

Quel est l'impact d'un antécédent de fausse couche sur les taux de stress, d'anxiété et de dépression pré- et post-partum chez les femmes qui mènent une prochaine grossesse à terme ?

Travail de Bachelor

Sophie Adélie CARRARD

N° matricule : 18-414-730

Roxane Nina Pauline MASSON

N° matricule : 21-633-326

Directeur/Directrice : Chantal RAZUREL - Directrice de mémoire
Membre(s) du jury : Laurent GAUCHER - Expert enseignant
Françoise RULFI - Experte de terrain

Août 2024

Filière Sage-femme
Haute école de santé de Genève

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Sage-femme*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur ou de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail.

Fait à Genève, le 19 août 2024

Sophie Adélie CARRARD

Roxane Nina Pauline MASSON

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus chaleureux aux personnes ayant apporté leur soutien et leur présence tout au long de l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Mme Chantal Razurel, notre directrice de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité, son professionnalisme, ainsi que sa bienveillance, qui ont été une ressource pour la rédaction de ce travail.

Mme Françoise Rulfi, notre experte de terrain, pour son intérêt et son enthousiasme portés sur notre sujet.

Mr Laurent Gaucher, notre expert enseignant, pour sa lecture attentive et sa riche expertise professionnelle.

Nous tenons également à exprimer notre gratitude à **Mme Lysiane Piguet Carrard** pour sa relecture attentive de notre travail.

Nos familles, ami(e)s et collègues de volée, pour leur soutien et encouragements infaillibles au cours de notre formation.

La HEdS Genève, pour le soutien porté à notre apprentissage et devenir professionnel.

Nota bene :

Dans les nomenclatures actuelles, le terme de fausse couche est encore, en majorité, utilisé.

Cependant, dans nos pratiques courantes, il n'est pas rare d'entendre parler plutôt d'une « perte de grossesse » ou d'une « grossesse arrêtée ».

Lors de la rédaction de ce travail, nous avons choisi d'employer la tournure « fausse couche », cette dernière étant utilisée dans les articles sélectionnés par nos soins et les protocoles des hôpitaux actuels.

Toutefois, nous avons conscience de ce biais de langage et tenons à souligner avoir pris en compte cette évolution.

Résumé

Introduction : La fausse couche est un événement marquant qui touchera, au cours de sa vie, environ une femme sur cinq. Une meilleure compréhension des impacts psychologiques qu'engendre une telle perte de grossesse pourrait permettre d'adapter l'accompagnement envers ces femmes qui mènent une prochaine grossesse à terme.

Objectif(s) : L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact psychologique d'un antécédent de fausse couche (< à 20 SA) sur les taux de stress, d'anxiété et de dépression pré- et post-partum chez les femmes menant une prochaine grossesse à terme.

Méthode : Nous avons recensé cinq articles, trouvés sur la base de données PubMed, qui nous ont permis de répondre à notre problématique.

Résultats : Concernant le stress, deux études se contredisent et ne permettent pas d'affirmer des résultats clairs. Il est également ressorti, dans une étude, que les femmes ayant un antécédent de fausse couche étaient plus à risque de stress durant la grossesse suivante que les femmes ayant deux antécédents de fausses couches.

Au sujet de l'anxiété, la majorité des résultats penchent vers une augmentation du risque d'anxiété chez la femme ayant un antécédent de fausse couche et menant une prochaine grossesse à terme. Le risque semblerait majoré au premier trimestre. Les résultats ne sont cependant pas significatifs lors du deuxième trimestre et se contredisent pour le troisième trimestre.

À propos de la dépression, les différentes études ne parviennent pas à une conclusion commune. Toutefois, dans un article, il est ressorti qu'il n'y avait pas de différence entre une femme ayant un ou deux antécédents de fausse couche.

Conclusion : Les cinq articles n'aboutissent pas à des résultats similaires. Seules les investigations des taux d'anxiété apportent des résultats significatifs quant au risque des femmes ayant un antécédent de fausse couche et menant une prochaine grossesse à terme. Cependant, les différentes conclusions mènent toutes à la même affirmation : la nécessité d'entreprendre des études supplémentaires est essentielle afin de pouvoir accompagner les femmes ayant un antécédent de fausse couche durant leur grossesse suivante.

Mots-clés : Fausse-couche ; stress ; anxiété ; dépression ; grossesse.

Abstract

Introduction: Miscarriage is a significant event that will affect about one in five women over the course of their lives. A better understanding of the psychological impact of such a loss of pregnancy could enable us to adapt the support we provide to these women who are carrying their subsequent pregnancy to term.

Objective(s): The aim of this study was to evaluate the psychological impact of a previous miscarriage experience (< 20 weeks of gestation) on the levels of stress, anxiety, and pre- and post-partum depression in women with a full-term pregnancy.

Method: We found five articles, on the PubMed database, which enabled us to answer our issue.

Results: As far as stress is concerned, two studies contradict each other and do not provide clear results. One study also found that women with one previous miscarriage were at greater risk for stress during the next pregnancy than women with two previous miscarriages.

Regarding anxiety, most results point to an increased risk for anxiety in women with a history of miscarriage who are carrying their next pregnancy to term. The risk appears to be higher during the first trimester. However, the results are not significant in the second trimester and contradict each other in the third trimester.

Regarding depression, the various studies do not come to a common conclusion. However, one article suggested that there was no difference between women with one or two previous miscarriages.

Conclusion: The five articles do not report identical results. Only the investigations into anxiety levels revealed significant results regarding the risk of women with a history of miscarriage carrying their next pregnancy to term. However, the different studies all lead to the same conclusion: further research is necessary to provide appropriate support to women with a history of miscarriage during their subsequent pregnancy.

Keywords: miscarriage; stress; anxiety; depression; pregnancy.

Liste des abréviations

aOR	Adjusted Odds Ratio (rapport de cotes ajusté)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CI	Confidence Interval (intervalle de confiance)
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FC	Fausse couche
HEdS-GE	Haute école de santé Genève
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portal
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
IRB	Institut de Recherche en Biotechnologie
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds Ratio (rapport de cotes)
PICO	Population, Intervention, Comparaison, Outcomes
PSS	Perceived Stress Scale
RS	Résultats significatifs
RNS	Résultats non significatifs
SA	Semaines d'aménorrhée
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised
STAI	Short-form State-Trait Anxiety Inventory
TOPFA	Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly (interruption de grossesse pour anomalies fœtales)

Table des matières

Déclaration.....	i
Remerciements.....	ii
Résumé	iv
Abstract.....	v
Liste des abréviations.....	vi
Liste des tableaux	x
Liste des figures.....	x
1. Questionnement professionnel	1
2. Cadre de référence théorique	4
2.1 Fausse couche	4
2.1.1 Définition	4
2.1.2 Étiologie.....	4
2.1.3 Facteurs de risque.....	5
2.1.4 Prise en charge	5
2.1.5 Risques obstétricaux lors des grossesses suivantes	6
2.1.6 Vécu d'une fausse couche	6
2.2 Santé psychique	7
2.3 Stress et anxiété	8
2.3.1 Stress	8
2.3.1.1 Stress périnatal	8
2.3.2 Anxiété	9
2.3.2.1 Anxiété état et anxiété de trait.....	9
2.3.2.2 Anxiété périnatale	9
2.4 Dépression périnatale	10
2.4.1 Diagnostic.....	10
2.4.2 Risques de la dépression post-partum sur la femme et l'enfant	10
2.4.3 Facteurs de risque.....	11
3. Problématique	12
4. Méthode : Recherche de littérature	13
4.1 Modèle PICO.....	13
4.2 Présentation des bases de données.....	14
4.3 Description des équations de recherche et résultats obtenus	14
4.3.1 Limites et contraintes du choix des articles.....	15
4.4 Présentation des critères de sélection	15
4.5 Articles sélectionnés	16
5. Présentation des articles.....	17
6. Articulation des résultats	22

6.1	Impact sur le stress	22
6.1.1	Durant la grossesse	22
6.1.2	En fonction du nombre d'antécédents de fausses couches	22
6.2	Impact sur l'anxiété	22
6.2.1	Durant la grossesse	22
6.2.2	En fonction du trimestre de grossesse	23
6.2.2.1	1 ^{er} trimestre	23
6.2.2.2	2 ^{ème} trimestre	24
6.2.2.3	3 ^{ème} trimestre	24
6.2.3	En fonction du nombre d'antécédents de fausses couches	24
6.3	Impact sur la dépression.....	25
6.3.1	Durant la grossesse	25
6.3.2	En fonction du nombre d'antécédents de fausses couches	25
6.3.3	Durant le post-partum.....	25
7.	Discussion.....	27
7.1	Antécédent de fausse couche et risque de stress	27
7.1.1	Perte périnatale et fausse couche : lien entre les résultats.....	27
7.1.2	Période de la grossesse évaluée	27
7.1.3	Proportion de l'échantillon.....	28
7.1.4	Choix des critères d'inclusion.....	28
7.1.5	Impact du nombre d'antécédents de fausses couches sur le stress.....	29
7.2	Antécédent de fausse couche et risque d'anxiété.....	29
7.2.1	Échelles utilisées.....	29
7.2.2	Lieu de l'étude	30
7.2.3	Proportion de l'échantillon.....	31
7.2.4	Période de la grossesse évaluée	31
7.2.5	Facteur influençant le risque d'anxiété chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche.....	32
7.2.5.1	Nombre de pertes de grossesse antérieures	32
7.2.5.2	Le rôle du soutien social	32
7.3	Antécédent de fausse couche et risque de dépression.....	32
7.3.1	Échelles utilisées.....	32
7.3.2	Lieu de l'étude	33
7.3.3	Période de la grossesse évaluée	33
7.3.4	Choix des critères d'inclusion.....	34
7.3.5	Proportion de l'échantillon.....	34
7.4	Forces et limites de notre travail.....	35
7.4.1	Forces	35
7.4.2	Limites	35
8.	Éthique	38
9.	Retour dans la pratique	39

Conclusion.....	42
Liste de références.....	43

Liste des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés et MeSH Terms définis selon la méthode PICO	13
Tableau 2 : Articulation des mots-clés et résultats.....	14
Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion	15

Table I : Article 1	17
Table II : Article 2	18
Table III : Article 3	19
Table IV : Article 4	20
Table V : Article 5.....	21

Liste des figures

Figure 1 : Risque de fausse couche par rapport à l'âge gestationnel	4
Figure 2 : Détresse psychologique dans la population suisse	7

1. Questionnement professionnel

Lors de notre deuxième année Bachelor, nous avons eu l'opportunité d'effectuer un travail de recherche. Nous avons souhaité traiter un sujet d'actualité et qui, de plus, touche une grande partie de la population. De ce fait, nous nous sommes penchées sur nos expériences de stages précédentes et également sur les différents vécus de quelques personnes de notre entourage.

En tant qu'étudiantes sage-femmes, nous avons été particulièrement interpellées par le lever de voile discret et prudent mené sur le sujet des fausses couches (FC) et les prises en charge qui en découlent : comment accompagner, de la meilleure des manières, les femmes ayant un antécédent de fausse couche ?

On constate que 20% des grossesses ne dépassent pas les 20 semaines d'aménorrhée (SA), ce qui, par conséquent, impacte considérablement la population en âge de procréer (McCarthy et al., 2015). Il a été mis en évidence que les fausses couches, entre autres, étaient régulièrement la cause d'anxiété et de dépression (McCarthy et al., 2015).

Selon Herbert D. et al. (2022), il est significatif de dire que les femmes sont plus à risque de souffrir d'anxiété ou de dépression à la suite d'une fausse couche précoce (Herbert et al., 2022).

L'écoute d'un podcast, en avril dernier, a continué à retenir notre attention de futures professionnelles de la santé quant au vécu des femmes face à cet événement de vie et ses retentissements psychologiques.

Dans l'extrait suivant du podcast « Fausses couches précoces : vraie souffrance », nous avons pu entendre :

J'ai été tellement surprise par le fait qu'on me dise, ben voilà votre ordonnance pour les antidouleurs et basta. Donc on était très sûr du physique, mais moi dans ma tête je ne vais pas bien. Je n'avais aucune idée de à quelle porte taper, ce n'est pas facile en fait. Et je me suis dit, je ne vais pas y arriver toute seule, ce n'est pas possible.

Tulet, A. (journaliste). (2022, 10 avril). « Fausses couches précoces : vraie souffrance » [Audio]. In *Interception*. Radio France Inter.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/interception/interception-du-dimanche-10-avril-2022-2911020>

À partir de ce témoignage et tant d'autres recueillis en consultations, le constat était que la majorité des femmes auraient eu besoin, a posteriori, d'un suivi plus rapproché ou d'un soutien psychologique des suites de ce traumatisme. Ce manque de considération et de prise au sérieux a pu, pour certaines, avoir des conséquences dans le lien de confiance établi avec le personnel médical ou encore des retentissements plus psychologiques sur leur santé.

Ainsi, les problématiques de la fausse couche précoce et des risques de pathologies psychiques en découlant, sujet encore si tabou dans notre société, mais qui touche

silencieusement beaucoup de personnes, ont retenu notre attention (Organisation mondiale de la Santé, 2023) (OMS).

Dans un aspect plus global, il est à prendre en considération que la grossesse et le post-partum sont des périodes susceptibles d'engendrer des troubles anxieux : 20,7% des femmes enceintes développent au moins un trouble anxieux durant la période péri-partum (Fawcett et al., 2019). Selon Nakić Radoš S. (2018), l'anxiété est un trouble psychologique particulièrement commun lors d'une grossesse. Environ 30% des femmes enceintes vont connaître des symptômes d'anxiété, de dépression ou de stress au fil de leur grossesse (Nakić Radoš, 2018).

En effet, selon Smythe et al. (2022), le taux d'anxiété chez les mères lors d'une grossesse serait en tout cas d'environ 13% (Smythe et al., 2022).

La littérature montre que durant la période post-natale, les femmes risquent de développer des pathologies psychiatriques, comme la dépression du post-partum qui touche en moyenne 14% des femmes. À noter que ces pourcentages concernent des grossesses sans particularité, en ne prenant en compte aucun antécédent obstétrical (Liu et al., 2022).

Selon les pays, le taux de dépression post-partum se situe entre 5,0% et 26,32%, ces données évoluant depuis plusieurs années de manière significative. Les pays en voie de développement ont des taux significativement plus élevés de dépression post-partum (Liu et al., 2022).

Il paraît intéressant de souligner les chiffres genevois en matière de dépression : la dépression prénatale représente 19,3% de la population, en post-accouchement les chiffres sont légèrement plus élevés avec une moyenne à 19,6% contre 18,6% pour la dépression après 6 semaines post-partum (Thèse C. Razurel, 2013).

Malgré tout, il semble que dans la pratique, un diagnostic de dépression pré-partum soit compliqué à poser clairement : selon Thombs B. et al. (2023), il est nécessaire de sensibiliser le personnel soignant à l'importance d'offrir de bons soins et de distinguer correctement les symptômes d'une dépression, ceux-là pouvant facilement être confondus avec des symptômes communs de la grossesse (Thombs et al., 2023).

Les conséquences de la dépression du post-partum sont nombreuses et alarmantes. Il peut s'agir d'une impossibilité à travailler, de problèmes d'ordres sociaux ; cela peut également déboucher sur une dépression dite chronique et surtout avoir un retentissement sur l'enfant.

De ce fait, qu'en est-il pour des femmes ayant vécu un événement traumatisant comme une fausse couche ? Sont-elles plus à risque de développer des troubles psychiques ?

Lors du cheminement de cette réflexion, un autre témoignage du podcast « Fausses couches précoces : vraie souffrance » nous a permis d'aller plus loin :

Je me suis rendu compte qu'à partir de ma deuxième fausse couche, j'avais extrêmement peur, mais une peur permanente sur ce côté « oui mais si je tombe enceinte et que je le perds », qui fait que quand j'attendais le bébé de ma troisième fausse couche, j'étais pétrifiée du début à la fin. La peur permanente, donc en fait c'était comme une cocotte-minute qui a juste explosé à ma troisième fausse couche.

