été utilisée pour analyser les données recueillies : cycle continu de réexamen des données pour découvrir la profondeur et le sens par l'écriture, la lecture et la réflexion. Chaque entretien a été comparé pour identifier les significations communes. Des modèles ont été identifiés pour relier les thèmes communs. Les données ont été triangulées. L'équipe de recherche s'est réunie en face à face pour discuter des thèmes qui ont émergé des transcriptions, et un consensus a été atteint.</p> <p>Logiciels</p> <p>Le logiciel NVivo 10 (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé pour faciliter l'organisation des modèles et des thèmes.</p>	<p>Cinq thèmes ont émergé : 1) « Enceinte/vie : Fausse couche/mort », 2) « Décider d'aller aux urgences : Quelque chose ne va pas », 3) « Pas une maladie : Un autre type de traumatisme », 4) « Besoin de reconnaissance » 5) « Quitter le service des urgences : Et maintenant ? ». Les participants estiment que leur perte n'a pas été reconnue, mais plutôt rejetée. Ces expériences, combinées à un manque perçu d'éducation à la sortie de l'hôpital et de clarté concernant le suivi, ont créé des expériences de marginalisation.</p> <p>Conclusions</p> <p>Le fait que l'expérience de la fausse couche représente la mort d'un bébé doit être reconnu par les prestataires de soins d'urgence (soutien, compréhension, empathie, langage clair et simple). Il est important de préparer adéquatement les patientes aux symptômes émotionnels et physiques qu'elles peuvent ressentir après leur sortie de l'hôpital et à ce qu'elles doivent attendre en attendant un éventuel suivi médical.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>La majorité des répondants à l'étude avaient un minimum de 1 à 2 ans entre leur visite aux urgences et l'étude. Les femmes qui ont reçu des lettres d'invitation à l'étude alors qu'elles se trouvaient aux urgences pour leur fausse couche peuvent avoir été trop accablées émotionnellement par leur deuil pour participer à l'étude, laissant la majorité des participantes être recrutées par d'autres méthodes. Une autre limite concerne l'homogénéité des participantes. L'échantillon présentait une variation minimale en ce qui concerne la diversité culturelle et socio-économique, et la majorité des participants étaient blancs et avaient fait des études postsecondaires.</p>

