

Écrit professionnel de fin de formation en vue de l'obtention de
la certification de Conseillère Conjugale et Familiale
Session 2022-2023



L'accompagnement des personnes ayant vécu une grossesse arrêtée

**En quoi l'intégration de CCF dans les parcours de soin des personnes
ayant vécu un arrêt naturel de grossesse précoce peut améliorer leur
prise en charge globale ?**

Candidate Jessica LARDILLIER
Organisme de formation Planning Familial de l'Isère



Remerciements

Je remercie mes formatrices qui m'ont appris une nouvelle manière d'appréhender les choses et de me questionner sur mes représentations.

Je remercie, Melyne, Annabelle, Marie, Frédérique et Claudine, toutes les cinq CCF, qui m'ont apporté leurs éclairages sur l'accompagnement des personnes vivant un arrêt naturel de grossesse. Je les remercie pour leur partage d'expérience, les questionnements qu'elles m'ont adressé et qui m'ont permis de mûrir ma réflexion. Mais aussi pour s'être lancées dans cette aventure de l'accompagnement des personnes ayant vécu une grossesse arrêtée et de m'avoir ainsi confortée dans le fait que nous y avons notre place.

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de partager avec moi leur témoignage et qui m'ont ainsi permis de me confronter à la réalité de leur vécu et d'enrichir mon écrit.

Je remercie mes proches qui ont cru en moi, en ma capacité à réussir cette formation et en l'intérêt de mon écrit.

Enfin, je remercie mes copines de promo, toujours disponibles pour échanger, partager des doutes mais aussi des certitudes, des points de vue différents et enrichissants. Toujours le petit mot juste pour permettre à chacune d'avancer dans ce travail d'écriture et de réflexion.

Sans cette communauté, ce travail n'aurait pas été possible alors un grand merci à tous·tes !

Avant propos

CCF et arrêts naturels de grossesse. Pourquoi ce sujet ? Je me suis plusieurs fois posé la question et j'ai été tentée de changer de thème. Mais force est de constater qu'aucun autre sujet ne m'attirait au point d'en faire mon Écrit Professionnel de Fin de Formation et que je n'arrivais pas à lâcher la question des grossesses arrêtées. J'aurais pourtant préféré écrire et réfléchir sur une thématique plus courante dans les entretiens de CCF, pour laquelle j'aurais pu recueillir des informations, des observations, des témoignages pendant mes stages ; cela aurait certainement été plus simple, mais moins motivant.

En juin 2022 j'ai commencé à m'interroger sur la thématique que j'aimerais explorer dans mon EPPF. A cette époque là, j'avais à peine 6 mois de formation en Conseil Conjugal et Familial à mon actif et une seule semaine de stage au sein d'un Centre de Santé Sexuelle. Je ne me représentais donc que partiellement ce qu'est le métier de CCF. J'espérais que mes stages suivants me permettraient, aux travers des entretiens et animations vécu·es, d'entendre une problématique récurrente ou qu'un questionnement en particulier retiendrait mon attention.

J'avais à ce moment-là un intérêt pour le désir d'enfant, certainement lié au fait que nous venions d'étudier l'IVG. J'ai ensuite centré mon attention sur les trois premiers mois de grossesse. Ces fameux trois premiers mois pendant lesquels, bon nombre de personnes enceint·es gardent pour iels cette nouvelle. Je me suis demandée, en référence à mon histoire personnelle mais également à ce que j'entends autour de moi, quelles sont les raisons pour lesquelles les personnes n'annoncent pas, dans bon nombres de cas, leur grossesse avant la fin du 1er trimestre. Qu'est-ce qui fait que ces trois mois doivent-être vécus dans le secret ? Y a-t-il des tabous entourant cette période, des croyances, des craintes de la part des personnes concernées ? Le risque de « fausses couches » m'est apparu comme l'un des facteurs principaux amenant à ne pas annoncer une grossesse trop précocement. Nous ne parlons pas ou peu de nos débuts de grossesses entre autres par peur de devoir ensuite

annoncer qu'elles se sont arrêtées, par peur de faire de la peine à nos proches, par crainte du jugement, par peur d'avoir à affronter la mort précisément au moment où nous attendons la vie. Mais ce comportement nous impose donc de vivre également dans le secret, dans la solitude un éventuel arrêt naturel de grossesse. Comment annoncer la fin d'une grossesse alors que nous n'avions même pas annoncé son commencement ?

En septembre 2022, je suis en stage dans un Centre de Santé Sexuelle au sein d'un établissement hospitalier. L'activité est très calme, même pour la période ce qui me permet d'avoir des temps d'échange sur divers sujets avec les CCF en poste. J'apprends que la maternité fait parfois appel (essentiellement en l'absence de la psychologue du service) aux CCF pour proposer aux personnes hospitalisées suite à un arrêt de grossesse de les rencontrer pour avoir un temps d'échange, de parole pendant lequel déposer leur vécu. Mais ce temps n'a rien de formalisé et reste même rare dans la pratique des CCF de ce CCS.