Tulet, A. (journaliste). (2022, 10 avril). « Fausses couches précoces : vraie souffrance » [Audio]. In *Interception*. Radio France Inter.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/interception/interception-du-dimanche-10-avril-2022-2911020>

Qu'en est-il, alors, de la persistance du risque psychique, à la suite d'une fausse couche, lors d'une grossesse future ?

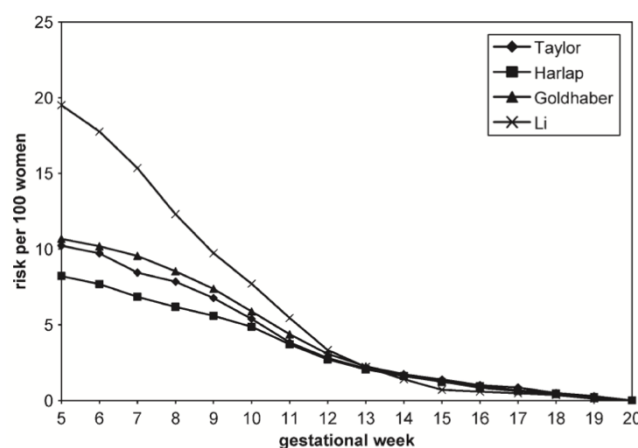
2. Cadre de référence théorique

2.1 Fausse couche

2.1.1 Définition

La fausse couche est définie comme la perte d'un embryon ou d'un fœtus d'un âge gestationnel inférieur à 20 SA (Lazarides et al., 2021). Il existe une différence de terminologie pour définir la perte de la grossesse. On parle de fausse couche précoce pour une grossesse inférieure à 14 SA et de fausse couche tardive lorsque la grossesse est supérieure ou égale à 14 SA et jusqu'à 20 ou 22 SA selon la littérature (Delabaere et al., 2014). Cet événement touche jusqu'à 20% des grossesses (McCarthy et al., 2015). 80% des abortus surviennent durant le premier trimestre de la grossesse. En effet, le risque de fausse couche décroît progressivement plus la grossesse est avancée et reste un événement peu commun lors du deuxième trimestre (figure 1)(Ammon Avalos et al., 2012).

Figure 1 : Risque de fausse couche par rapport à l'âge gestationnel



Tiré de : (Ammon Avalos et al., 2012)

L'abortus peut se manifester sous plusieurs formes. Il y a tout d'abord l'œuf clair, qui est défini comme un sac gestationnel sans embryon. Ce type de fausse couche est dû à un incident lors de la division cellulaire. Il existe également la grossesse non évolutive. Comme son nom l'indique, elle résulte de l'arrêt du développement de l'embryon. Elle survient généralement à la suite d'une anomalie lors de la fécondation. Enfin, la grossesse peut disparaître, diminuer de taille ou stagner dans sa croissance, malgré un embryon déjà visualisé. Elle se manifestera par une fausse couche incomplète (début d'expulsion) ou complète (expulsion complète) (Hôpitaux universitaires de Genève et al., 2023) (HUG).

2.1.2 Étiologie

La fausse couche, quelle que soit sa forme, est un événement imprévisible. Les étiologies de l'abortus sont diverses. Dans la majorité des cas, la cause est chromosomique (50-60% des cas). Cependant, plus la perte de la grossesse est tardive, plus la cause de l'anomalie chromosomique est faible (70% des étiologies jusqu'à 6 SA ; 50% des étiologies les 10 premières SA ; 5% des étiologies au-delà de 12 SA). Les anomalies congénitales sont également une cause de fausse couche. Ces anomalies sont, en soi, non viables même si la

grossesse arrive à terme. Les infections sont également une étiologie de la fausse couche, qu'elles soient locales ou généralisées. Les malformations utérines, dont le septum utérin, peuvent entraîner des fausses couches, voire des fausses couches à répétition si la malformation n'est pas traitée (Zabak et al., 2001). Il existe également toutes les causes endocriniennes, immunologiques, iatrogènes, les expositions professionnelles et les médicaments (Hôpitaux universitaires de Genève et al., 2023).

À partir de trois fausses couches consécutives, des tests cytogénétiques des tissus du fœtus sont proposés. L'objectif de ces examens est de déterminer si les pertes de grossesse sont liées à des problématiques chromosomiques ou génétiques (Melo et al., 2023). À la suite de ces examens, un diagnostic pré-implantatoire (DPI) peut également être proposé pour les couples porteurs de maladies génétiques ou d'anomalies chromosomiques.

2.1.3 Facteurs de risque

La fausse couche est un événement qui peut toucher toute femme enceinte. Il existe cependant des facteurs de risque tels que :

L'âge maternel : le risque de fausse couche peut atteindre 74% à 40 ans (Dugas & Slane, 2023).

L'antécédent d'avortus : le risque de fausse couche lors d'une future grossesse est d'environ 20% après 1 fausse couche, de 28% après 2 fausses couches consécutives et de 43% après 3 fausses couches consécutives ou plus (Dugas & Slane, 2023).

Les comorbidités et antécédents maternels (infections bactériennes et virales, diabète, obésité, pathologies thyroïdiennes, thrombophilies, stress, grossesse sur stérilet) ou encore le tabagisme, la caféine et la consommation d'alcool semblent augmenter également le risque de fausse couche, tout comme l'exposition aux toxines, aux polluants et à d'autres facteurs environnementaux.

L'hémorragie sous-chorionique ou l'hématome, en particulier lorsqu'il représente 25 % ou plus du volume du sac gestationnel peut être la cause de pertes de grossesse (Hôpitaux universitaires de Genève et al., 2023).

2.1.4 Prise en charge

Quelles que soient la forme et la raison de cet avortus, il a pour conséquence la perte de la grossesse. Il existe deux situations possibles : soit la fausse couche est complète et ne nécessite pas d'intervention médicale, soit il faut induire l'expulsion de l'embryon/du fœtus ou de matériel potentiel restant dans la cavité utérine.

Pour cela, il existe trois types de prises en soins. Pour commencer, il y a la méthode expectative : elle consiste simplement à laisser le corps évacuer la grossesse naturellement, sans intervention médicale. Cependant, cette méthode est associée à un plus grand risque de complications et peut nécessiter une intervention chirurgicale en urgence (Ghosh et al., 2021). Ensuite, il existe la méthode médicamenteuse : elle peut être utilisée en l'absence de contre-

indication comme une anémie sévère, des troubles de la coagulation ou une infection (Dugas & Slane, 2023).

Pour finir, la méthode chirurgicale : il s'agit du procédé avec le taux de réussite le plus élevé, mais également le plus invasif. L'évacuation chirurgicale est préférée chez les femmes présentant une hémorragie, une instabilité hémodynamique ou des signes d'infection (Dugas & Slane, 2023)(Ghosh et al., 2021).

Les complications les plus importantes lors d'une fausse couche sont l'hémorragie et l'endométrite, voire le sepsis (Hôpitaux universitaires de Genève et al., 2023).

2.1.5 Risques obstétricaux lors des grossesses suivantes

Les conséquences d'un abortus sont autant physiques que psychologiques, mais les fausses couches ont également des conséquences sur la santé à long terme. Elles sont évocatrices de potentiels problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires et thrombo-emboliques.

La fausse couche, et particulièrement les fausses couches à répétition, peuvent amener à un risque élevé de complications obstétricales lors d'une prochaine grossesse, comme la naissance prématurée, le retard de croissance fœtale, le décollement placentaire et la mortinaissance (Quenby et al., 2021).

2.1.6 Vécu d'une fausse couche

La fausse couche est un événement imprévisible, qui peut amener à un sentiment de perte de contrôle (Farren et al., 2020). Bien que la perte soit précoce, de nombreux auteurs considèrent que cette fausse couche peut être vécue comme un deuil (Séjourné et al., 2009).

Elle peut avoir des conséquences psychologiques importantes. Il est décrit qu'après un abortus, les risques d'anxiété, de stress, de dépression et de suicide sont accrus (Quenby et al., 2021).

Au-delà de la sphère psychique, la fausse couche bouleverse également la vie de couple. Elle chamboule un projet de vie et surtout un projet de parentalité (Farren et al., 2020). La perte de la grossesse peut avoir des conséquences sur le vécu de la grossesse suivante, la parentalité et l'enfant à venir (Séjourné et al., 2009).

2.2 Santé psychique

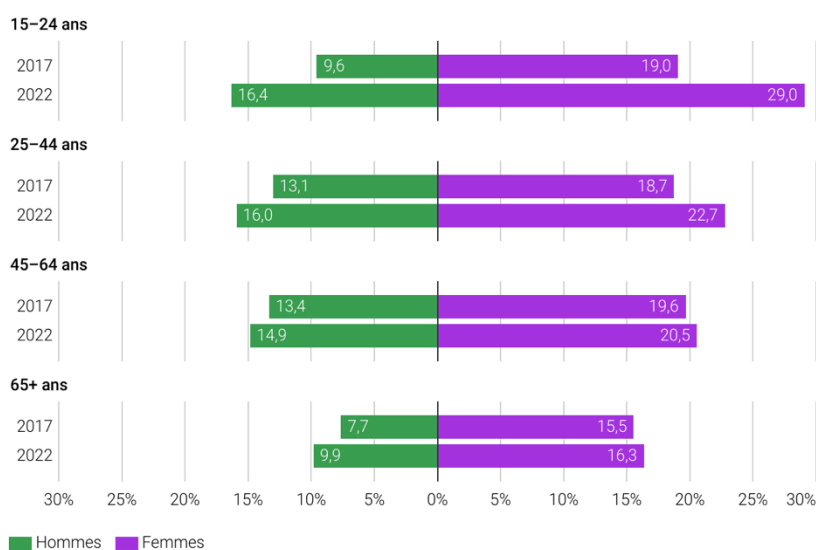
Selon l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 2022), « la santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique. »

Cette définition expose l'importance de la santé mentale dans différents aspects de la vie d'une personne et met en lumière les enjeux actuels de la société.

En effet, selon l'Office fédéral de la statistique, en 2023, une augmentation de la détresse psychologique dans la population suisse a pu être observée (Office fédéral de la statistique, 2023). Cette croissance est particulièrement marquée pour les personnes se trouvant dans la tranche d'âge entre 15 et 24 ans.

Figure 2 : Détresse psychologique dans la population suisse
Détresse psychologique moyenne ou élevée

Population de 15 ans et plus vivant en ménage privé



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS 2023

Tiré de : (Office fédéral de la statistique, 2023)

Il est également visible que les femmes souffrent en majorité plus que les hommes de détresse psychologique et cela depuis plusieurs années. Selon une professeure en sciences infirmières (S. P. Thomas, 2023), la santé mentale des femmes est particulièrement impactée négativement depuis ces dernières années. Effectivement, les femmes auraient tendance à souffrir de 50% plus de dépression que les hommes (S. P. Thomas, 2023).

Ces différentes statistiques et observations appuient l'impression générale d'une santé mentale en déclin, et cela particulièrement chez les femmes.

2.3 Stress et anxiété

Il est important de définir la différence entre le stress et l'anxiété, étant donné que, dans la littérature, ces deux termes peuvent souvent être mélangés et confondus, à tort.

Le stress se définit par la perception d'une menace réelle et définissable, qui va se produire dans un futur proche. Ce stress aura un impact autant physique et psychologique qu'émotionnel sur notre corps, qui nous permettra de faire face ou non à ce stress. Tandis que l'anxiété est une peur projective, diffuse et difficilement déterminable. Cette anxiété peut amener à un état de vigilance accru et à des comportements de prudence ou d'évitement (American Psychiatric Association, 2013).

Malgré ces différences théoriques, les différences biologiques entre ces deux états sont très complexes et restent encore un sujet de recherches (Daviu et al., 2019).

2.3.1 Stress

Selon Hébert (2020) :

« Le stress est déclenché par des événements actuels, c'est-à-dire qui se déroulent ici et maintenant ou se produiront dans un avenir très rapproché. Il entraîne une réaction de l'organisme nous permettant de faire face à une menace ou à une agression, réelle ou perçue. Cette réaction s'accompagne d'un inconfort corporel plus ou moins important » (Hébert, 2020).

Le stress est un processus d'adaptation face à un élément déclencheur, une nouvelle situation, qui menace un équilibre. Si cet équilibre est mis en péril, l'individu va se questionner sur ses propres ressources pour faire face à cette situation (Lazarus & Folkman, 1984). Lorsque l'individu ne retrouve pas en lui les ressources, il va se sentir dépassé et dans l'incapacité de s'adapter ; on parlera alors de stress perçu. Le stress perçu est, par conséquent, le reflet d'une difficulté d'adaptation, après réflexion de l'individu, face à un événement stressant, comme par exemple, une fausse couche (Razurel, 2016).

2.3.1.1 Stress périnatal

De nombreuses études définissent la période périnatale comme une période à risque de développer des troubles de santé mentale. De nombreux changements viennent bouleverser un équilibre, que ce soit physique, psychologique ou encore lié à la découverte de la parentalité/du rôle de parents. Ces changements demandent des ajustements d'un point de vue comportemental, émotionnel et cognitif. Toutes ces adaptations peuvent entraîner un stress, car la femme/le couple est/sont face à une situation nouvelle (Razurel et al., 2011).

Il a également été démontré que le stress périnatal est associé à des symptômes dépressifs, à l'anxiété et à un sentiment d'auto-efficacité parentale faible (Razurel et al., 2017).

Il existe différents facteurs de stress qui ont été décrits durant la période périnatale. Tous ces facteurs peuvent provoquer chez la femme du stress dit perçu (Razurel et al., 2013).

Il a de même été prouvé que plus les femmes ressentent du stress durant la période périnatale, plus leur sentiment de compétence est diminué. Il est donc important de détecter ce stress, afin de pouvoir accompagner au mieux ces femmes dans leur rôle de mère (Razurel et al., 2017).

2.3.2 Anxiété

Selon Hébert (2020) :

« L'anxiété est, pour sa part, une peur projective ou anticipative, c'est-à-dire orientée vers un avenir plus lointain. Cet état de trouble et d'agitation est aussi accompagné d'un malaise physique, au degré d'intensité variable. Les inquiétudes soulevées sont souvent excessives, voire irréalistes, et généralement alimentées par la métacognition – cette petite voix intérieure » (Hébert, 2020).

2.3.2.1 Anxiété état et anxiété de trait

Il existe deux types d'anxiété : l'anxiété état ou anxiété passagère, qui est un état d'hypervigilance en prévision d'une menace déclenchée, le plus souvent, par un stress aigu ; et l'anxiété trait ou trouble anxieux, qui peut être définie comme la prédisposition d'un individu à exprimer une anxiété constante. C'est un facteur stable proche des traits de caractère, propres à un individu. L'anxiété trait augmente le risque d'anxiété état, lorsqu'un événement potentiellement dangereux survient (Daviu et al., 2019). On définit le trouble anxieux par une anxiété persistante (souvent supérieure à 6 mois). Mais cette notion de durée est flexible selon les contextes. Pour diagnostiquer un trouble anxieux, il est nécessaire qu'un professionnel évalue l'importance de l'anxiété ressentie chez la personne, qui peut souvent la surestimer. Il est important également d'exclure toutes causes médicamenteuses ou dues à une affection médicale avant de diagnostiquer un trouble anxieux (American Psychiatric Association, 2013).

Selon les définitions suivantes, le parallèle avec le vécu d'une fausse couche peut être fait : les femmes pourraient souffrir autant d'une anxiété état dans un premier temps, qui se transformerait, à long terme, en une anxiété trait.

2.3.2.2 Anxiété périnatale

Durant la grossesse, la prévalence de troubles d'anxiété a été estimée entre 33% et 59% (Razurel et al., 2017).

L'anxiété prénatale a un impact sur les issues obstétricales. Elle augmente le risque d'accouchement prématuré spontané, de petit poids de naissance, de retard de croissance intra-utérin et de périmètre crânien plus petit également (Grigoriadis et al., 2018).

2.4 Dépression périnatale

La dépression périnatale est un trouble qui survient durant la grossesse et jusqu'à 4 semaines après l'accouchement (American Psychiatric Association, 2013). Cependant, il a été mis en évidence que le risque peut être présent jusqu'à 6 semaines post-partum (Thèse C. Razurel, 2013).