Larivière-Bastien, D., deMontigny, F., & Verdon, C. (2019). Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 670-676. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Étude qualitative phénoménologique</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>IV</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p>	<p>Quarante-huit femmes ont participé à l'étude.</p> <p>Échantillonnage</p> <p>Non probabiliste. Les participantes ont été recrutées par des informateurs professionnels de la santé (infirmières, sages-femmes, physiothérapeutes) qui ont distribué des prospectus aux patientes répondant aux critères d'inclusion.</p> <p>Des affiches décrivant l'étude ont été placées dans des endroits stratégiques des hôpitaux et diffusées sur les médias sociaux.</p> <p>Critère(s) d'inclusion</p> <p>Femmes âgées de 18 ans ou plus, ayant subi au moins une fausse couche (20 semaines ou moins) au cours des 4 dernières années, ayant consulté l'un des 4 services d'urgence et ayant reçu un diagnostic de fausse couche, parlant et comprenant le français</p> <p>Critère(s) d'exclusion</p> <p>Patientes de moins de 18 ans ou n'ayant jamais subi de fausse couche</p>	<p>Identifier les caractéristiques de la gestion des soins qui peuvent avoir contribué aux difficultés rencontrées par les femmes présentant une fausse couche dans le service des urgences</p> <p>Question(s) de recherche</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Hypothèse(s)</p> <p>Non spécifiée</p> <p>Variables</p> <p>VI : les fausses couches</p> <p>VD : les expériences des femmes</p>	<p>Fausse couche</p> <p>Service des urgences</p> <p>Information</p> <p>Expérience des femmes</p> <p>Soins infirmiers d'urgence</p>	<p>Les participantes ayant exprimé leur intérêt à se porter volontaires pour cette étude ont été contactées par téléphone par un assistant de recherche afin de planifier un entretien semi-structuré de 60 à 90 minutes en face à face avec un membre féminin de l'équipe de recherche. Chaque participante a pu choisir le lieu de l'entretien, soit à son domicile, soit dans une salle de l'université. Les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio, puis d'une transcription mot à mot ; des noms fictifs ont été créés.</p> <p>Éthique</p> <p>Approbation du comité d'éthique de la recherche reçue</p>	<p>L'analyse thématique des données a été réalisée selon les procédures décrites par Paillé. Six des 48 entretiens ont été utilisés pour créer une grille de codage. Deux chercheurs spécialisés dans les analyses qualitatives, les soins infirmiers périnataux et la bioéthique ont examiné séparément ces entretiens en aveugle. Les thèmes émergeant des deux analyses ont été revus et comparés par l'ensemble de l'équipe de recherche ; aucune différence majeure. Les transcriptions restantes ont été codées par un chercheur, qui a ajusté la grille de codage pour refléter les nouveaux thèmes émergents. L'équipe a examiné les analyses pour s'assurer qu'elles reflétaient fidèlement les expériences des participants.</p> <p>Logiciels</p> <p>NVivo 11 (QSR International, Melbourne, Australie) a été utilisé pour gérer les données qualitatives.</p>	<p>L'analyse des données a révélé que l'expérience des femmes ayant fait une fausse couche aux urgences se caractérise par un manque d'information à trois moments critiques : l'annonce de la fausse couche, le déroulement de la fausse couche et la sortie des urgences. Sept sous-thèmes ont été identifiés, représentant les sujets sur lesquels les participantes manquaient d'informations.</p> <p>Conclusions</p> <p>L'expérience de la fausse couche est un phénomène complexe influencé par de nombreux facteurs. Les infirmières d'urgence peuvent améliorer les soins d'urgence pour les femmes qui font une fausse couche en écoutant leurs préoccupations et en fournissant des informations précises et suffisantes pour réduire les effets physiques et psychologiques sur les individus, les couples et les familles.</p> <p>Limites de l'étude</p> <p>La première limite concerne l'homogénéité de l'échantillon, car les profils culturels et socio-économiques des participants variaient peu. Deuxièmement, les femmes ayant vécu des expériences difficiles ont peut-être été surreprésentées, car celles ayant eu peu de difficultés n'ont peut-être pas été enclines à participer. Troisièmement, bien que l'on ait demandé aux participants s'ils avaient reçu des instructions de sortie, on ne leur a pas demandé comment ces instructions avaient été données, ce qui rend les comparaisons difficiles. Quatrièmement, les participants n'ont pas vérifié que leurs voix et leurs expériences étaient fidèlement reflétées dans les sous-thèmes.</p>