Par la suite, je constate que je n'ai sur aucun de mes lieux de stage reçu de personne abordant la question d'un arrêt naturel de grossesse, ce qui m'a questionnée. Compte tenu de la formation des CCF et de leur domaine d'intervention, à savoir la vie affective, relationnelle et sexuelle, ce questionnement à persisté et j'ai souhaité explorer à la fois le sujet des grossesses arrêtées naturellement mais également la place que les CCF peuvent prendre dans ces accompagnements.

J'ai choisi d'utiliser au maximum l'écriture inclusive et de parler de personnes enceint·es plutôt que de femmes enceintes afin d'inclure toutes les personnes ayant eu une grossesse arrêtée.

Sommaire

Remerciements	p. 1
Avant-propos	p. 2
Introduction	p. 7
I. Arrêts naturels de grossesse : de quoi parle-t-on ?	p. 10
1. Définitions et choix des mots	p. 10
1.1. Définition de la fausse couche	p. 11
1.2. Un travail sur la sémantique	p. 12
2. La place des arrêts naturels de grossesse dans la société	p. 14
2.1. La grossesse dans la société	p. 14
2.2. Représentations autour des arrêts naturels de grossesse précoces	p. 16
2.3. Le statut de l'embryon et du fœtus	p. 17
3. Comment je me situe face aux arrêts naturels de grossesse	p. 18
4. Causes et prise en charge des arrêts naturels de grossesse	p. 20
4.1. Les anomalies chromosomiques : la principale cause des arrêts naturels de grossesse	p. 19
4.2. La prise en charge de l'arrêt naturel de grossesse	p. 22

II. Le deuil anténatal	p. 25
1. Définition et spécificité du deuil anténatal	p. 26
2. Les conséquences du deuil anténatal sur le couple	p. 28
3. Qu'est-ce qui influence la manière de vivre son deuil ?	p. 29
3.1. La posture des soignantes	p. 30
3.2. L'histoire du/des parents	p. 33
3.3. La reconnaissance de la perte	p. 34
III. Place des CCF dans l'accompagnement des parents	p. 36
1. La mise en place de parcours de soin spécifiques	p. 35
1.1. Une nouvelle loi pour faciliter l'accompagnement des parents	p. 37
1.2. Des initiatives portées par les CCF en milieu hospitalier	p. 38
2. Une place pour la démedicalisation	p. 40
3. D'autres possibles	p. 42
3.1. Questionner systématiquement les antécédents de grossesse	p. 42
3.2. Intégrer les arrêts naturels de grossesse dans nos animations EVARS	p.43
4. Points de vigilance	p. 44
4.1. CCF : un métier mal connu	p. 44
4.2. Les limites des compétences des CCF	p. 46
4.3. Un maillage partenarial à développer	p. 47
4.4. Poursuivre sa formation en tant que CCF	p. 48

Conclusion	p. 49
Glossaire	p. 51
Bibliographie	p. 52
Annexes	p. 55

Introduction

« Si l'on ne parle pas de la fausse couche, la fausse couche n'existe pas. Si un fait, même partagé par une immense partie de la population, n'est pas inscrit dans le récit collectif, il n'y a pas sa place »¹. Cette phrase de Judith Aquien, autrice du livre *Trois mois sous silence – Le tabou de la condition des femmes en début de grossesse* résume la place (ou plutôt l'absence de place) qu'ont encore aujourd'hui les grossesses arrêtées naturellement dans notre société.

« Une fausse couche précoce (FCP) complique 10 à 20 % des grossesses. Selon les données du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), en 2016, il y a eu 842 000 grossesses (incluant les accouchements par voie basse ou par césarienne, les interruptions médicales de grossesse). Sur la base de ces informations, le nombre de FCP peut être estimé entre 84 000 et 168 000 par an »². Ces chiffres minimisent probablement le nombre réel dans la mesure où certaines grossesses s'arrêtent spontanément au cours des toutes premières semaines de gestation, lorsque celles-ci ne sont pas encore connues et ces arrêts peuvent alors être interprétés comme des retards de règles avec des saignements plus abondants qu'habituellement. Statistiquement, 1 femme sur 4 vivra, au cours de sa vie, un arrêt naturel de grossesse.

Chaque jour en France, en moyenne 345 grossesses s'arrêtent spontanément au cours du 1er trimestre. Souvent prises en charge dans les services d'urgences gynécologiques, elles sont dans la majorité des cas sans danger pour la vie de la personne et peuvent être confiées à des internes en médecine.