La dépression post-partum a été classifiée comme un « trouble dépressif majeur avec un début lors du post-partum » dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Payne & Maguire, 2019).

2.4.1 Diagnostic

Elle est décrite, comme la dépression majeure non périnatale, avec certains critères diagnostiques tels que : une combinaison d'humeur dépressive, de perte d'intérêt, d'anhédonie¹, de troubles du sommeil et de l'appétit, de troubles de la concentration, troubles psychomoteurs, fatigue, sentiments de culpabilité ou d'inutilité et pensées suicidaires, qui sont présents pendant une période de deux semaines et constituent un changement par rapport au fonctionnement précédent (Stewart & Vigod, 2019). Afin de diagnostiquer une dépression périnatale, il faudra au minimum 5 de ces symptômes durant une période d'au moins deux semaines.

Il est également nécessaire que les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ces symptômes ne doivent pas pouvoir être mis en corrélation avec des substances ou une affection médicale générale. Il faut également exclure d'autres troubles (schizophrénie, troubles délirants, troubles psychotiques...) et la présence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques (American Psychiatric Association, 2013).

Il s'agit d'une pathologie souvent sous-diagnostiquée et, par conséquent, également sous-traitée. Il a été décrit que 50% des femmes souffrant de dépression post-partum ne sont pas diagnostiquées (Payne & Maguire, 2019).

2.4.2 Risques de la dépression post-partum sur la femme et l'enfant

Cet état affecte autant le physique que le mental de la femme, mais également son enfant : ce dernier aura tendance à avoir moins d'engagement social, plus de sentiments négatifs et un taux de cortisol plus élevé que la normale (Liu et al., 2022). Une dépression du post-partum peut, dans le pire des cas, conduire à une psychose, voire à un suicide maternel, représentant la plus grande cause de décès maternel post-natal (Guillard & Gressier, 2017). Selon Payne J. & Maguire J., le suicide maternel des suites d'une dépression représente 20% des décès maternels (Payne & Maguire, 2019).

¹ Définition : perte de la capacité à ressentir le plaisir (Guillard et al., 2013)

2.4.3 Facteurs de risque

La physiopathologie de la dépression périnatale est encore méconnue. Cependant, des facteurs de risque ont été mis en avant dans la littérature. Les facteurs environnementaux, tels que des expériences de vie antérieures défavorables, les antécédents de dépression et de troubles anxieux, un manque de soutien social, un stress financier et/ou conjugal et d'événements indésirables de la vie, comme par exemple le vécu d'une fausse couche (Payne & Maguire, 2019). Jusqu'à récemment, de nombreuses études examinant le rôle du stress se sont concentrées sur les facteurs de stress de la vie pendant la période péri-partum. Il en est ressorti que la femme souffrant de dépression post-partum avait des scores d'indice de stress quotidien (ESI) trois fois plus élevés que chez des témoins sains (Guintivano et al., 2018). De plus, les événements indésirables de la vie en tant que facteurs de risque de dépression post-partum ont été récemment explorés. Il semblerait que les femmes ayant vécu plusieurs événements indésirables présenteraient un risque trois fois accru de dépression post-partum. (Guintivano et al., 2018).

De ce fait, le vécu d'une fausse couche peut être défini comme un événement indésirable et, peut mener à un risque de dépression post-partum plus élevé.

3. Problématique

Il a donc été mis en évidence qu'une assez grande population de femmes a des antécédents de fausses couches précoces. Ces événements sont souvent minimisés et pris en charge d'un point de vue physique, mais encore rarement psychologique.

Un lien entre des antécédents de fausses couches et des pathologies psychiques est relevé dans la littérature, ces dernières étant en augmentation dans le monde entier.

Les recherches montrent que ces problématiques psychiques revêtent plusieurs aspects : il est souvent question de dépression post-fausse couche, d'anxiété ou de stress liés à cet événement décrit comme traumatique. Sur cette question, les lectures sont assez claires concernant la difficulté augmentée de ces femmes et de ces couples à faire face à ces symptômes cliniques.

Qu'en est-il de la persistance de ces symptômes à plus long terme ? De quelle façon une fausse couche antérieure peut-elle impacter une grossesse future ?

Dans la pratique sage-femme, le suivi et le soutien d'une grossesse sont au cœur de la profession. De ce fait, le questionnement s'impose quant à la prise en charge de femmes avec des antécédents de fausses couches et qui expérimenteraient une nouvelle grossesse consécutive à terme.

« Quel est l'impact d'un antécédent de fausse couche sur les taux de stress, d'anxiété et de dépression pré- et post-partum chez les femmes qui mènent une prochaine grossesse à terme ? »

4. Méthode : Recherche de littérature

4.1 Modèle PICO

Pour débiter nos recherches, nous avons élaboré, grâce la méthode PICO, un tableau recensant nos concepts principaux en lien avec notre thématique de recherche. À partir de ces concepts, nous avons défini des mots-clés que nous avons introduits dans le portail HeTOP. Cela nous a permis de créer les termes MeSH en français et en anglais. Les termes MeSH sont des mots ou des phrases officiels pour représenter des concepts biomédicaux (Baumann, 2016).

Tableau 1 : Mots-clés et MeSH Terms définis selon la méthode PICO

	Concepts/ Thèmes	Mots-clés libres en français	HeTOP français	HeTOP anglais	Mots-clés libres en anglais
P	Les femmes, ayant un antécédent de fausse couche, qui mènent une prochaine grossesse à terme	Fausse couche Prochaine grossesse	Avortement spontané	Spontaneous abortion	Miscarriage Pregnancy loss Previous loss Previous pregnancy Following pregnancy Next pregnancy Subsequent pregnancy Previous miscarriage Perinatal loss
I	-				
C	Femme n'ayant pas d'antécédent de fausse couche				
O	Taux de stress, d'anxiété et de dépression pré- et post-partum	Stress Anxiété Dépression	Stress psychologique Anxiété Dépression Dépression post-partum	Stress, psychological Anxiety Depression Depression, Postpartum	Psychiatric symptoms Psychological support Psychology Impact Perinatal mental health

4.2 Présentation des bases de données

Nous avons commencé nos recherches sur la plateforme PubMed via MEDLINE. Cette base de données regroupe des informations biologiques du domaine de la santé.

Bien que nous ayons, finalement, trouvé tous nos articles sur cette plateforme, nous avons tout de même choisi d'élargir nos recherches sur CINHALL. De son côté, CINHALL est également une base de données regroupant des articles sur les sciences infirmières, de la santé et paramédicale. Cependant, les recherches sur cette plateforme n'ont pas abouti à des résultats satisfaisants et cela nous a contraintes à n'utiliser que PubMed.

4.3 Description des équations de recherche et résultats obtenus

Le tableau suivant regroupe nos équations de recherche ainsi que nos résultats. Nous avons cherché, lors de la création de nos associations de mots-clés, à obtenir un résultat ciblé afin de ne pas nous noyer dans des centaines d'articles.

Par ce processus, nous avons pu sélectionner les cinq articles qui ont retenu notre attention pour la suite de notre travail.

Tableau 2 : Articulation des mots-clés et résultats

Base de données	Associations de mots-clés	Nombre de résultats	Articles sélectionnés pour le travail de Bachelor
PubMed	Previous miscarriage AND depression (Filtre: 2015-2023)	57 résultats	C Bicking Kinsey et al. (2015) → 7 ^{ème} résultat
PubMed	Spontaneous abortion AND psychiatric symptoms (Filtre : 2015-2023)	84 résultats	E Haghparast et al. (2016) → 3 ^{ème} résultat
PubMed	Anxiety AND depression AND perinatal loss AND following pregnancy (Filtre: 2015-2023)	35 résultats	A Hunter et al. (2017) → 10 ^{ème} résultat
PubMed	Previous loss AND depression AND subsequent pregnancy (Filtre : 2015-2023)	11 résultats	FP McCarthy et al. (2015) → 1 ^{er} résultat
PubMed	Previous pregnancy AND perinatal mental health AND subsequent pregnancy (Filtre : 2015-2023)	23 résultats	G D. Shapiro et al. (2017) → 1 ^{er} résultat

4.3.1 Limites et contraintes du choix des articles

Nous avons débuté nos recherches en utilisant les termes MeSH en lien avec notre thématique et en appliquant un filtre temporel réduisant nos recherches aux publications parues durant les cinq dernières années.

Nous avons pu constater que le nombre de résultats était restreint et pas toujours en accord avec notre sujet. Nous avons, par conséquent, décidé d'élargir nos recherches aux articles datant des huit dernières années. Ce choix nous a permis d'avoir un panel d'articles plus large et plus en lien avec notre sujet.

Cependant, nous nous sommes confrontées à une autre difficulté en lien avec le choix de notre sujet : certains articles répondant à notre problématique incluaient dans leurs études toutes les pertes de grossesse. Nous avons donc ciblé nos recherches en utilisant des synonymes du terme « spontaneous abortion », afin de limiter les pertes de la grossesse à la fausse couche. Cette adaptation de nos recherches, nous a permis de viser les articles spécifiques aux pertes de grossesses précoces. Cependant, nous avons été face à une autre difficulté : la définition d'une fausse couche. Dans notre cadre de référence, nous l'avons définie comme une perte de grossesse spontanée avant 20 semaines d'aménorrhée. Néanmoins, certains articles n'avaient pas la même définition de la fausse couche et cela a également restreint nos possibilités d'articles.

Grâce à toutes ces adaptations de recherche, nous avons pu choisir les cinq articles correspondant à notre sujet de recherche.

4.4 Présentation des critères de sélection

Nous avons également défini des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'affiner nos critères quant à notre choix des cinq articles.

Tableau 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Pertinence des sujets des articles en lien avec la question de recherche	Population étudiée trop restreinte ou insuffisante
Articles scientifiques rédigés en français et en anglais	Pathologies obstétricales associées
Articles scientifiques publiés durant les 10 dernières années	Études prenant en compte toutes les pertes de grossesse
Fausse couche jusqu'à 20 SA	Pathologies psychiatriques déjà connues
Échelles de stress, d'anxiété et de dépression utilisées, citées	Interruptions thérapeutiques de grossesse
Études quantitatives	

4.5 Articles sélectionnés

- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2015). Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms during Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study. *Maternal and child health journal*, 19(2), 391-400. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1521-0>
- Haghparast, E., Famarzia, M., & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(5). <https://doi.org/10.12669/pjms.325.10909>
- Hunter, A., Tussis, L., & MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>
- McCarthy, F., Moss-Morris, R., Khashan, A., North, R., Baker, P., Dekker, G., Poston, L., McCowan, L., Walker, J., Kenny, L., & O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(13), 1757-1764. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13233>
- Shapiro, G. D., Séguin, J. R., Muckle, G., Monnier, P., & Fraser, W. D. (2017). Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 38(2), 121-132. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1271979>

5. Présentation des articles

Table I : Article 1

Titre: Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms during Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study Auteurs: Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2015) Journal: Maternal and child health journal			
Objectif : Tester l'hypothèse que les femmes nullipares avec un antécédent de fausse couche ont un risque plus élevé de dépression durant la fin de la grossesse, à 1 mois, 6 et 12 mois post-partum, en comparaison des femmes sans antécédent de fausse couche.			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Étude de cohorte longitudinale Population : 448 femmes enceintes avec un antécédent de fausse couche et 2'343 femmes enceintes sans antécédent de fausse couche Exclusion : Patientes ne parlant pas anglais ou espagnol, grossesse multiple, antécédent d'accouchement d'un fœtus mort-né de plus de 20 semaines de gestation, antécédent de césarienne, une PMA, enfant donné à l'adoption, ligature des trompes post-accouchement, pas de téléphone, ne peuvent pas participer à l'étude sur une durée de 3 ans Outils : EPDS ¹ Éthique : Cette étude a été approuvée par la commission institutionnelle d'examen du centre médical Penn State Hershey ainsi que par les hôpitaux participant à l'étude. Des consentements écrits ont été signés par tous les participants	Phase : Entretiens téléphoniques avec les femmes participant à l'étude au cours du troisième trimestre (au moins 30 semaines de gestation) et à 1, 6, et 12 mois après l'accouchement Période et lieu : État de Pennsylvanie aux Etats-Unis entre janvier 2009 et avril 2011	Durant le troisième trimestre, les résultats ne sont pas significatifs : (OR 0.89, 95% CI 0.55 – 1.44) A 1 mois post-partum, les résultats sont significatifs : (OR 1.66, 95% CI 1.03 – 2.69) A 6 mois post-partum, les résultats ne sont pas significatifs : (OR 1.08, 95% CI 0.61 – 1.88) A 12 mois post-partum, les résultats ne sont pas significatifs : (OR 1.25, 95% CI 0.72 – 2.17)	Forces : - Population de grande taille Limites : - Type de perte de grossesse s'arrêtant seulement aux fausses couches et ne prenant pas en compte toutes les pertes de grossesse (mort néonatale, interruption médicale de grossesse, mort in utéro) - EPDS ¹ légèrement modifiée par rapport à l'original, par conséquent les tests de validité n'ont pas été effectués sur cette nouvelle version - Les femmes ayant été exclues de l'échantillon en raison de données manquantes ou perdues de vue, étaient plus jeunes ; moins susceptibles d'être mariées, de race blanche non hispanique, instruites ou d'avoir des antécédents de fausses couches ; plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et la dépression, les résultats pourraient par conséquent avoir un biais de sélection
Note : ¹ Edinburgh Postnatal Depression Scale			

Table II : Article 2

Titre: Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. Auteurs : Haghparast, E., Famarzia, M., & Hassanzadeh, R. (2016) Journal : Pakistan Journal of Medical Sciences			
Objectif : Cette étude évalue les implications des antécédents d'avortement spontané sur les symptômes psychiatriques des femmes et la détresse liée à la grossesse lors d'une grossesse ultérieure de moins d'un an après l'avortement spontané.			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Étude de cas-témoins Population : 100 femmes enceintes ayant des antécédents d'avortements spontanés au cours de la dernière année et 100 femmes enceintes sans antécédents d'avortements spontanés Inclusion : Femmes enceintes de plus de 18 ans, ayant fait au moins 5 ans d'études Outils : Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Éthique : L'approbation éthique a été accordée par le Comité d'éthique de l'éducation médicale de l'université islamique d'Azad	Phase : Les 100 femmes ayant eu des antécédents de FC ont été recrutées durant des consultations prénatales. Les 100 femmes n'ayant aucun antécédent de FC ont été recrutées dans des cliniques externes en consultation prénatale. Les variables socio-démographiques et les informations sur la grossesse ont été obtenues lors de l'entretien. Le chercheur a distribué les questionnaires aux répondantes lors de la visite prénatale. Toutes les participantes des deux groupes ont rempli la liste de contrôle des symptômes-90-révisée (SCL-90-R) Période et lieu : Babol (Iran), dans sept cliniques prénatales de santé publique, de septembre 2014 à mai 2015	SCL-90-R : Les femmes ayant des antécédents d'avortements spontanés avaient une moyenne significativement plus élevée dans de nombreuses sous-échelles de l'échelle SCL-90-R que les femmes sans antécédent d'avortement spontané. Les femmes ayant un antécédent d'avortement spontané étaient plus à risque de : Dépression (Mean square= 1076.48, F = 18,35, p<0,001) Anxiété (Mean square = 524.86, F = 16,62, p<0,001)	Limites : - Étude transversale - L'étude a évalué les troubles psychiatriques uniquement par rapport aux problèmes liés spécifiquement à la grossesse