Jensen, K. L. B., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). Health professionals' roles and practices in supporting women experiencing miscarriage : A qualitative study. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 59(4), 508-513.
<https://doi.org/10.1111/ajo.12910>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative descriptive et exploratoire	Douze professionnels de la santé issus de disciplines telles que la médecine, la profession de sage-femme et l'échographie ont été sélectionnés.	Cette étude a exploré les points de vue et les pratiques des professionnels de santé australiens en matière de soins aux femmes ayant fait une fausse couche.	Fausse couches Émotions Communication en matière de santé Personnel de santé Femmes enceintes Spontanéité	Sept entretiens ont été menés en face à face et cinq par téléphone. Les entretiens ont duré entre 26 et 62 minutes. Les participants devaient répondre à une série de questions démographiques structurées avant de répondre à un certain nombre de questions semi-structurées explorant leurs points de vue et leurs pratiques en matière de soins aux femmes ayant fait une fausse couche et leurs points de vue sur les obstacles à la fourniture d'un soutien optimal en cas de fausse couche.	Les entretiens semi-structurés ont été enregistrés, transcrits mot à mot et soumis à une analyse thématique. Les données ont été analysées à l'aide d'une approche inductive générale, dans laquelle chaque transcription a été lue plusieurs fois et codée pour identifier les thèmes clés issus des données.	Les participants ont reconnu que la fausse couche est souvent un événement pénible associé à des sentiments de chagrin et d'échec. Ils pensent que les femmes qui ont conçu par fécondation in vitro, qui ont subi de multiples fausses couches ou qui souffrent d'une maladie mentale préexistante sont susceptibles de ressentir plus de détresse que les autres. Malgré une formation limitée, les participants se sentaient généralement compétents dans leurs capacités à fournir un soutien émotionnel. Ils considèrent que leur rôle consiste essentiellement à atténuer la culpabilité, ce qu'ils font en soulignant la fréquence des fausses couches et en insistant sur le fait que les femmes ne sont pas en faute. Les pratiques de suivi variaient et, lorsqu'elles existaient, elles étaient axées sur la récupération physique. En général, les participantes comptaient sur les femmes pour exprimer le besoin d'un soutien supplémentaire. Les participants ont indiqué que des problèmes de temps et de ressources, la fatigue de compassion et un besoin d'autoprotection limitaient leurs capacités à fournir de meilleurs soins de soutien.
Niveau de preuve IV	Échantillonnage Non probabiliste. Les participants ont été recrutés entre février et avril 2017, par le biais d'un certain nombre de réseaux, notamment par le Victorian Primary Care Practice-Based Research Network, un réseau de recherche basé sur la pratique au département de médecine générale (Université de Melbourne), des réseaux respectifs des chercheurs (connaissances et collègues de travail) et des méthodes d'échantillonnage en boule de neige.	Question(s) de recherche Non spécifiée				
Paradigme Interprétatif	Critère(s) d'inclusion Pour pouvoir participer, les professionnels de la santé devaient avoir pris en charge des femmes ayant fait une fausse couche au cours des 12 mois précédents. Les professionnels de la santé ont été sélectionnés pour couvrir un éventail d'âges, de sexes et de professions, y compris des obstétriciens et des gynécologues, des sages-femmes, des médecins généralistes, des médecins urgentistes et des échographistes obstétriciens.	Hypothèse(s) Non spécifiée				
	Critère(s) d'exclusion Ne jamais avoir pris de fausse couche en charge	Variables VI : femmes ayant fait une fausse couche VD : rôles et pratiques des professionnels de la santé		Éthique L'approbation éthique de cette étude a été accordée par le Groupe consultatif d'éthique humaine de l'Université de Melbourne le 11 octobre 2016.	Logiciels Non spécifié	Conclusions Il existe des divergences entre le soutien émotionnel que les professionnels de la santé pensent que les femmes veulent et sont capables de fournir, et le soutien que les femmes souhaiteraient. Cette étude exploratoire suggère la nécessité d'une recherche plus approfondie sur la fourniture d'un meilleur soutien aux femmes par les professionnels de la santé.
						Limites de l'étude La principale limite de cette étude est qu'en tant que projet d'étudiants en médecine d'une durée de six mois, le temps de recrutement était limité.

Annexe III : Pyramides des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Figure 1 : Grade des recommandations (Haute Autorité de santé, 2013, p. 8)

Annexe IV : Échange avec Mme Fellay Florence, sage-femme conseillère

Tout d'abord, pour vous, qu'est-ce qu'une fausse couche spontanée ?

On parle de fausse couche (ou d'avortement spontané), quand une grossesse s'arrête avant que l'embryon ou le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire avant 22 semaines de grossesse environ. La grande majorité des fausses couches (80-90%) survient au cours du premier trimestre de grossesse et est liée à des problèmes propres à l'embryon. Il arrive qu'une grossesse s'arrête au-delà de la 12^e semaine de grossesse et on parle, dans ces cas, de fausse couche tardive.

Quelle est la prise en charge des femmes vivant une fausse couche spontanée et les procédures engagées à l'hôpital de Sion lors du diagnostic ?

Si l'échographie indique que la fausse couche a déjà eu lieu ou est en cours, nous nous assurons que l'expulsion de l'embryon est complète et que tout s'est bien passé grâce à un deuxième examen, sept à dix jours plus tard. Dans des cas précis, nous surveillons également le taux de bêta hCG (l'hormone de grossesse). Nous expliquons à nos patientes qu'en cas de fièvre ou de pertes vaginales malodorantes il faut consulter immédiatement, à cause du risque d'infection. Quand l'échographie indique qu'une fausse couche est incomplète ou qu'il s'agit d'une grossesse arrêtée, nous pouvons traiter par médicaments ou chirurgicalement, par aspiration et/ou curetage.

Les infirmières ont-elles un contact direct avec les patientes ? Ou est-ce que le contact est bref si elles viennent en ambulatoire ? Pouvez-vous m'en dire plus sur le rôle de l'infirmière à l'hôpital et les interventions infirmières ?