A ce jour, l'accompagnement des personnes enceintes et co-parents n'est que très rarement formalisé en dehors des actes purement médicaux liés au diagnostic puis au traitement de la grossesse arrêtée. Selon le Docteur Marie Bornes, Responsable de la Maternité de l'Hôpital de Tenon à Paris « Il y a un problème en France de prise en charge des patientes [...]. La prise en charge médicale est bien souvent relativement simple [...], mais la prise en charge de tout ce qui va avec, en général,

¹ Aquien, J. (2021). *Trois mois sous silence : Le tabou de la condition des femmes en début de grossesse*

² HAS, Recommandation relative à la prise en charge à titre dérogatoire du Misoprostol dans le cadre d'une recommandation temporaire d'utilisation, 2018, Chapitre 06 Population concernée

n'est pas à la hauteur de l'événement pour les patientes »³. L'accueil des émotions, des ressentis n'a que peu de place lors des annonces d'arrêt de grossesse. Or, du point de vue des futurs parents, l'arrêt d'une grossesse n'est pas une banalité dans leur quotidien. Bien que la parole semble se libérer autour de ces événements depuis quelques années (livres, témoignages sur les réseaux sociaux, constitution de collectifs, interpellation du Gouvernement et dernièrement adoption d'une loi,...), l'accompagnement psychologique organisé n'en est encore qu'à ses débuts.

Pendant ma formation et mes stages j'ai été surprise de ne pas entendre évoquer les arrêts naturels de grossesse. Pour quelles raisons n'ai-je, dans aucun entretien CCF, entendu parlé d'une grossesse arrêtée alors que celle-ci fait partie intégrante de la vie reproductive des personnes ?

Je propose d'étudier dans cet EPFF la problématique suivante : **En quoi l'intégration de CCF dans les parcours de soin des personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse précoce peut améliorer leur prise en charge globale ?**

Mon sujet s'inscrit dans les compétences suivantes du référentiel métier des CCF : la conduite d'entretiens dans une approche psychosociale (counselling) auprès de personnes ou de couples dans le champs de la vie affective, relationnelle et sexuelle, la mise en oeuvre d'actions collectives telles que l'animation de groupes de parole, l'accompagnement des personnes dans le champs de la santé sexuelle par la mise à disposition d'informations objectives sur l'anatomie et la physiologie de la sexualité humaine afin de permettre aux personnes de connaître leur corps, l'accompagnement des personnes dans le champs de la conjugalité et de la parentalité en analysant les questions de désir d'enfant, en les situant dans les normes sociétales afin de permettre aux personnes de clarifier leur projet.

En ce début de travail, je fais plusieurs hypothèses notamment sur les conséquences (sur la relation, la communication mais également la sexualité) des arrêts spontanés de grossesse pour les personnes dont la grossesse s'est arrêtée mais également pour leur couple lorsque ce projet est vécu à deux. Je fais également l'hypothèse qu'un arrêt naturel de grossesse peut impacter les futures grossesses. Enfin, je suppose que, de par leur formation les CCF peuvent proposer

³ L'écho des gynécologues, Podcast. *1er épisode : la fausse couche, un mal banal*, Dr Marie Bornes, gynécologue obstétricienne Maternité Hôpital Tenon à Paris

des espaces de parole qualitatifs permettant d'intégrer son vécu dans son histoire personnelle.

Afin de pouvoir répondre à ma problématique, je me suis dans un premier centrée sur une recherche documentaire reposant à la fois sur des contenus trouvés sur Internet (podcasts, articles, statistiques, film, court-métrage,...), que sur la lecture de livres concernant les grossesses arrêtées et le deuil périnatal (théorie et témoignages), le désir d'enfant ou encore la notion de « tenir conseil ». J'ai par la suite recherché, non sans difficultés, des CCF pouvant m'apporter leur expérience dans ce domaine. Enfin, j'ai également recueilli des témoignages de personnes ayant vécu un ou plusieurs arrêts de grossesse soit par le biais d'entretiens semi-directifs, soit par le biais de témoignages écrits (au choix des personnes). Cette étape a également été plus compliquée que je ne l'aurais crue. En effet, les personnes contactées pour témoigner ont peu répondu. Mon écrit se basera donc à la fois sur des témoignages recueilli suite à un appel à témoin, sur un blog ou encore dans des livres de témoignages comme « Parents orphelins »⁴.

Dans un premier temps, je propose de faire un travail de définition et de contextualisation des grossesses arrêtées ainsi qu'un point sur la prise en charge du diagnostic et du traitement des arrêts naturels de grossesse (Partie I). Nous verrons ensuite ce que recouvre le deuil anténatal, ses conséquences pour les personnes et ce qui peut l'influencer (Partie II). Enfin, nous verrons quelle peut être la place de la CCF dans l'accompagnement des personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse avec notamment des exemples de pratiques, les limites et des pistes pour favoriser la prise en charge des personnes (Partie III).