Table III : Article 3

Titre: The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis Auteurs: Amanda Hunter, Lorena Tussis, Angus MacBeth Journal: Journal of Affective Disorders 223 (2017)			
Objectif : Cette méta-analyse a cherché à générer des résultats pour la présence d'anxiété, de dépression et de stress pour les femmes et leurs partenaires, en relation avec les groupes de contrôle, afin de modéliser des potentiels modérateurs de ces incidences.			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Méta-analyse Population : 5'114 femmes avec un antécédent de FC et 30'272 femmes sans antécédent de FC. N = 19 Inclusion : Les études cas-témoins en anglais utilisant des mesures validées de l'anxiété, de la dépression ou du stress chez les femmes ou les partenaires pendant la grossesse à la suite d'une perte périnatale ont été incluses Éthique : La méta-analyse n'impliquait pas le recrutement de participants et n'était pas soumise à des processus d'examens éthiques externes	Phase : Les termes utilisés lors des recherches étaient : "depression, anxiety, or stress with perinatal loss (miscarry, perinatal death, spontaneous abortion, fetal death, stillbirth, intrauterine death, TOPFA ¹) and subsequent pregnancy" Période et lieu : Les bases de données : (Medline, PsychInfo, Embase Cinhal Plus) et la littérature grise recherchée de 1995 à mai 2016	Stress : pas de résultats significatifs pour tous types de perte périnatale ($d = -0.002$, 95% CI = $-0.0639-0.0605$, $Z = -0.05$, $p = 0.96$, $k = 3$) Anxiété : Résultats significatifs pour tous les types de perte de grossesse ($d = 0.85$, 95% CI = $0.52-1.19$, $p = < 0.0001$, $k = 7$) et spécifiquement pour les fausses couches ($d = 0.45$, 95% CI = $0.18-0.72$, $p = < 0.0001$, $k = 5$) Anxiété pour les pertes de grossesse en général par trimestre : 1 ^{er} trimestre résultats significatifs ($d = 0.61$, 95% CI = $0.26-0.95$, $p = < 0.0001$, $k = 4$) 2 ^{ème} trimestre résultats non significatifs ($d = 0.44$, 95% CI = $-0.01-0.90$, $p = < 0.0001$, $k = 5$) 3 ^{ème} trimestre résultats significatifs ($d = 0.26$, 95% CI = $0.15-0.38$, $p = < 0.0001$, $k = 1$) Dépression : Résultats significatifs pour les pertes de grossesses en générale ($d = 0.32$, 95% CI = $0.08-0.55$, $p = < 0.0001$, $k = 7$) Mais pas de résultats significatifs spécifiquement lié à la fausse couche ($d = -0.01$, 95% CI = $-0.02-0.01$, $p = 0.0001$, $k = 5$)	Forces : - Mesures de détresse psychologique validées - Évaluation de la qualité des études Limites : - Qualité des études disponibles - Analyses modératrices insuffisamment puissantes - Impossibilité d'examiner les covariantes supplémentaires (attachement, nombre d'enfants vivants, stress post-traumatique et temps écoulé entre la grossesse actuelle et la dernière perte périnatale) - Données disponibles insuffisantes pour générer des effets fiables sur la détresse psychologique des partenaires - L'échantillon était biaisé en raison du nombre de femmes ayant fait une fausse couche par rapport à d'autres types de perte périnatale : cela suggère que le type de perte périnatale antérieure peut affecter les niveaux de dépression des femmes lors de grossesses ultérieures
Note: ¹ Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly			

Table IV : Article 4

Titre: Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy Auteurs: McCarthy, F., Moss-Morris, R., Khashan, A., North, R., Baker, P., Dekker, G., Poston, L., McCowan, L., Walker, J., Kenny, L., & O'Donoghue, K. (2015) Journal: British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG) https://www.sciencedirect.com/journal/british-journal-of-obstetrics-and-gynaecology			
Objectif : Déterminer si les femmes ayant déjà fait des fausses couches ont des niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression, de stress et de comportements modifiés lors d'une grossesse ultérieure.			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Cohorte prospective et analyse rétrospective Étude mixte Population : 5'575 femmes recrutées dans l'étude SCOPE 5'465 femmes finalement incluses dans l'étude - dont 559 (10%) ont eu une FC et 94 (2%) ont eu deux FC Inclusion : Femmes nullipares en bonne santé avec des grossesses uniques Outils : STAI ¹ , PSS ² , EPDS ³ et des réponses comportementales à la grossesse (adapté du questionnaire Behavioural Reponse to Illness Questionnaire) Éthique : Approbation des comités d'éthique dans chaque ville et consentement (informé et éclairé) signé par les femmes	Phase : Interviews enregistrées et questionnaires remplis à 15 SA (+/- 1 SA) et 20 SA (+/- 1 SA) dans les centres de recherches respectifs Période et lieu : De novembre 2004 à février 2011 à : Auckland (NZ) ; Adélaïde (AUS) ; Cork (IRL) et Manchester, Leeds et Londres (UK)	Les femmes ayant subi une FC présentaient à 15 SA : - STAI : RS (aOR 1.85 ; CI à 95% 0,61-3,09) - PSS : RS (aOR 0,76 ; CI à 95% 0,48-1,03) - EPDS : RS (aOR 1,26 ; CI à 95%, 1,08-1,45) Les femmes ayant subi deux FC présentaient à 15 SA : - STAI : RNS (aOR 1.58 ; CI à 95%, -1,98-5,14) - PSS : RNS (aOR 0.88 ; CI à 95%, -2.08-3,84) - EPDS : RS (aOR 1.65 ; CI à 95% 1.01-2.70) Les femmes ayant subi une FC présentaient à 20 SA : - STAI : RS (aOR 1.15 ; CI à 95%, 0.73-1.56) - PSS : RS (aOR 0.62 ; CI à 95%, 0.23-1.01) - EPDS : RS (aOR 1.13 ; CI à 95%, 1.00-1.28) Les femmes ayant subi deux FC présentaient à 20 SA : - STAI : RNS (aOR 0.45 ; CI à 95%, -1.62-2.52) - PSS : RNS (aOR 1.30 ; CI à 95%, -1.24-3.84) - EPDS : RS (aOR 1.53 ; CI à 95%, 0.75-3.12)	Forces : - Des informations détaillées sur les facteurs cognitifs, comportementaux et émotionnels de la grossesse ont été recueillies de manière prospective - Les données sur l'issue de la grossesse étaient disponibles chez plus de 99% des participantes Limites : - Échelles et questionnaires autodéclarés comme indicateurs de dépression - Majoritairement des pertes précoces du premier trimestre - Les scores ont été enregistrés seulement à 15 et 20 SA - Les femmes avec 3 fausses couches ou plus ont été exclues de l'étude - Une faible proportion (n = 193) ont fait une FC après avoir initialement accepté de participer à l'étude SCOPE
Note: ¹ Short-form State-Trait Anxiety Inventory, ² Perceived Stress Scale, ³ Edinburgh Postnatal Depression Scale Note: ⁴ RS: résultats significatifs, ⁵ RNS : résultats non significatifs			

Table V : Article 5

Titre: Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort Auteurs: Shapiro, G. D., Séguin, J. R., Muckle, G., Monnier, P., & Fraser, W. D. (2017) Journal: Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology			
Objectif : Mesurer les associations entre cinq issues de grossesses antérieures (naissance prématurée vivante, naissance à terme vivante, fausse couche à < 20 SA, mortinaissance à ≥ 20 SA et interruption volontaire de grossesse) et l'anxiété ainsi que la dépression liées à la grossesse durant les trois trimestres d'une grossesse ultérieure.			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Cohorte prospective Population : 1505 femmes ayant eu une grossesse antérieure, recrutées dans l'étude de cohorte 3D Inclusion : Femmes de 18 à 45 ans, parlant couramment français ou anglais Exclusion : Utilisation de drogues en intraveineuse, les maladies graves et les conditions mettant la vie en danger et les grossesses multiples Outils : 10-item pregnancy anxiety scale (pour le premier trimestre) 4-item pregnancy anxiety scale (pour les deuxième et troisième trimestres) Éthique : Toutes les participantes ont signé des formulaires de consentement éclairé et l'étude a été approuvée par l'IRB ¹ du Centre de recherche du CHU ² Sainte-Justine (Montréal) et ceux de tous les centres collaborateurs	Phase : L'anxiété liée à la grossesse a été mesurée prospectivement par des questionnaires auto-administrés durant 3 visites prénatales (8-14 SA, 20-24 SA, 32-35 SA) Lieu : Dans l'une des 9 cliniques dans la province de Québec, au Canada	Anxiété : Résultats significatifs pour le premier trimestre (aOR 0,11 ; CI à 95% 0,03-0,18, p = 0.006, N = 416) Mais ne sont pas significatifs au deuxième trimestre (aOR 0,04 ; CI à 95%, - 0,02-0,10, p = 0.19, N = 390) Ni au troisième trimestre (aOR - 0,02 ; CI à 95%, - 0,09-0,06, p = 0.64, N = 362)	Forces : - Données sur l'historique complet de la grossesse via les dossiers médicaux, mais également via les dires des patientes, ce qui permet d'évaluer les composantes plus subjectives du vécu des patientes - Données récoltées durant les trois trimestres de grossesse Limites : - Taux de réponse aux questionnaires : entre 71-77%, les non-répondantes avaient tendance à être des participantes à faible statut social et à haut risque, ainsi qu'à avoir des scores plus élevés d'anxiété liée à la grossesse, ce qui suggère que tout biais de non-réponse entraînerait une atténuation des effets - Échantillon recruté dans l'étude de cohorte 3D (patientes plus âgées, avec moins de petits poids de naissance et moins de symptômes et pathologies de grossesse que la population canadienne générale), difficulté de généraliser les résultats à la population générale - Les patientes analphabètes ont été exclues de l'étude 3D - Échelle spécifique à cette étude qui ne permet pas de comparer à d'autres études utilisant une échelle d'anxiété différente
Note : ¹ Institut de Recherche en Biotechnologie ² Centre hospitalier universitaire			

6. Articulation des résultats

6.1 Impact sur le stress

6.1.1 Durant la grossesse

Dans la méta-analyse conduite par Hunter et al. (2017), le taux de stress durant la grossesse n'est pas significativement plus élevé chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche et menant une prochaine grossesse à terme ($d = -0.002$, 95% CI = $-0.0639-0.0605$, $Z = -0.05$, $p = 0.96$, $k = 3$). Cependant, cette recherche ne distingue pas les différentes périodes de la grossesse durant lesquelles les femmes ont été interrogées dans chaque étude.

A l'inverse, dans la cohorte prospective de McCarthy et al. (2015), le taux de stress a été évalué deux fois durant la grossesse, respectivement à 15 (+/- 1) SA et à 20 (+/- 1) SA. Cela a permis aux chercheurs d'analyser si la période de la grossesse à laquelle les femmes sont interrogées influe sur les taux de stress. En effet, l'étude a ressorti que les femmes avec un antécédent de fausse couche étaient à risque de développer du stress de manière significative (aOR 0.76 ; CI à 95% 0.48-1.03) lorsqu'elles étaient à 15 (+/- 1) SA. Les résultats à 20 (+/- 1) SA sont également significatifs (aOR 0.62 ; CI à 95% 0.23-1.01). Il n'existerait, par conséquent, pas de différence entre le stress subi par une femme ayant un antécédent de fausse couche à 15 (+/- 1) SA ou à 20 (+/- 1) SA lors d'une prochaine grossesse à terme.

6.1.2 En fonction du nombre d'antécédents de fausses couches

La cohorte prospective de McCarthy et al. (2015) a également investigué si le nombre d'antécédents de fausses couches influençait le taux de stress chez la femme enceinte à 15 (+/- 1 SA) et à 20 (+/- 1 SA). Ils ont distingué les femmes ayant vécu un antécédent de fausse couche des femmes qui en ont vécu deux. Comme expliqué précédemment, à 15 (+/- 1) SA, le stress chez une femme ayant un antécédent de fausse couche est significativement plus élevé. Cependant, chez une femme ayant vécu deux fausses couches, le taux de stress n'est pas significativement élevé (aOR 0.88 ; CI à 95%, -2.08-3.84). Le constat est identique à 20 (+/- 1) SA. Le stress est significativement plus élevé chez les femmes ayant fait une fausse couche, mais ne l'est pas chez les femmes ayant deux antécédents de fausses couches (aOR 1.30 ; CI à 95%, -1.24-3.84). Cela signifierait que les femmes ayant vécu deux fausses couches seraient moins à risque de développer un stress à 15 (+/- 1) SA et 20 (+/- 1) SA en comparaison des femmes ayant subi une seule fausse couche.

6.2 Impact sur l'anxiété

6.2.1 Durant la grossesse

La cohorte prospective de McCarthy et al. (2015) prend plusieurs facteurs en compte : si la fausse couche est survenue à 15 semaines de grossesse (+/- 1) ou à 20 semaines (+/- 1), ou encore si la femme a un antécédent d'une perte de grossesse ou deux antécédents.

Dans un premier temps, nous pouvons analyser que les résultats à 15 semaines de grossesse (+/- 1) pour les femmes ayant un antécédent de fausse couche sont significatifs (aOR 1.85 ;

CI à 95% 0,61-3,09). Cependant, en comparaison, les femmes ayant subi deux fausses couches à 15 semaines de grossesse (+/- 1) également, ne présenteraient pas de risque augmenté de souffrir d'anxiété lors d'une prochaine grossesse menée à terme (aOR 1.58 ; CI à 95%, -1,98-5,14).

Concernant les femmes ayant vécu une fausse couche et étant à 20 semaines de grossesse (+/- 1), la cohorte prospective avance des résultats significatifs (aOR 1.15 ; CI à 95%, 0.73-1.56) concernant l'anxiété. Cependant, de nouveau, les femmes ayant deux antécédents de fausses couches à 20 semaines de grossesse (+/- 1), ne présenteraient pas de risque augmenté de souffrir d'anxiété pendant une prochaine grossesse (aOR 0.45 ; CI à 95%, -1.62-2.52).

Dans notre deuxième article, une étude de cohorte longitudinale menée par Haghparast et al. (2016), les taux d'anxiété chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche étaient augmentés et influencés lors d'une prochaine grossesse menée à terme (Mean square = 524.86, F = 16,62, $p < 0,001$).

La méta-analyse conduite par Hunter et al. (2017) met en avant les mêmes conclusions : qu'il s'agisse d'une perte de grossesse non spécifiée ou d'une fausse couche, les femmes seraient plus à risque, lors d'une prochaine grossesse, de souffrir d'anxiété qu'une femme n'ayant pas cet antécédent ($d = 0.85$, 95% CI = 0.52-1.19, $p = < 0,0001$, $k = 7$) et ($d = 0.45$, 95% CI = 0.18-0.72, $p = < 0.0001$, $k = 5$). Ces résultats significatifs ont été repris en fonction des différents trimestres de la grossesse. Cependant, il est nécessaire de notifier que l'analyse de ces résultats est peu fiable en relation avec notre sujet et notre question de recherche : pour les trois trimestres de la grossesse, ils se sont basés sur tous les types de pertes de grossesse prénatales, incluant ainsi les fausses couches spontanées, morts périnatales, avortements spontanés, morts fœtales, mortinaissances, morts intra-utérines et interruptions de grossesse pour anomalies fœtales.

Comme les résultats pour l'anxiété sur toute la grossesse sont significatifs autant pour tous les types de pertes de grossesse que pour les fausses couches uniquement, nous trouvons appropriés de prendre en compte, malgré les restrictions énoncées ci-dessus, les résultats dépendant des différents trimestres de la grossesse.

6.2.2 En fonction du trimestre de grossesse

6.2.2.1 1^{er} trimestre

Selon la méta-analyse conduite par Hunter et al. (2017), pour le 1^{er} trimestre de la grossesse, les résultats montrent qu'il y a effectivement un risque augmenté de souffrir d'anxiété lors de cette période d'une prochaine grossesse après tous types de perte prénatale ($d = 0.61$, 95% CI = 0.26-0.95, $p = < 0.0001$, $k = 4$).

Notre deuxième cohorte prospective, menée par Shapiro et al. (2017) expose également les résultats sur l'anxiété en divisant directement les différents trimestres de la grossesse afin d'obtenir des conclusions plus précises. Cette étude prend en compte les femmes ayant eu une fausse couche avant une prochaine grossesse menée à terme et étant multi-gravides. Les résultats obtenus lors du 1^{er} trimestre sont significatifs (aOR 0,11 ; CI à 95% 0,03-0,18, $p =$

0.006, N = 416) et avancent ainsi la même hypothèse que la méta-analyse conduite par Hunter et al. (2017). Il en résulte donc un risque augmenté, pour les femmes menant une grossesse à la suite d'une fausse couche, de souffrir d'anxiété lors du 1^{er} trimestre.