Si la fausse couche est spontanée et s'est passée à la maison, les infirmières n'ont pas forcément de contact avec ces femmes. En revanche, si elles viennent pour un curetage ou une interruption thérapeutique de grossesse (ITG), les femmes auront un contact avec des infirmières ou des sages-femmes. Lors de fausses couches précoces, les femmes ne rencontrent pas forcément de sage-femme. En revanche, pour les fausses couches tardives, les ITG ou les morts in utero (MIU), les femmes ont un contact avec les sages-femmes et sages-femmes conseillères.

Que faites-vous concrètement pour initier le processus de deuil (ex : photos souvenirs) ?

Tout dépend de l'âge gestationnel et de l'envie des parents. Lorsque cela est possible (âge gestationnel et état du fœtus), nous faisons des empreintes et des photos. Si les parents ne veulent pas les récupérer, des exemplaires restent dans le dossier aux archives. Les parents peuvent les réclamer par la suite.

Nous leur proposons également un soutien psy. De plus, pour les fausses couches tardives, les sages-femmes conseillères reprennent contact avec les femmes pour prendre de leurs nouvelles afin d'investiguer comment va leur moral (Huber, 2019).

Annexe V : Mots clés et descripteurs

Concept	Mots clés eng	Mesh	CINAHL headings	Emtree
Fausse couche spontanée	"abortion spontaneous" OR "spontaneous abortion" OR miscarriage	"Abortions, Spontaneous" [MESH] "Spontaneous Abortions" [MESH] "Spontaneous Abortion" [MESH]	MH "Abortion, Spontaneous"	'spontaneous abortion'/exp
Deuil Deuil (chagrin)	Bereavement OR grief	"Bereavement" [MESH] "Bereavement Care" [MESH] "Care, Bereavement" [MESH] "Grief" [MESH]	MH "Bereavement" MH "Grief"	'Bereavement'/exp 'Bereavement support'/exp 'Grief'/exp
Prendre soin, soutien	Care OR caring OR "support for care" OR "psychosocial support"	"Delivery of Health Care" [MESH] "Empathy" [MESH]	MH "Support, Psychosocial" MH "Empathy"	'care and caring'/exp 'social support'/exp 'empathy'/exp 'health care delivery'/exp

Annexe VI : Équations de recherche

	Équation de recherche CINHAL	Études trouvées	Études retenues
S1	(MH "Abortion, Spontaneous")	5211	
S2	TI abortion spontaneous OR AB abortion spontaneous	1682	
S3	S1 OR S2	6137	
S4	(MH "Bereavement") OR (MH "Grief")	14 554	
S5	TI (bereavement OR grief) OR AB (bereavement OR grief)	10 470	
S6	S4 OR S5	17 825	
S7	(MH "Caring") OR (MH "Watson's Theory of Caring") OR (MH "Support, Psychosocial")	93 005	
S8	TI ("caring" or "Watson's Theory of Caring") OR AB ("caring" or "Watson's Theory of Caring")	42 727	
S9	S7 OR S8	128 359	
S10	S3 AND S6 AND S9	124	
S11	S10 Limitation 5 ans	38	3

	Équation de recherche MEDLINE(PubMed)	Études trouvées	Études retenues
S1	"Abortion, Spontaneous"[Mesh]	35 964	
S2	Abortion, Spontaneous[Title/Abstract]	639	
S3	S1 OR S2	36 172	
S4	("Bereavement"[Mesh]) OR "Grief"[Mesh]	13 746	
S5	"Bereavement"[Title/Abstract] OR "Grief"[Title/Abstract]	11 536	
S6	S4 OR S5	18 440	

S7	("Delivery of Health Care"[Mesh]) OR "Empathy"[Mesh]	1 134 127	
S8	"Delivery of Health Care"[Title/Abstract] OR "Empathy"[Title/Abstract]	25 361	
S9	S7 OR S8	1 145 149	
S10	S3 AND S6 AND S9	109	
S11	S10 Limitation 5 ans	16	2