6.2.2.2 2^{ème} trimestre

Concernant le 2^{ème} trimestre, l'analyse est différente : les résultats ne sont pas significatifs pour cette période ($d = 0.44$, 95% CI = -0.01-0.90, $p = <0.0001$, $k = 5$) selon Hunter et al. (2017).

Selon la cohorte prospective, menée par Shapiro et al. (2017), il n'est également pas significativement prouvé que les femmes pourraient souffrir d'anxiété en lien avec un antécédent de fausse couche (aOR 0,04 ; CI à 95%, - 0,02-0,10, $p = 0.19$, N = 390).

Si l'on compare ces résultats à ceux de la méta-analyse conduite par Hunter et al. (2017), les résultats concernant le 2^{ème} trimestre induisent la même conclusion.

6.2.2.3 3^{ème} trimestre

Et pour finir, dans la méta-analyse rédigée par Hunter et al. (2017), le 3^{ème} trimestre semblerait également obtenir des résultats significatifs et indiquer une causalité au niveau de l'anxiété entre une perte de grossesse quelle qu'elle soit et une nouvelle grossesse menée à terme ($d = 0.26$, 95% CI = 0.15-0.38, $p = <0.0001$, $k = 1$).

Cependant, selon la cohorte prospective, menée par Shapiro et al. (2017), le troisième trimestre ne montre pas de résultats significatifs (aOR - 0,02 ; CI à 95%, - 0,09-0,06, $p = 0.64$, N = 362).

Les deux études n'arrivent pas à la même conclusion : Il sera intéressant de reprendre ces éléments lors de notre discussion.

6.2.3 En fonction du nombre d'antécédents de fausses couches

Dans la cohorte prospective de McCarthy et al. (2015), ils ont cherché à savoir si, en plus des différents termes atteints lors des fausses couches, il y avait également un rapport de causalité entre un antécédent unique de fausse couche et deux antécédents. De ce fait, comme exposé précédemment, la différence est notable : les chiffres résultant de l'étude montrent un risque augmenté de souffrir d'anxiété lors d'une prochaine grossesse menée à terme avec un seul antécédent de fausse couche à 15 semaines (+/- 1) ou 20 semaines de grossesse (+/- 1). En opposition, les résultats concernant les femmes ayant vécu deux antécédents de fausses couches à 15 semaines (+/- 1) ou 20 semaines (+/- 1), ne sont pas significatifs (aOR 1.58 ; CI à 95%, -1,98-5,14) et (aOR 0.45 ; CI à 95%, -1.62-2.52).

6.3 Impact sur la dépression

6.3.1 Durant la grossesse

Concernant l'augmentation du taux de dépression durant la grossesse chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche, les différentes études n'arrivent pas aux mêmes conclusions.

Dans la méta-analyse, rédigée par Hunter et al. (2017), l'antécédent d'une perte de grossesse en général (incluant les fausses couches, morts périnatales, avortements spontanés, morts fœtales, mortinaissances, morts intra-utérines et interruptions de grossesse pour anomalies fœtales) amènerait à un risque de dépression plus élevé lors de la grossesse suivante ($d = 0.32$, 95% CI = 0.08-0.55, $p = < 0.0001$, $k = 7$). Cependant, si nous isolons les fausses couches des pertes de grossesse en général, le résultat devient non significatif ($d = -0.01$, 95% CI = -0.02-0.01, $p = 0.0001$, $k = 5$). Cette étude rejoint le résultat de Bicking Kinsey et al. (2015), qui démontre que le taux de dépression, cette fois-ci spécifiquement lors du troisième trimestre, n'est pas significativement plus élevé (OR 0.89, 95% CI 0.55 – 1.44).

En opposition à ces résultats, Haghighparast et al. (2016) ont pu avancer que le taux de dépression durant la grossesse serait plus élevé chez les femmes ayant eu un seul antécédent de fausse couche (Mean square = 1076.48, $F = 18.35$, $p < 0.001$). Ces résultats sont en accord avec la cohorte prospective de McCarthy et al. (2015), qui, elle aussi, démontre qu'à 15 (+/- 1) SA le taux de dépression est significativement plus élevé chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche (aOR 1.26 ; CI à 95%, 1.08-1.45) et reste significativement élevé chez ces mêmes femmes à 20 (+/- 1) SA (aOR 1.13 ; CI à 95%, 1.00-1.28).

6.3.2 En fonction du nombre d'antécédents de fausses couches

La cohorte prospective de McCarthy et al. (2015) a également cherché à savoir si deux antécédents de fausses couches avaient un impact différent d'un seul antécédent de fausse couche sur les taux de dépression à 15 (+/- 1) SA et 20 (+/- 1) SA.

Il en est ressorti que le taux de dépression était également significativement augmenté après deux antécédents de fausses couches, que ce soit à 15 (+/- 1) SA (aOR 1.65 ; CI à 95% 1.01-2.70) ou à 20 (+/- 1) SA (aOR 1.53 ; CI à 95%, 0.75-3.12).

Le risque de dépression serait, par conséquent, augmenté durant la grossesse, chez la femme ayant fait une ou deux fausses couches. Cependant, l'étude ne s'est pas penchée sur les femmes ayant plus de deux antécédents de fausses couches. Ces résultats ne peuvent donc pas être appliqués à toutes les femmes ayant subi de multiples fausses couches.

6.3.3 Durant le post-partum

Dans le premier article, une étude de cohorte longitudinale, rédigée par Bicking Kinsey et al. (2015), les chercheurs se sont penchés sur la potentielle présence de dépression, à 1, 6 et 12 mois post-partum, chez les femmes ayant eu un antécédent de fausse couche.

Il en est ressorti que le taux de dépression était significativement plus important chez les femmes à 1 mois post-partum (OR 1.66, 95% CI 0.55 – 1.44). Cependant, le taux de

dépression n'est pas significativement plus présent chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche à 6 mois (OR 1.08, 95% CI 0.61 – 1.88) et 12 mois (OR 1.25, 95% CI 0.72 – 2.17) post-partum. Le risque de dépression serait donc plus important au début du post-partum et s'estomperait avec le temps.

7. Discussion

7.1 Antécédent de fausse couche et risque de stress

7.1.1 Perte périnatale et fausse couche : lien entre les résultats

Une perte périnatale n'influencerait pas significativement le taux de stress chez les femmes expérimentant une prochaine grossesse à terme (Hunter et al., 2017). Cependant, les résultats mettent en avant la prise en compte de tous les types de pertes périnatales en passant d'une mort in-utero, une fausse couche, un décès périnatal, ou encore les interruptions médicales de grossesse pour anomalie fœtale, mais ne cible pas ses recherches et ses résultats uniquement sur les fausses couches. Il est donc opportun de se questionner face à la transposabilité des résultats obtenus pour tous types de perte périnatale, face à un type aussi spécifique que la fausse couche. Toutefois, il a été mis en évidence que les mortinaissances augmentaient considérablement le risque de stress chez les femmes vivant un tel événement et expérimentant une prochaine grossesse (S. Thomas et al., 2021). Il est illustré que les mortinaissances ont un impact d'aggravation du stress, ce qui nous permet de confronter ces résultats à d'autres types de perte périnatale. Il semble donc discutable de pouvoir prendre en compte ces résultats en lien avec un antécédent de fausse couche lorsque les critères d'inclusion sont aussi imprécis. Nous pouvons également nous interroger sur la proportion de l'échantillon étudié dans la méta-analyse : en effet, nous ne connaissons pas les chiffres détaillés des différentes pertes périnatales. Quelle proportion de l'étude représente les fausses couches et dans quelle mesure cela peut être pertinent de prendre en compte ces résultats ? De ce fait, il paraît intéressant de réfléchir à cette conclusion de Hunter et al. (2017) qui avancerait qu'une perte périnatale n'influencerait pas significativement le taux de stress chez les femmes vivant une prochaine grossesse à terme.

7.1.2 Période de la grossesse évaluée

Il est démontré qu'une femme ayant un antécédent de fausse couche est plus à risque de développer du stress à 15 (+/- 1) SA et à 20 (+/- 1) SA (McCarthy et al., 2015). Cependant, nous pouvons nous questionner face à la période de récolte des données. En effet, à 15 (+/- 1) SA et à 20 (+/- 1) SA, le risque de fausse couche est moins important que lors du premier trimestre de grossesse. Comme décrit dans le cadre théorique, 80% des fausses couches surviennent lors du premier trimestre de la grossesse et cette statistique permet donc d'appuyer cet argument (Ammon Avalos et al., 2012). Nous pouvons, par conséquent, nous demander en quoi il serait nécessaire d'interroger les femmes sur leur stress au moment où le risque de fausse couche est plus important. Il est à savoir que la majorité des femmes interrogées dans l'étude ont un antécédent de fausse couche précoce, c'est-à-dire lors du premier trimestre. De plus, la non-équité entre les pertes de grossesses précoces et tardives pourrait potentiellement avoir un impact sur les résultats. Une autre problématique pourrait alors en découler : y a-t-il une différence d'impact sur le stress entre les fausses couches précoces et tardives ? Notre question de recherche se base sur les fausses couches, soit une perte de grossesse avant 20 SA, et il peut paraître approprié de se demander si une femme qui expérimente une prochaine grossesse à terme avec un antécédent de ce type ressentirait peut-être un taux de stress plus élevé si ce dernier était évalué au même moment qu'était survenu cet événement ? L'étude a choisi de manière arbitraire d'évaluer les taux de stress

ressentis à 15 (+/-) SA et 20 (+/-) SA, mais cela ne permet pas forcément de mettre en lumière des résultats particulièrement probants. Les auteurs n'ont, en effet, pas précisé, expliqué ou justifié leur choix d'interroger les femmes à ces deux termes : 15 (+/-) et 20 (+/-) SA.

De plus, il est mis en lumière que pour ce qui concerne les mortinaissances, les taux de stress évoluent au fil de la grossesse. Lors de la première partie de la grossesse (15 SA), les femmes auraient tendance à souffrir plus précisément de stress, alors que lors de la seconde partie (32 SA), il serait illustré que les taux sont en diminution (S. Thomas et al., 2021). La viabilité fœtale est placée à 24 SA et sous-entend une possible réanimation néonatale si une naissance survient après ce terme (Nydegger, 2012). De ce fait, il peut être intéressant de mettre en balance les résultats obtenus à 15 SA et 32 SA en fonction de cette connaissance théorique. L'impact de l'existence juridique du fœtus à partir de 22 SA peut-elle expliquer également les taux de stress ? (Le Conseil fédéral, 2017). Cela permet de mettre en lumière notre questionnement et soutient l'importance d'évaluer différents moments de la grossesse afin d'obtenir des résultats probants. Il paraît donc pertinent de se questionner quant à la robustesse des résultats concernant le stress pouvant être perçu lors d'une prochaine grossesse pour une femme ayant vécu une fausse couche.

7.1.3 Proportion de l'échantillon

Un antécédent de fausse couche amènerait à un risque de stress significativement plus élevé à 15 (+/- 1) SA et à 20 (+/- 1) SA (McCarthy et al., 2015). Cependant, il est démontré que deux antécédents de fausses couches n'augmenteraient pas significativement le stress chez les femmes à 15 (+/- 1) SA et à 20 (+/- 1) SA. Par conséquent, les femmes ayant un antécédent de fausse couche seraient plus à risque de développer du stress que les femmes ayant deux antécédents de fausses couches. Si les résultats de l'étude semblent clairs et significatifs, nous avons trouvé pertinent d'évaluer dans quelle mesure les chiffres obtenus apportent une analyse cohérente.

En effet, le nombre de femmes ayant un antécédent de fausse couche (n= 559) était proportionnellement supérieur au nombre de femmes ayant deux antécédents de fausses couches (n=94). Nous pouvons nous questionner quant à l'influence de cette inéquité entre les différentes populations sur la véracité des résultats : est-ce transposable à une population plus importante ? Et dans un deuxième temps, il peut sembler cohérent également de s'interroger face à la faible proportion de personnes interrogées ayant subi deux fausses couches. Une étude prenant en compte le vécu de 94 personnes peut-elle réellement apporter des résultats significatifs et auxquels nous pouvons nous fier pour notre analyse ?

7.1.4 Choix des critères d'inclusion

Dans les résultats, les auteurs ont décidé d'exclure de l'étude, de manière délibérée, les fausses couches multiples (≥ 3 fausses couches) (McCarthy et al., 2015). Nous pouvons nous questionner face à ce choix. Est-ce vis-à-vis des potentielles pathologies maternelles et paternelles pouvant être associées aux fausses couches à répétition ? Est-ce simplement un choix pour faciliter la récolte des données ? Nous nous permettons d'apporter un éclairage face à la raison de l'exclusion des femmes ayant vécu trois fausses couches ou plus, car nous

savons que, lorsqu'une femme vit une troisième fausse couche de manière consécutive, elle peut avoir recours à des tests génétiques afin d'obtenir une possible réponse à la cause de ces dernières. Est-ce, de ce fait, pour cette raison que les études n'élargissent pas les investigations à plus de deux antécédents de fausses couches ?

Une étude révèle que les femmes ayant vécu de multiples fausses couches (≥ 2 fausses couches dans cette étude) commençaient leur suivi de grossesse autour des 7 SA, contrairement aux femmes sans antécédent qui le suivent généralement après les 8 SA (Bicking Kinsey et al., 2015a). D'autres facteurs découlant de ces antécédents ont été mis en évidence, comme la proportion augmentée des femmes à consulter aux urgences lors du troisième trimestre de la grossesse, ou encore un nombre supérieur d'hospitalisations (Bicking Kinsey et al., 2015a). Ces observations pourraient avoir impacté le choix des auteurs de ne pas interroger des femmes présentant de multiples fausses couches, afin de ne pas empiéter sur les résultats obtenus.

7.1.5 Impact du nombre d'antécédents de fausses couches sur le stress

Dans cette même étude, les auteurs sont arrivés à la conclusion que les femmes ayant un seul antécédent de fausse couche sont significativement plus à risque de stress à 15 (+/- 1) SA et 20 (+/- 1) SA (McCarthy et al., 2015). A l'inverse, les femmes ayant eu deux antécédents de fausses couches ne seraient pas significativement plus à risque de stress à ces mêmes périodes. Nous pouvons nous questionner quant à la corrélation entre le nombre de fausses couches et le stress engendré lors d'une grossesse suivante : si nous nous basons sur les résultats analysés, plus une femme a d'antécédents de fausses couches, moins elle souffrira de stress lors de sa prochaine grossesse menée à terme. De ce fait, nous pourrions avancer que, si une femme a plus de deux antécédents de fausses couches, son stress diminuera significativement lors d'une prochaine grossesse. Toutefois, si nous reprenons les données récoltées, ces résultats ne découlent que de 94 femmes interrogées. Cet échantillon relève d'une valeur faible pour appuyer notre questionnement et avancer cette supposition d'impact du stress chez des femmes ayant vécu plusieurs fausses couches.

Les études montrent que plus une femme a d'antécédents de fausses couches, plus le risque de récurrence augmente ; cela pourrait être un facteur influençant le stress chez ces femmes. En effet, les femmes ayant deux antécédents de fausses couches ont autour de 17 à 35% de risque de récurrence, tandis que les femmes ayant trois antécédents de fausses couches augmentent le risque de revivre cet événement de 25 à 46% (Toupet et al., 2015).

7.2 Antécédent de fausse couche et risque d'anxiété

7.2.1 Échelles utilisées

Lors du premier trimestre de grossesse, les femmes ayant vécu un antécédent de fausse couche sont plus à risque de souffrir d'anxiété lors d'une prochaine grossesse menée à terme (Shapiro et al., 2017). Pourtant, on relève que les résultats n'étaient pas significatifs pour le deuxième et le troisième trimestre de grossesse (Shapiro et al., 2017). Néanmoins, l'échelle utilisée pour évaluer l'anxiété durant les trois différents trimestres de la grossesse est

spécifique à cette étude. Cela signifie qu'il ne s'agit pas d'une échelle reconnue et validée ; dans quelle mesure les items présentés et questionnés peuvent-ils apporter des réponses éloquentes ? Nous pouvons donc, par conséquent, nous questionner face à la fiabilité des résultats obtenus et les conditions dans lesquelles ils ont été récoltés.

Pourtant, la méta-analyse de Hunter et al. (2017), a également évalué l'anxiété des femmes durant les trois trimestres de grossesse. Cette étude utilise, quant à elle, des échelles validées et arrive, à quelques différences près, aux mêmes résultats que l'article de Shapiro et al. (2017). L'anxiété est significativement plus élevée lors du premier et du troisième trimestre, mais pas lors du deuxième.

Nous pouvons donc nous demander si, malgré l'utilisation d'une échelle non validée dans l'étude de Shapiro et al. (2017), les résultats peuvent être pris en compte. Ces derniers coïncident en grande partie avec la méta-analyse de Hunter et al. (2017) et d'autres facteurs peuvent ou doivent également faire l'objet d'une analyse.

En effet, selon Silva et al. (2017) l'anxiété est un trouble mental particulièrement présent chez les femmes enceintes, mais aurait une prévalence plus élevée lors du troisième trimestre de la grossesse (Silva et al., 2017). L'anxiété peut être associée à différentes problématiques rencontrées durant une grossesse, de l'occupation d'une femme enceinte, en passant par des antécédents d'interruptions de grossesse ou encore des complications médicales rencontrées (Silva et al., 2017). Cette étude permet de remettre en perspective les différents résultats obtenus dans différents articles qui évaluent l'anxiété chez les femmes enceintes ayant des antécédents de fausses couches.

7.2.2 Lieu de l'étude

Les femmes ayant un antécédent de fausse couche étaient significativement plus à risque de souffrir d'anxiété durant la grossesse suivante (Haghparast et al., 2016). Cependant, cette étude a été réalisée en Iran, pays où la situation géopolitique n'est pas la même que dans les pays représentés dans nos autres études. En effet, nous savons que le régime de l'Iran est un système politique complexe qui réunit une théocratie islamique moderne et une démocratie. Plusieurs questions peuvent être soulevées en lien avec les connaissances que nous avons de ce pays et de sa culture : depuis septembre 2022, le pays se soulève à la suite du décès de la jeune Mahsa Amini et les femmes se trouvent au cœur de la révolte (Chabani, 2022). Les droits des femmes sont remis en jeu autant sur leur santé sexuelle que sur leurs droits aux interruptions de grossesse ou autres prises en charge (Amnesty International, 2015). De ce fait, il paraît pertinent de se questionner quant à l'évaluation des aspects psychiques de stress, d'anxiété ou de dépression chez les femmes iraniennes ayant subi une fausse couche et vivant une prochaine grossesse à terme. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure les facteurs environnants influent également sur leurs stress, anxiété ou dépression potentiels. Il a été mis en évidence que les femmes n'ayant pas eu accès à une éducation ou à des études avaient des taux d'anxiété plus élevés durant leur grossesse (Yeşilçinar et al., 2022). Si certaines recherches n'aboutissent pas au même résultat, il semble cohérent de relier ces divergences aux différences ethniques (Yeşilçinar et al., 2022). Il peut également être intéressant d'interroger les représentations culturelles et religieuses du peuple iranien face aux fausses couches : est-ce un sujet tabou ou cela a-t-il une représentation particulière pour

eux ? En relevant ces différentes interrogations, nous pouvons nous interpeller quant à la transposabilité des résultats obtenus dans cette étude.

7.2.3 Proportion de l'échantillon

Dans l'article de Haghparast et al. (2016), la population étudiée était de 100 femmes ayant un antécédent de fausse couche et 100 femmes n'ayant pas d'antécédent de fausse couche. À la suite de cette étude, les chercheurs sont arrivés à la conclusion qu'un antécédent de perte de grossesse augmente significativement le risque d'anxiété lors d'une prochaine grossesse menée à terme. Cependant, nous nous questionnons face à la transposabilité de ce résultat sur une population plus importante : 100 personnes interrogées, est-ce suffisant pour affirmer une telle conclusion ?

Nous pouvons amener la même réflexion dans l'étude menée par McCarthy et al. (2015). La population de femmes ayant fait une fausse couche ($n= 559$) est plus importante que celle ayant vécu deux fausses couches ($n=94$). Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les femmes ayant un antécédent de fausse couche seraient plus à risque d'anxiété lors d'une prochaine grossesse, à l'inverse des femmes ayant deux antécédents de fausses couches qui n'augmenteraient pas significativement leur risque d'anxiété. Toutefois, comme avancé précédemment, en raison de la faible proportion de femmes interrogées ayant vécu deux fausses couches, c'est précisément dans cette optique que la proportion de l'échantillon interroge.

7.2.4 Période de la grossesse évaluée

Comme discuté au préalable au sujet du stress, on peut également se questionner sur la période de récolte des données. En effet, les résultats ont montré qu'une femme ayant un antécédent de fausse couche est significativement plus à risque de développer de l'anxiété lors de la grossesse suivante (McCarthy et al., 2015). Cependant, les données ont été récoltées et analysées uniquement à 15 (± 1) SA et 20 (± 1) SA, une période où le risque de fausse couche est plus faible que lors du premier trimestre de grossesse. On peut se demander, par conséquent, s'il n'est pas nécessaire d'interroger les femmes plus précocement dans la grossesse, lorsque le risque de fausse couche est accru. En parallèle de ce questionnement, il ressort évidemment la cohérence d'interroger les femmes avec seulement 5 semaines d'intervalle : pourquoi avoir choisi un tel écart et à ces semaines de grossesse précisément ? De plus, la majorité des femmes interrogées dans cette étude ont subi une perte de grossesse précoce. De ce fait, ne faudrait-il pas interroger les femmes sur leur vécu, une fois de plus, à la période où s'est passée leur fausse couche, dans l'hypothèse où ce moment précis pourrait traduire des résultats différents ? Il semble pertinent de relever ces différents points, d'autant plus que cela n'a jamais été spécifié ni expliqué dans l'article ; il serait intéressant de comprendre leurs choix de critères.

7.2.5 Facteur influençant le risque d'anxiété chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche

7.2.5.1 Nombre de pertes de grossesse antérieures

Comme relevé précédemment dans la discussion autour du stress, McCarthy et al. (2015) ont décidé de prendre en compte dans leur étude seulement les femmes ayant un ou deux antécédents de fausses couches. Les femmes ayant subi trois pertes de grossesse ou plus ne sont, par conséquent, pas incluses dans l'étude.

Les résultats pour l'anxiété sont visiblement les mêmes que pour le stress. Les femmes ayant un antécédent de fausse couche seraient plus à risque d'anxiété durant la grossesse suivante menée à terme, contrairement aux femmes ayant deux antécédents de fausses couches, qui quant à elles, ne seraient pas significativement plus à risque de souffrir d'anxiété. Nous nous questionnons donc, à nouveau, sur le postulat selon lequel plus une femme a d'antécédents de fausses couches, plus le risque d'anxiété lors d'une prochaine grossesse diminuera. Cependant, il ne s'agit que d'une déduction faite en fonction des résultats obtenus et analysés pour un vécu d'antécédent unique ou de deux antécédents : pour quel motif les auteurs ont-ils estimé qu'il n'était pas (ou plus) pertinent de prendre en compte un nombre d'antécédents supérieurs à deux ? Toutefois, il a été mis en évidence que, les femmes ayant vécu plus de trois fausses couches par le passé avaient un niveau d'anxiété plus élevé que celles ayant deux ou trois antécédents (Raghavan et al., 2024). Ce résultat permet ainsi d'appuyer notre questionnement face au choix des auteurs.

7.2.5.2 Le rôle du soutien social

En opposition à ce résultat, dans une étude menée par Gao et al. (2020), ces derniers se sont intéressés au lien entre le soutien social des femmes ayant des antécédents de fausses couches à répétition et le risque d'anxiété (Gao et al., 2020). Les mêmes auteurs sont arrivés à la conclusion que ces femmes ont en général un soutien social modéré et que de ce fait, elles sont une population à risque de développer de l'anxiété. Ils affirment qu'il serait nécessaire de soutenir davantage ces femmes afin de réduire le risque d'anxiété lors d'une prochaine grossesse (Gao et al., 2020). De plus, il a été prouvé que plus les femmes reçoivent de soutien social de la part de leur entourage, moins elles sont à risque d'être touchées par l'anxiété ou la dépression (Bedaso et al., 2021).

7.3 Antécédent de fausse couche et risque de dépression

7.3.1 Échelles utilisées

Les résultats des recherches étudiées montrent que les femmes ayant un antécédent de fausse couche sont plus à risque de développer une dépression à 1 mois post-partum, que les femmes n'ayant pas d'antécédents de pertes de grossesse (Bicking Kinsey et al., 2015b). Ce résultat n'est cependant pas significatif durant le troisième trimestre de grossesse et à 6 et 12 mois post-partum (Bicking Kinsey et al., 2015b). Cependant, il s'est avéré pertinent de se pencher de plus près sur les échelles utilisées par l'étude afin d'évaluer le risque potentiel pour les femmes avec des antécédents de fausses couches de souffrir de dépression à différents moments de leur vie. L'échelle utilisée, « Edinburgh Postnatal Depression Scale », est un outil de mesure validé et connu dans l'utilisation du dépistage du risque de dépression. Cependant,

dans cette échelle - qui a été distribuée aux femmes lors de cette étude - certains items ont été modifiés afin qu'elle puisse correspondre aux exigences des auteurs. Les changements apportés n'ont pas été validés et face à cet état de fait on peut s'interroger quant à la fiabilité, malgré tout, des résultats obtenus. Il peut être intéressant de mettre en évidence et questionner dans quelles mesures les résultats auraient été ou non différents si l'échelle EPDS était restée inchangée.

7.3.2 Lieu de l'étude

Concernant le lieu de l'étude, cet item de la discussion se rapporte à l'étude de Haghparast et al. (2016) et retranscrit les mêmes interrogations et observations que celles élaborées sur l'anxiété. En effet, l'étude menée en Iran auprès de femmes ayant un antécédent de fausse couche affirme qu'elles sont significativement plus à risque de souffrir de dépression lors d'une prochaine grossesse menée à terme. Toutefois, on peut se questionner quant à la transposabilité de ces résultats au vu du taux de dépression post-partum en Iran, qui est deux fois plus important que dans nos pays développés (25,3%) (Veisani et al., 2013). Ces résultats peuvent-ils être reportés à notre pratique dans nos sociétés occidentales ? De plus, la pertinence de l'analyse des tableaux de cette étude se place dans un contexte politique et sociétal très différent de celui de la Suisse. Évidemment, il est à prendre en compte que, dans cette étude, la fausse couche n'est peut-être pas la seule composante qui influence la santé mentale des femmes iraniennes. Des exposomes extérieurs et propres à la culture iranienne peuvent également faire l'objet d'une incidence silencieuse et non prise en compte dans cette étude de Haghparast et al. (2016).

7.3.3 Période de la grossesse évaluée

Les femmes ayant un antécédent de fausse couche sont plus à risque de dépression à 15 (+/- 1) SA et 20 (+/- 1) SA (McCarthy et al., 2015). Malgré des résultats significatifs, les mêmes interrogations que précédemment semblent pertinentes et encore plus pour la dépression. Comme le définit le cadre théorique, celui-ci requiert l'apparition de 5 symptômes pour établir cet état qui ne s'installe pas du jour au lendemain. De ce fait, il peut sembler approprié de se questionner sur la transposabilité de ces résultats : sont-ils significatifs pour toute la grossesse ou seulement à 15 (+/-) et 20 (+/-) SA ? Le choix des auteurs de se baser sur ces deux périodes de grossesse pour analyser un possible risque de souffrir de dépression lors d'une grossesse menée à terme à la suite d'un antécédent de fausse couche interroge véritablement. Consécutivement à ces réflexions, une autre question a émergé : y aurait-il des périodes plus à risque pour les femmes de souffrir de dépression ? Qu'en serait-il d'évaluer un probable état dépressif au même âge gestationnel que lors de l'antécédent de fausse couche ?

En effet, selon Al-Hashimi et al. (2020), une étude menée à l'aide d'une version kurde de l'EPDS, il a été mis en évidence que les femmes étaient plus à risque de dépression lors du premier trimestre de grossesse et que les statistiques sont en diminution au fil de l'avancée de la grossesse (Al-Hashimi et al., 2020). Ces résultats permettent de remettre en perspective l'importance d'évaluer également les risques de souffrir de dépression chez les femmes à différents moments de la grossesse et particulièrement au premier trimestre.

7.3.4 Choix des critères d'inclusion

Comme cité précédemment, l'étude rédigée par McCarthy et al. (2015) prend en compte uniquement les femmes ayant un ou deux antécédents de fausses couches. Cependant, pour la dépression, les auteurs sont arrivés à la conclusion que les femmes à 15 (+/- 1) SA et 20 (+/- 1) SA étaient plus à risque de souffrir de dépression qu'elles aient un ou deux antécédents de fausses couches. Il semblerait donc, en se basant cependant seulement sur ces deux comparaisons, que le nombre d'antécédents de fausses couches n'aurait pas d'impact sur la possibilité de vivre une dépression lors d'une prochaine grossesse menée à terme. Par ailleurs, cette supposition reste questionnable : ces résultats peuvent-ils réellement s'appliquer à des femmes ayant subi plus de deux fausses couches ou des fausses couches à répétition ? Nous aurions aimé pouvoir obtenir des chiffres pour les femmes ayant des antécédents plus nombreux, car il serait intéressant de savoir si les statistiques apportent d'autres réponses, par exemple lorsque des investigations médicales sont réalisées ou que les femmes/couples ont recouru à un diagnostic pré-implantatoire. Ces analyses peuvent-elles diminuer le risque des femmes menant une prochaine grossesse à terme de souffrir de dépression pendant cette dernière et dans le post-partum ? Des hommes et des femmes ayant eu l'expérience d'un diagnostic pré-implantatoire pour des raisons génétiques, affirment que même 3 ans après, ils sont inquiets de leur relation avec des sentiments dépressifs et de stress (Järholm et al., 2017).

7.3.5 Proportion de l'échantillon

Nous pouvons questionner la taille de l'échantillon analysé dans les différents articles. En effet, dans l'étude menée par Haghparast et al. (2016), 100 femmes ayant vécu un antécédent de fausse couche et 100 femmes n'ayant aucun antécédent de perte de grossesse ont été interrogées. Les auteurs sont arrivés à la conclusion que les femmes ayant vécu un antécédent de fausse couche sont plus à risque de dépression lors d'une prochaine grossesse, comparé à des femmes n'ayant jamais vécu d'événement similaire. Cependant, interroger 100 femmes, comme nous l'avons exposé plus avant dans la discussion, semble une proportion assez faible pour affirmer un tel résultat. La population interrogée permet-elle réellement de généraliser ces résultats à toute la population des femmes ayant vécu un antécédent de fausse couche ?

De plus, nous pouvons également relever que dans l'étude menée par McCarthy et al. (2015), deux populations sont comparées : les femmes ayant vécu un antécédent de fausse couche unique (n=559) et celles ayant deux antécédents de fausses couches (n=94). Comme avancé plus tôt, il est difficile de comparer ces deux résultats en vue de la différence notable de personnes interrogées. Le résultat recueilli après avoir interrogé 559 femmes ne peut que difficilement être comparé et revêtir la même véracité que celui obtenu auprès de 94 femmes. Il est démontré que le nombre de fausses couches spontanées impacte différemment le risque pour les femmes de souffrir de pathologies psychiatriques (Toffol et al., 2013). Il est mis en évidence que plus les femmes ont vécu de fausses couches, plus elles sont à risque de souffrir de dépression (Toffol et al., 2013).

7.4 Forces et limites de notre travail

7.4.1 Forces

Notre travail comporte des forces évidentes en lien avec le sujet choisi. En effet, la problématique des fausses couches est un sujet qui touche environ une femme sur cinq, ce qui permet d'interroger des populations importantes. De ce fait, les études peuvent gagner en puissance et en fiabilité du fait de la proportion des femmes touchées par cet événement. De plus, nous avons pu étudier et analyser une méta-analyse, qui représente une méthode scientifique avec un haut niveau de preuve. Elle regroupe 19 études, et, par conséquent, inclut une importante diversité de femmes.