	Équation de recherche Embase	Études trouvées	Études retenues
S1	'spontaneous abortion'/exp	45 658	
S2	'spontaneous abortion':ab,ti	10 157	
S3	S1 OR S2	48 405	
S4	'bereavement'/exp OR 'bereavement support'/exp OR 'grief'/exp	21 281	
S5	bereavement:ab,ti OR 'bereavement support':ab,ti OR grief:ab,ti	14 367	
S6	S4 OR S5	23 977	
S7	'care and caring'/exp OR 'social support'/exp OR 'empathy'/exp OR 'health care delivery'/exp	3 957 540	
S8	care:ab,ti AND caring:ab,ti OR 'social support':ab,ti OR empathy:ab,ti OR 'health care delivery':ab,ti	112 280	
S9	S7 OR S8	3 985 315	
S10	S3 AND S6 AND S9	197	
S11	S10 Limitation 5 ans	60	1

Annexe VII : Glossaire méthodologique

La plupart des termes définis dans ce glossaire méthodologique sont issus de l'ouvrage de Fortin & Gagnon (2016). Ceux qui ne se trouvent pas dans cet ouvrage sont référencés.

Analyse de la variance (ANOVA) : Test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupes (p. 497).

Analyse des données qualitatives : Processus qui consiste à organiser et à interpréter les données narratives en vue de découvrir des thèmes, des catégories et des modèles de référence (p. 497).

Analyse de régression : Technique statistique servant à caractériser le modèle de relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, toutes deux quantitatives (p. 497).

Base de données : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques (p. 497).

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude (p. 497).

Biais de sélection : Les influences affectant la méthode de sélection des participants ou l'assignation aux groupes étudiés (Davies et al., 2011).

Biais lié au dispositif d'enquête : En cas de questionnaire très ouvert, ou pour lequel des consignes pour la passation (c'est-à-dire la façon de faire passer le questionnaire à l'enquêté) n'ont pas été clairement données, et surtout dans le cas d'enquêtes impliquant plusieurs enquêteurs, le risque est que l'enquêteur oriente ou interprète les réponses des enquêtés en fonction de ses propres opinions ou connaissances (Savès, s. d., p. 4).

Code : Symbole ou abréviation utilisé pour désigner des mots ou des phrases dans les données (p. 497).

Codage : Procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement (p. 497).

Coefficient alpha de Cronbach (α) : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés (p. 497).

Cohérence interne : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure (p. 498).

Collecte de données : Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude (p. 498).

Confirmabilité : Critère servant à évaluer l'intégrité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation (p. 498).

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu (p. 498).

Crédibilité : Critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée (p. 498).

Critère de sélection : Liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusion (p. 498).

Critère d'exclusion : Les critères d'exclusion servent à déterminer les sujets qui ne feront pas partie de la population cible en raison de leurs caractéristiques différentes (p. 262).

Critère d'inclusion : Les critères d'inclusion décrivent les caractéristiques que doit posséder un sujet pour faire partie de la population (cible et accessible) (p. 262).

Devis ou design : Plan logique tracé par le chercheur en vue d'établir une manière de procéder susceptible de mener à la réalisation des objectifs (p. 498).

Devis d'études descriptives : Variété de devis ayant pour but d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques à l'intérieur d'un domaine particulier et de dresser un portrait de la situation (p. 499).

Écart-type (ET) : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe (p. 499).

Échantillon : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude (p. 499).

Échantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible (p. 499).

Échantillonnage accidentel ou par convenance : Choix des sujets déterminé par le lieu et le moment (p. 274).

Échantillonnage intentionnel ou par choix raisonné : Choix des sujets qui présentent des caractères typiques (p. 274).

Échantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire (p. 499).

Échantillonnage par réseaux ou boule de neige : Méthode d'échantillonnage qui consiste à demander à des personnes recrutées initialement selon des critères de sélection précis de suggérer le nom d'autres personnes qui leur paraissent répondre aux mêmes critères (p. 500).

Échantillonnage théorique : Processus qui consiste à choisir de nouveaux sites de recherche ou de nouvelles données afin de concevoir et de raffiner les catégories qui constituent la théorie émergente (p. 500).

Échelle de Likert : Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord (p. 500).

Entrevue semi-structurée ou semi-dirigée : Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant (p. 500).

Éthique de la recherche : Ensemble de principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de la recherche (p. 500).

Fiabilité : Critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions (p. 501).

Formulaire d'information et de consentement : Entente écrite signée par le chercheur et le participant à l'étude concernant les modalités de sa participation volontaire (p. 501).