La plus grande qualité de notre travail, selon nous, repose sur le fait que les différentes études aboutissent à des résultats contradictoires, ou du moins non similaires. En effet, les études ne convergent pas sur un moment précis de la grossesse ou du post-partum lors duquel le risque de stress, d'anxiété ou de dépression serait plus important, ni lequel de ces trois états psychiques seraient le plus susceptible de se manifester. Cependant, toutes les études concluent que la santé mentale des femmes ayant un antécédent de fausse couche est plus fragile et à risque qu'une femme sans antécédent de perte de grossesse. Cela démontre que ce sujet n'est pas une évidence et que des recherches plus approfondies sont nécessaires afin d'apporter des conclusions claires et de pouvoir, si besoin, adapter le suivi de ces femmes dans notre pratique quotidienne.

7.4.2 Limites

Si notre travail soulève des sujets importants et nécessaires, il comporte cependant des limites qui influent inévitablement sur la fiabilité des résultats et l'interprétation de ceux-ci. En effet, les limites mises en évidence ne nous permettent pas, par conséquent, d'obtenir des conclusions claires de la part des auteurs ou de répondre à certains questionnements que nous avons apportés.

Pour commencer, dès le début de nos recherches, nous avons été confrontées au manque d'études récentes en lien avec notre problématique. En effet, nous avons été contraintes d'élargir nos recherches en incluant, dans notre travail, des articles datant des dix dernières années et non des cinq dernières, comme initialement recommandé. Si notre travail traite de sujets d'actualité, la revue de littérature elle, ne place pas ces problématiques au centre de ses recherches. Il est notable et appréciable de préciser que la parole se libère de plus en plus sur les notions de pertes de grossesse ou encore de santé mentale. Cependant, malgré cette évolution sociétale, les études et recherches proposées ne sont pas assez nombreuses ni assez récentes et cela constitue une première limite à la construction de notre travail.

En parallèle, tout au long de nos recherches, nous nous sommes demandé si le terme gestationnel de la perte de grossesse pouvait être corrélé à l'impact sur la santé mentale des femmes lors d'une prochaine grossesse menée à terme. Ainsi soulevons-nous un questionnement intéressant : les risques de souffrir de dépression, d'anxiété ou de stress lors d'une prochaine grossesse menée à terme peuvent-ils être augmentés ou non en fonction de l'âge gestationnel de l'antécédent de fausse couche ? Si cette question a pris de la place dans nos analyses, les auteurs et les études ne mentionnent à aucun moment des données sur le

terme des fausses couches des femmes interrogées dans leurs études. Il paraît pertinent de se demander pour quelle raison ces données n'ont pas été prises en compte : peut-il s'agir de l'impossibilité de récolter des données précises ou est-ce simplement un choix de la part des auteurs de ne pas répertorier ces mêmes informations ? Quoi qu'il en soit, il ne nous a pas été possible d'établir si la détermination du terme de la fausse couche peut avoir un impact sur les résultats obtenus concernant la santé mentale des femmes.

Conjointement à la problématisation de notre question de recherche, nous avons également mis en évidence l'absence de données sur les traitements ou prises en charge potentiellement reçus par les femmes lors de leurs fausses couches. En effet, il est démontré que le vécu des femmes peut être différent en fonction de la prise en soins effectuée à la suite d'une perte de grossesse. La rapidité de la prise en charge et du traitement, en particulier l'aspiration, a un effet bénéfique sur le risque de dépression chez les femmes vivant une fausse couche (Volgsten et al., 2018). Cependant, n'ayant aucune information concernant le traitement reçu par les femmes interrogées dans les différentes études, il n'est pas possible d'émettre l'hypothèse que le vécu du traitement de la fausse couche peut impacter la santé mentale des femmes lors d'une prochaine grossesse menée à terme.

En reprenant l'intitulé de notre question de recherche et nos analyses de résultats, il semble très clair que la plus grosse faiblesse de notre travail repose sur l'investigation d'un potentiel impact sur la dépression post-partum chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche et ayant pu donner, par la suite, naissance à un enfant vivant en bonne santé. En effet, malgré des recherches approfondies et larges, nous avons été dans l'incapacité de récolter plus qu'un article traitant de cette problématique. L'étude sélectionnée abordant cette thématique comporte, cependant, elle aussi, une limite importante : l'échelle utilisée auprès des femmes n'est pas validée et remet en cause, de ce fait, la véracité des résultats obtenus. Par conséquent, il n'a pas été possible d'arriver à une conclusion claire concernant la question des risques de souffrir de dépression du post-partum chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche et menant une prochaine grossesse à terme. Mais il a été mis en lumière que les femmes ayant un antécédent de fausse couche semblent tout de même plus à risque de dépression périnatale et du post-partum ; la fausse couche a été amenée comme facteur de risque prédominant face à d'autres items, telles que la parité ou encore la relation entretenue par les femmes avec leur belle-mère (Shi et al., 2018).

L'absence de données concernant cette thématique nous interpelle car, comme exposé dans le questionnaire professionnel, 14% des femmes souffrent de dépression post-partum dans l'année qui suit leur accouchement. À la lumière de ce pourcentage, il semblerait intéressant de savoir dans quelles mesures il serait égal, inférieur ou augmenté pour les femmes ayant vécu une ou plusieurs fausses couches et menant une prochaine grossesse à terme.

Si nos articles sélectionnés et notre question de recherche ne précisent pas l'inclusion ou l'exclusion des femmes multipares ou nullipares, il nous a semblé, cependant, pertinent d'y réfléchir. En effet, dans les différentes études analysées, il est seulement question des femmes ayant un ou deux antécédents de fausses couches, mais il n'est jamais précisé si ces dernières ont déjà, au préalable, accouché d'un ou de plusieurs enfants. Nous avons déjà mis en évidence la prise en compte des femmes n'ayant qu'un ou deux antécédents de fausses couches, mais dans la même visée, il aurait été intéressant de savoir si ces femmes avaient

déjà mené à terme une ou plusieurs grossesses : le fait d'avoir déjà un ou plusieurs enfants nés et en bonne santé, impacte-t-il positivement ou négativement le fait de souffrir de dépression, d'anxiété ou de stress après un antécédent de fausse couche et une prochaine grossesse menée à terme ? Cette réflexion met en avant l'importance de connaître les antécédents et les autres composantes pouvant amener à un biais sur la récolte des données.

Une autre limite que nous avons pu mettre en évidence se place sur l'absence de données concernant le soutien social que reçoivent ou perçoivent des femmes ayant vécu des fausses couches et menant une prochaine grossesse à terme. Ce questionnement peut s'élargir également à savoir si le partenaire/la partenaire a été présent/e, ou encore s'il s'agit du même/de la même partenaire pour la prochaine grossesse que lors de l'antécédent de fausse couche. Cette interrogation s'inscrit dans la connaissance de l'impact possible d'un entourage ou d'un soutien sur des problématiques telles que la dépression, l'anxiété ou encore le stress. Comme décrit et analysé dans l'étude de Cho et al.(2022) , les femmes présentant un soutien social important, sont significativement moins à risque de souffrir de dépression du post-partum (Cho et al., 2022). Il aurait pu être, de ce fait, intéressant de récolter des données sur cette thématique et d'analyser ces dernières : cela aurait pu nous apporter également des pistes de prises en charge à proposer pour les femmes ayant un antécédent de fausse couche et menant une prochaine grossesse à terme, dans une optique de prévention.

8. Éthique

La profession de sage-femme englobe un code déontologique et éthique important (International Confederation of Midwives, 2014). En effet, comme notre pratique se base sur un récit officiel, nous avons pu expérimenter les notions d'autonomie, de justice, de bienfaisance ainsi que de non-malfaisance dans notre approche professionnelle. Nos sujets de recherche, respectivement le vécu d'une fausse couche et les impacts sur la santé mentale des femmes, convoquent les notions de bienfaisance et de non-malfaisance. En effet, l'idée principale de ces concepts est de défendre les droits des patientes, d'éviter le mal et, par conséquent, de promouvoir le bien. Notre choix de travail de recherche s'est basé sur ces idées : comment éviter ou protéger au mieux les issues psychologiques des femmes ayant des antécédents de fausses couches ? Si ces principes sont implicites dans notre processus, la notion de justice l'est tout autant. La volonté de promouvoir la santé des femmes et d'améliorer les prises en charge en fonction de leurs vécus, nous évoque l'envie de défendre nos patientes face à une éthique clinique pas toujours respectée ou adaptée. L'autonomie pourrait être reliée à la possibilité d'offrir à ces femmes un suivi différent ou personnalisé en lien avec leurs antécédents et leurs besoins ; ce principe semble pour le moment difficile à intégrer et apercevoir dans nos prises en charge actuelles. L'éthique est un sujet vaste mais toujours sous-jacent dans notre pratique ; la volonté d'offrir des soins individualisés reflète une notion importante du cadre déontologique professionnel qui nous est proposé.

Nos cinq articles impliquent une notion d'éthique et en précisent toujours la nature. Dans notre premier article, rédigé par Bicking Kinsey et al. (2015), il est énoncé que l'étude a été approuvée par la commission institutionnelle d'examen du centre médical Penn State Hershey, ainsi que par les hôpitaux participant à cette dernière. Il est également décrit que des consentements écrits ont été signés par tous les participants de l'étude. Chez Haghparast et al. (2016), l'approbation éthique a, quant à elle, été accordée par le Comité d'éthique de l'éducation médicale de l'université islamique d'Azad. Concernant la méta-analyse, proposée par Hunter et al. (2017), elle n'impliquait pas le recrutement direct de participants et n'était, de ce fait, pas soumise à des processus d'examens éthiques externes. Cependant, dans notre quatrième article de McCarthy et al. (2015), une approbation des comités d'éthique et un consentement ont été signés par les femmes et cela dans chaque ville. Et pour terminer, dans l'article rédigé par Shapiro et al. (2017), il est précisé que toutes les participantes ont signé des formulaires de consentement éclairé. Cette étude a également été approuvée par l'institut de recherche en biotechnologie du centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sainte-Justine à Montréal, et aussi de ceux de tous les centres collaborateurs.

En plus des aspects éthiques évoqués dans les différentes études, nous affirmons que le choix des articles a été fait sur la base du questionnement et de la méthodologie des auteurs, et non sur les résultats obtenus, afin de ne pas influencer l'issue de notre recherche. En effet, l'objectif principal a toujours été de rester impartiales quant à la finalité des études choisies et de mettre la priorité sur nos critères prédéfinis lors du début de ce travail. De plus, les résultats ont été analysés avec prudence en prenant en compte les biais pouvant avoir un impact sur leur interprétation. D'autre part, nous affirmons n'entretenir aucun lien avec des industriels.

9. Retour dans la pratique

Au début de notre travail, nous avons émis l'hypothèse qu'une fausse couche pouvait potentiellement exercer une influence sur la santé mentale des femmes menant une prochaine grossesse à terme.

À la suite de l'analyse des résultats obtenus dans les différentes études, nous ne sommes pas parvenues à dégager une conclusion claire et significative. En effet, les résultats ne révèlent pas un moment précis de la grossesse ou du post-partum où les femmes sont plus à risque d'avoir une santé mentale altérée, ni si les femmes sont plus à risque de développer du stress, de l'anxiété ou de la dépression. Cependant, tous les auteurs arrivent à la conclusion que les femmes ayant un antécédent de fausse couche sont une population plus à risque d'être dans un état psychique altéré durant leur prochaine grossesse.

Cela nous permet d'avancer qu'il y a la nécessité d'entreprendre davantage de recherches afin de préciser, dans un premier temps, les périodes de la grossesse et du post-partum à risque et, dans un deuxième temps, les différents impacts sur l'état mental chez cette population.

En attendant de potentielles études supplémentaires, nous devrions, en tant que professionnelles de la santé, prendre davantage en compte les antécédents de fausses couches chez les femmes multigestes qui mènent une première grossesse à terme. Cependant, n'ayant pas de résultats clairs, aucun aménagement nécessitant un apport financier des assurances maladie n'est envisageable dans l'immédiat. Nous devrions, par conséquent, en tant que sage-femmes, adapter notre prise en soins, par différents moyens, et non la changer.

Actuellement, dans notre pratique sage-femme, les femmes ayant un antécédent de fausse couche n'ont pas de suivi particulier proposé, tant gynécologique que psychologique. Elles bénéficient de 7 consultations de grossesse, ainsi que de 2 échographies prévues selon le schéma de l'assurance maladie. La première consultation est planifiée avant la 12^{ème} semaine d'aménorrhée, suivie de l'échographie de datation entre 12 et 14 SA et la deuxième consultation entre 15 SA et 18 SA. D'après les résultats des différentes études, il ressort que le premier trimestre de grossesse est potentiellement la période la plus à risque, pour les femmes ayant ces antécédents, de souffrir de stress, d'anxiété ou de dépression. Ces résultats sont probablement en lien avec le risque de fausse couche élevé à cette période, cela même si les études choisies et analysées ne permettent pas entièrement d'appuyer ces propos. Nous pouvons, par conséquent, nous demander s'il serait utile de proposer aux femmes ayant un antécédent de perte de grossesse, de réaliser la première consultation proche du terme de leur ancienne fausse couche afin de dépister au mieux la présence de stress, d'anxiété ou de dépression en amont. En effet, au cours de ce travail, nous avons émis l'hypothèse que les femmes peuvent ressentir un stress, une anxiété ou une dépression de manière plus importante en lien avec l'évènement vécu dans le passé : n'est-il pas probable que la comparaison entre deux grossesses et débouchés aient un impact sur la santé mentale ? Ce questionnement repose également sur les différentes conversations échangées lors de notre pratique avec des patientes et des couples, mais également avec une population élargie et moins affectée par ce sujet.

Pour les femmes ayant un antécédent de fausse couche plus tardive, nous pourrions adapter le terme de la deuxième consultation ou éventuellement prendre un temps lors de la première échographie afin de faire le point sur la santé psychique de la femme, en fonction du terme de la perte de grossesse. Il serait important de questionner les femmes sur le vécu du début de grossesse de manière à pouvoir dépister d'éventuels troubles et leur apporter un suivi plus adapté à leurs besoins. Toutefois, il n'existe, de nos jours, aucun questionnaire spécifique à proposer aux femmes ayant eu un ou plusieurs antécédents de fausses couches qui permettrait de dépister du stress, de l'anxiété ou de la dépression en début de grossesse. Il serait donc important, pour notre pratique sage-femme, d'en créer un, grâce à des articles scientifiques de forte puissance. Cependant, à l'heure actuelle, le manque d'articles ne nous permet pas d'avoir les fonds nécessaires au développement d'un tel questionnaire. Nous aimerions, et cela peut-être de manière encore idéaliste, pouvoir prendre un temps plus important pour aborder ces thématiques de santé mentale, aussi bien avec les femmes qu'avec les couples. La limite temporelle pour les consultations, imposée autant par un emploi du temps chargé que par les moyens mis à disposition par les hôpitaux et les assurances maladie, ne nous permettent pas (encore) de mener à bien ce projet.

Par la suite, durant tout le suivi de grossesse, une attention particulière devrait être portée à la santé psychique de la femme. Durant chaque consultation, le sujet devrait être abordé et l'investigation du soutien social et du soutien perçu, systématique. Dans le cas où la femme ressent une souffrance psychologique, elle devrait être redirigée vers un psychologue ou une association en lien avec le deuil périnatal. Si ces aides sont souvent abordées rapidement en consultation, il est assez rare que le suivi soit interdisciplinaire et organisé en fonction de la situation et des besoins de la femme et du couple.

Durant le post-partum, il n'est pas possible pour nous de définir clairement si le risque de dépression est plus élevé chez les femmes ayant un antécédent de fausse couche, car le seul article traitant de ce sujet utilise une EPDS légèrement modifiée. Cependant, il en est quand même ressorti que les femmes sont significativement plus à risque de dépression un mois après leur accouchement. Nous pourrions donc nous questionner quant à la nécessité de proposer systématiquement, à domicile, de réaliser l'EPDS. Cette échelle, outil de dépistage de la dépression post-partum, permettrait d'éviter de passer à côté de certains signes cliniques durant les consultations post-partum. Ainsi, nous pourrions davantage orienter les patientes vers des professionnels de santé ou des associations lorsque cela est nécessaire. Nous avons été particulièrement surprises et déçues du peu d'articles traitant de la dépression du post-partum chez les femmes ayant des antécédents de fausses couches et menant une prochaine grossesse à terme. En effet, si ce sujet semble encore tabou, depuis quelques années cette pathologie a été mise en lumière et défendue par de nombreuses femmes ; il semble donc surprenant qu'aussi peu d'études soient publiées à ce jour et nous aurions besoin d'autres articles traitant du sujet, pour pouvoir appuyer nos propos et nos idées concernant les prises en charge de ces patientes.

Il faudrait également être attentif, en tant que professionnels de la santé, à l'augmentation du taux de détresse psychologique parmi la population suisse. En effet, comme démontré dans le cadre théorique, en 2023, la Confédération suisse a révélé des chiffres préoccupants concernant la santé mentale (Office fédéral de la statistique, 2023). La population suisse souffre davantage de détresse psychologique qu'il y a quelques années. Les femmes en

général et plus particulièrement celles entre 15 et 24 ans, représentent une population très à risque de développer des troubles de la santé mentale. Il semble important de souligner qu'il s'agit d'une tranche d'âge avec laquelle nous travaillons régulièrement. Devrions-nous, par conséquent, être plus attentifs à la santé mentale des jeunes mères qui ont eu un antécédent de fausse couche ? Devrions-nous prévoir pour elles plus de temps durant les consultations programmées, pour prévenir et aborder le sujet ? Tant de questions restent encore sans réponse et mériteraient davantage d'études ou de résultats afin de proposer des solutions.

De plus, en tant que sage-femme, ne devrions-nous pas travailler sur les croyances et les représentations des futurs parents ? En effet, il existe de nombreuses coutumes autour de la grossesse, comme le fait de n'annoncer sa grossesse qu'une fois le premier trimestre passé. Cette habitude permet, dans les croyances de certains couples, d'annoncer la grossesse une fois le risque majeur de fausse couche évité. Cependant, nous pouvons nous questionner quant au bénéfice de ne pas annoncer cette grossesse plus précocement. Pourquoi devrions-nous « cacher » ensuite le fait de perdre une grossesse ? Le fait de vivre cette perte de grossesse seule ou en couple n'augmente-t-il pas le risque de stress, d'anxiété ou de dépression ? La nécessité d'études supplémentaires concernant la santé mentale des femmes/couples vivant une ou plusieurs fausses couches semble évidente.

Les préjugés et les jugements liés à une perte de grossesse sont encore très présents et font peur : de nombreuses femmes et couples interrogés au cours de nos études ne parlaient pas ouvertement de pertes de grossesses vécues. En effet, lors d'une première consultation, il est habituel de questionner la femme si elle a déjà interrompu ou arrêté une grossesse et fréquemment, ces dernières ne pensent même plus à parler de cet événement, tellement il a été renié et non accepté. Ces réponses nous ont guidées sur l'importance de traiter ce sujet lors de notre travail, mais surtout de ne pas banaliser ce vécu et de l'accompagner au mieux, selon les besoins des patientes et couples.

Pour finir et en écho au début de notre travail, il est important pour nous de revenir sur le terme « fausse couche ». Il est presque contradictoire, après avoir utilisé ce mot un très grand nombre de fois, de décrire pour nous l'importance de faire disparaître ce terme de notre vocabulaire professionnel. En effet, la dénomination « fausse couche » peut faire ressentir aux femmes que cet événement ne s'est pas produit ou même qu'elles en sont responsables et créer, par conséquent, une culpabilité immense. Il est important que tout professionnel de la santé soit sensibilisé et que ce terme ne soit plus employé, afin qu'au fil des années les dénominations de « perte de grossesse » ou de « grossesse arrêtée » soient prédominantes. Car rien n'est plus vrai qu'une fausse couche.

Conclusion

Les sujets relatifs à la santé mentale et à la fausse couche restent des thématiques complexes à aborder et à étudier. Plusieurs facteurs de risques et environnementaux entrent en jeu et conditionnent ce sujet. Au fil de ce travail, l'objectif a été d'approfondir le lien possible entre un antécédent de fausse couche sur les problématiques d'anxiété, de stress et de dépression pré- et post-partum chez les femmes menant une prochaine grossesse à terme. Cependant, le manque de littérature et d'études récentes sur le sujet ont représenté une difficulté centrale lors du choix des articles, dans le but de répondre à la question de recherche.

Concernant les résultats des cinq études sélectionnées, une conclusion claire sur la thématique ne semble pas possible. En effet, si plusieurs études arrivent à des résultats correspondants, certaines se contredisent ou affirment ne pas avoir suffisamment de données pour dégager une vision claire. Il semblerait tout de même que, les femmes ayant un antécédent de fausse couche et menant une prochaine grossesse à terme, soient plus susceptibles de souffrir d'anxiété. Concernant le stress et la dépression, les résultats sont moins clairs, mais la tendance penche en majorité vers un risque malgré tout augmenté pour les femmes de connaître ces pathologies lors d'une prochaine grossesse.

Ce travail n'a pas permis d'apporter une réponse claire à la problématique mais a, tout de même, permis de mettre en lumière des questionnements pertinents pour la pratique sage-femme en relation avec ces thématiques. Cette thèse a pu avancer et relever l'impact des différences culturelles, des milieux sociaux ou encore du soutien social. De plus, le questionnement relatif à l'accompagnement - encore un peu utopique - rapproché des femmes touchées par des antécédents de fausses couches semble être le point central de notre réflexion au terme de ce travail.

L'analyse de ces sujets a permis de souligner la nécessité de continuer à approfondir ces thématiques et d'élargir les recherches avec d'autres critères d'inclusions ou d'autres populations. Briser le tabou de la fausse couche ou de la santé mentale semble, plus que jamais aujourd'hui, une priorité pour la santé des femmes et des couples, ainsi que du personnel soignant. Arrivant au terme de ce travail, il semble important de rappeler la prévalence dans la population générale actuelle de ces pathologies et d'un événement tel qu'une fausse couche : il s'agit d'une thématique de santé publique forte et qui mérite d'être approfondie.

Liste de références

- Al-Hashimi, F. J. G., Kareem Alalaf, S., & Al Tawil, N. G. (2020). Screening for depression during pregnancy using the Kurdish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Erbil city. *Health Care for Women International*, 41(3), 240-254. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1571592>
- American Psychiatric Association (Éd.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association. [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
- Ammon Avalos, L., Galindo, C., & Li, D. (2012). A systematic review to calculate background miscarriage rates using life table analysis. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 94(6), 417-423. <https://doi.org/10.1002/bdra.23014>
- Amnesty International. (2015). *You shall procreate : Attacks on womens sexual and reproductive rights in Iran*. 45.
- Baumann, N. (2016). How to use the medical subject headings (MeSH). *International Journal of Clinical Practice*, 70(2), 171-174. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12767>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy : A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2015a). Effect of Multiple Previous Miscarriages on Health Behaviors and Health Care Utilization During Subsequent Pregnancy. *Women's Health Issues*, 25(2), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.11.008>
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2015b). Effect of Previous Miscarriage on Depressive Symptoms during Subsequent Pregnancy and Postpartum in the First Baby Study. *Maternal and child health journal*, 19(2), 391-400. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1521-0>
- Chabani, L. (2022, octobre 27). *Iran : Retour sur l'évolution de la condition féminine*. National Geographic. <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2022/10/iran-retour-sur-levolution-de-la-condition-feminine>
- Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H. N., Park, B., Suh, M., Rhee, Y., & Choi, K. S. (2022). Association between social support and postpartum depression. *Scientific Reports*, 12(1), 3128. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248-7>
- Daviu, N., Bruchas, M. R., Moghaddam, B., Sandi, C., & Beyeler, A. (2019). Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiology of Stress*, 11, 100191. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100191>
- Delabaere, A., Huchon, C., Lavoue, V., Lejeune, V., Iraola, E., Nedellec, S., Gallot, V., Capmas, P., Beucher, G., Subtil, D., Carcopino, X., Vialard, F., Nizard, J., Quibel, T., Costedoat-Chalumeau, N., Legendre, G., Venditelli, F., Rozenberg, P., Lemery, D., & Deffieux, X. (2014). Standardisation de la terminologie des pertes de grossesse : Consensus d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 43(10), 756-763. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.010>

- Dugas, C., & Slane, V. H. (2023). Miscarriage. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>
- Farren, J., Jalmbant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D., & Bourne, T. (2020). Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy : A multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(4), 367.e1-367.e22. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The Prevalence of Anxiety Disorders during Pregnancy and the Postpartum Period : A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(4), 18r12527. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527>
- Gaillard, R., Gourion, D., & Llorca, P. M. (2013). L'anhédonie dans la dépression. *L'Encéphale*, 39(4), 296-305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.07.001>
- Gao, L., Qu, J., & Wang, A. Y. (2020). Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage : A cross-sectional study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(5), 497-508. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1652730>
- Ghosh, J., Papadopoulou, A., Devall, A. J., Jeffery, H. C., Beeson, L. E., Do, V., Price, M. J., Tobias, A., Tunçalp, Ö., Lavelanet, A., Gülmezoglu, A. M., Coomarasamy, A., & Gallos, I. D. (2021). Methods for managing miscarriage : A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012602.pub2>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N. A., Guenette, M., & Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes : Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(5). <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
- Guillard, V., & Gressier, F. (2017). Suicidalité en période périnatale. *La Presse Médicale*, 46(6, Part 1), 565-571. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.05.018>
- Guintivano, J., Sullivan, P. F., Stuebe, A. M., Penders, T., Thorp, J., Rubinow, D. R., & Meltzer-Brody, S. (2018). Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychological Medicine*, 48(7), 1190-1200. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002641>
- Haghparast, E., Famarzia, M., & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(5). <https://doi.org/10.12669/pjms.325.10909>
- Hébert, A. (2020). *Stress et anxiété : Stratégies et techniques pour les gérer*. Éditions de Mortagne.
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Hôpitaux universitaires de Genève, Pakniyat, F., Zinkeviciute, M., Dällenbach, P., & Yaron, M. (2023, septembre 8). *Abortus du premier trimestre*.

https://www.hug.services/system/files/gyneco/public/abortus_du_premier_trimestre_-_gne_0.pdf

- Hunter, A., Tussis, L., & MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss : A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 153-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.004>
- International Confederation of Midwives. (2014). *Code de déontologie internationale pour les sages-femmes*. <https://internationalmidwives.org/fr/resources/code-de-deontologie-international-pour-les-sages-femmes/>
- Järholm, S., Thurin-Kjellberg, A., & Broberg, M. (2017). Experiences of Pre-Implantation Genetic Diagnosis (PGD) in Sweden : A Three-Year Follow-Up of Men and Women. *Journal of Genetic Counseling*, 26(5), 1008-1016. <https://doi.org/10.1007/s10897-017-0078-7>
- Lazarides, C., Moog, N. K., Verner, G., Voelkle, M. C., Henrich, W., Heim, C. M., Braun, T., Wadhwa, P. D., Buss, C., & Entringer, S. (2021). The association between history of prenatal loss and maternal psychological state in a subsequent pregnancy: An ecological momentary assessment (EMA) study. *Psychological Medicine*, 53(3), 855-865. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002221>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Le Conseil fédéral. (2017). *Améliorer le traitement à l'état civil des enfants nés sans vie Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat 14.4183 Streiff-Feller du 3 mars 2017*.
- Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2022). Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women : A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19-20), 2665-2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>
- McCarthy, F., Moss-Morris, R., Khashan, A., North, R., Baker, P., Dekker, G., Poston, L., McCowan, L., Walker, J., Kenny, L., & O'Donoghue, K. (2015). Previous pregnancy loss has an adverse impact on distress and behaviour in subsequent pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(13), 1757-1764. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13233>
- Melo, P., Dhillon-Smith, R., Islam, M. A., Devall, A., & Coomarasamy, A. (2023). Genetic causes of sporadic and recurrent miscarriage. *Fertility and Sterility*, 120(5), 940-944. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.08.952>
- Nakić Radoš, S. (2018). Anxiety During Pregnancy and Postpartum : Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clinica Croatica*, 57(1), 39-51. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.05>
- Nydegger, T. B., V. Bernet, S. El Alama, Jean-Claude Fauchère, Irene Hösli, O. Irion, Christian Kind, Bea Latal, Mathias Nelle, Riccardo Pfister, D. Surbek, Anita Truttmann, J. Wisser, R. Zimmermann, Andreas. (2012, janvier 1). Prise en charge périnatale de nouveau-nés prématurés à la limite de la viabilité entre 22 et 26 semaines d'âge de gestation complétées. *pédiatrie schweiz*. <https://www.paediatricschweiz.ch/fr/prise-en-charge-perinatale-de-nouveaunes-prematures-a-la-limite-de-la-viabilite-entre-22-et-26-semaines-dage-de-gestation-completees/>

- Office fédéral de la statistique. (2023). *Santé psychique*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, juin 17). *Santé mentale : Renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Why we need to talk about losing a baby*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165-180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podsek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J. J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B., ... Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters : The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Raghavan, D., Natarajan, J., Al. kharusi, A., Seshan, V., & Alsaraireh, A. (2024). *Impact of recurrent pregnancy loss on depression, anxiety and fertility related stress in Omani women : A cross sectional survey*.
- Razurel, C. (2016). *L'entretien psycho-éducatif vise à favoriser une construction harmonieuse de la parentalité*. 28-31.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period : A qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J.-P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health*, 57(2), 154-172. <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Validation of the post-delivery perceived stress inventory. *Psychology, Health & Medicine*, 19(1), 70-82. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.774431>
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2009). La fausse couche : Une expérience difficile et singulière: *Devenir*, Vol. 21(3), 143-157. <https://doi.org/10.3917/dev.093.0143>
- Shapiro, G. D., Séguin, J. R., Muckle, G., Monnier, P., & Fraser, W. D. (2017). Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 38(2), 121-132. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1271979>
- Shi, P., Ren, H., Li, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298-306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.085>

- Silva, M. M. D. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Anxiety in pregnancy : Prevalence and associated factors. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016048003253>
- Smythe, K. L., Petersen, I., & Schartau, P. (2022). Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(6), e2218969. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18969>
- Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression : Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183-196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
- Thomas, S. P. (2023). Mental Health of the World's Women in 2023. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(8), 681-681. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2237381>
- Thomas, S., Stephens, L., Mills, T. A., Hughes, C., Kerby, A., Smith, D. M., & Heazell, A. E. P. (2021). Measures of anxiety, depression and stress in the antenatal and perinatal period following a stillbirth or neonatal death : A multicentre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 818. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04289-0>
- Thombs, B. D., Danielle B. Rice, Markham, S., & Ziegelstein, R. C. (2023). Depression screening in pregnancy and postpartum: Just do something? *General Hospital Psychiatry*, 82, 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.02.005>
- Toffol, E., Koponen, P., & Partonen, T. (2013). Miscarriage and mental health : Results of two population-based studies. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.029>
- Toupet, A., Théau, A., Goffinet, F., & Tsatsaris, V. (2015). Pertes de grossesse à répétition : Étiologies et bilan, le point de vue du gynécologue-obstétricien. *La Revue de Médecine Interne*, 36(3), 182-190. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2014.07.004>
- Veisani, Y., Delpisheh, A., Sayehmiri, K., & Rezaeian, S. (2013). Trends of Postpartum Depression in Iran : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression Research and Treatment*, 2013, 291029. <https://doi.org/10.1155/2013/291029>
- Volgsten, H., Jansson, C., Darj, E., & Stavreus-Evers, A. (2018). Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(12), 1491-1498. <https://doi.org/10.1111/aogs.13432>
- Yeşilçınar, İ., Acavut, G., & Güvenç, G. (2022). Anxiety during the pregnancy and affecting factors : A cross-sectional study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(1), 301-309. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06590-5>
- Zabak, K., Bénifla, J.-L., & Uzan, S. (2001). Cloisons utérines et troubles de la reproduction : Résultats actuels de la septoplastie hystéroscopique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 29(11), 829-840. [https://doi.org/10.1016/S1297-9589\(01\)00228-4](https://doi.org/10.1016/S1297-9589(01)00228-4)