Généralisabilité : Degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population (p. 501).

Guide d'entrevue ou d'entretien : Document utilisé par l'intervieweur au cours d'un entretien en guise de rappel des différents thèmes ou des questions devant être abordés (p. 501).

Hypothèse simple : Hypothèse qui prédit une relation associative ou causale entre deux variables (p. 501).

Moyenne (m) : Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisée par le nombre total de valeurs (p. 502).

Niveau de preuve : Le niveau de preuve d'une étude caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée (Haute Autorité de santé, 2013, p. 6).

Opérateurs logiques ou booléens : Termes (ET, OU, SAUF ; AND, OR, NOT) qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire (p. 502).

Paradigme : Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action (p. 502).

Paradigme interprétatif : Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps (p. 502).

Paradigme pragmatique : Les méthodes mixtes de recherche s'appuient sur le paradigme pragmatique qui met l'accent sur l'avancement des connaissances, l'amélioration de la condition humaine et la création de théories (p. 247).

Phénomène : Évènement, situation particulière ou processus quelconque susceptibles de faire l'objet d'une recherche (p. 502).

Phénoménologie interprétative ou herméneutique : Méthodologie qui met l'accent sur l'interprétation des expériences vécues plutôt que sur leur simple description (p. 502).

Population cible : Population que le chercheur veut étudier et pour laquelle il désire faire des généralisations ou des transferts (p. 502).

Postpositiviste : Vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs (p. 502).

Pratique fondée sur des données probantes ou evidence based-practice : Approche qui consiste en la prise de décision concernant l'utilisation des meilleures données probantes pour la prise en charge personnalisée de patients (p. 503).

Pré-test : Son objectif est de vérifier la faisabilité de l'enquête, la pertinence et l'acceptabilité du bordereau de recueil (ou questionnaire) (École de Santé publique, s. d.).

Puissance statistique : Capacité d'un test à détecter une différence significative ou une relation existante entre des variables, ce qui revient à la probabilité de rejeter correctement une hypothèse nulle (p. 503).

Question fermée : Question dont la réponse doit être choisie dans une liste préétablie (p. 328).

Question ouverte : Les questions ouvertes ne proposent pas de catégories de réponses, laissant le participant libre de répondre ce qu'il veut (p. 330).

Questionnaire : Instrument de collecte des données qui exige du participant des réponses écrites à un ensemble de questions (p. 503).

Recherche descriptive qualitative : Type de recherche servant à décrire des phénomènes sans se référer à une méthodologie qualitative particulière (p. 503).

Recherche phénoménologique : Recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes (p. 503).

Recherche qualitative : Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants (p. 503).

Recherche quantitative : Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques (p. 503).

Recrutement : Démarche entreprise auprès de participants potentiels en vue de constituer un échantillon répondant à des critères de sélection pour prendre part à un projet de recherche (p. 503).

Saturation des données : Moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude (p. 504).

Signification statistique : Expression qui indique que les résultats d'une analyse ne découlent vraisemblablement pas de la chance à un seuil de signification déterminé (p. 504).

Source primaire : Description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même (p. 504).

Source secondaire : Texte interprété et rédigé par un autre chercheur que l'auteur d'un document original. Ce type de source synthétise, résume et commente ce dernier (p. 504).

Statistique : Mesure effectuée auprès d'un échantillon issu d'une population (p. 504).

Thème : Entité significative qui se manifeste de façon récurrente au cours de l'analyse des données qualitatives (p. 504).

Transférabilité : Critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation (p. 505).

Validité : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer (p. 505).

Validité de contenu : Représentativité des énoncés d'un instrument afin de mesurer un concept ou un champ de contenu particulier (p. 505).

Validité externe : Caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés (p. 505).

Validité interne : Caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante (p. 505).

Variable : Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs (p. 505).

Variable dépendante (VD) : Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci (p. 505).

Variable indépendante (VI) : Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière (p. 505).

Variance : Mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la moyenne des carrés des écarts (p. 505).

Verbatim : Propres mots des participants, résumés par la suite en récits (p. 190).

Vérification par les participants : Méthode de validation de la crédibilité des données qualitatives par l'entremise de séances d'information et de conversations avec les participants (p. 339).