⁴ Nanteuil, S. (2021). *Parents orphelins : Vivre une fausse couche, une IMG, un deuil périnatal*. Hachette Pratique

I. Arrêt naturel de grossesse, de quoi parle-t-on ?

En tant que future CCF, il me semble indispensable avant de commencer tout travail sur une thématique de pouvoir en définir les contours. Par contours, j'entends à la fois les représentations, les tabous et les injonctions qui ont cours dans notre société. L'intérêt de les identifier est de comprendre dans quel système les grossesses arrêtées s'inscrivent.

J'inclue également dans cette définition des contours, le travail nécessaire que je dois faire à titre individuel pour pouvoir me situer personnellement face aux arrêts de grossesses : quels sont mes à priori, mes biais, mes croyances et mon propre vécu lié aux arrêts naturels de grossesses. Ce travail me semble indispensable pour identifier mes propres représentations qui pourraient interférer lors des entretiens notamment dans ma manière d'écouter et d'être centrée sur la personne et son vécu. Cela me permettra également d'identifier quand leur récit fait écho à ma propre histoire mais également à notre histoire en tant que société.

Dans cette première partie nous verrons donc ce que recouvre le terme de "fausse couche". J'expliquerai également pour quelles raisons j'ai choisi de privilégier l'utilisation "d'arrêt naturel de grossesse" ou encore "grossesse arrêtée" dans cet écrit. Je situerai ensuite la place faite aux grossesses et aux arrêts naturels de grossesses en France et je me situerai par rapport à ma thématique. Enfin nous verrons quelle est la prise en charge actuelle en France.

1. Définition et choix des mots

Fausse couche, grossesses arrêtées, arrêts naturels/spontanés de grossesses, interruptions spontanées/naturelles de grossesse. Le terme de fausse couche est le plus communément employé tant à l'écrit qu'à l'oral. Mais que signifie-t-il ?

Dans cette première partie je vais donc définir la fausse couche puis proposer un travail de réflexion autour de la sémantique.

1.1. Définition de la fausse couche

Les fausses couches ont toujours existé quelle que soit l'époque, le lieu de vie des personnes ou encore leur niveau social. Au 19^{ème} siècle le terme « fausse couche » signifie « *un arrêt de grossesse non-concomitant avec un accident violent mais qui se met en place lentement à l'insu de la femme* »⁵.

Aujourd'hui, la fausse couche est définie comme « *un arrêt spontané de la grossesse avant la 22^{ème} semaine d'aménorrhée (soit environ 5 mois), date de viabilité du fœtus. La fausse couche est précoce si elle survient avant la 14^{ème} semaine d'aménorrhée (premier trimestre). C'est le cas le plus fréquent. Elle est tardive si elle a lieu entre la 14^{ème} et la 22^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle est le plus souvent isolée : la femme enceinte fait une seule fausse couche. C'est une situation fréquente, puisqu'elle touche environ 15 % des grossesses* »⁶.

Ces définitions sont très factuelles et traduisent ce qui se passe sur le plan physique uniquement. Elles permettent un consensus sur ce que nous nommons par fausse couche et fausse couche précoce et sont donc de ce point de vue indispensables.

Cependant peut-on se satisfaire d'une définition générale ? L'autrice du blog Sweetlmoon écrit dans son témoignage que « *La société veut terriblement minimiser la fausse couche comme quelque chose de banal, quelque chose qui touche beaucoup de femmes et qui donc n'est pas dramatique en soi. Alors d'accord c'est ainsi, le corps est une machine exceptionnelle et a fait le job en rejetant ce qui n'était pas viable. Mais ce petit truc qui n'était pas viable, devait être notre bébé* »⁷. Je déduis de ces propos que pour l'autrice, la définition ci-dessus ne recouvre qu'une partie de ce qu'elle a vécu. Pour elle, une fausse couche s'est aussi la perte de son futur bébé. En effet, la fausse couche n'est pas que l'arrêt sur le plan physique d'une grossesse, la grossesse n'engageant pas uniquement un processus de changements physiques mais également un important remaniement psychique et ceci dès que la grossesse est connue.

⁵ EVRARD, J-J (1846). *Faculté de médecine de Paris. De l'avortement ou fausse couche : Thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 4 avril 1846*

⁶ <https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/urgence/pathologies/fausse-couche>

⁷ Extrait du Blog Sweetlmoon écrit par F., <https://sweetlmoon.wordpress.com/>

En tant que CCF notre travail est de connaître à la fois la définition générale admise par la société mais également de prendre en considération, par l'écoute des personnes, qu'elle est leur propre définition de ce qui leur arrive, de ce qu'elles vivent. Chacune s'exprimera avec des mots, des émotions différent-es, mais signifiant-es pour elle. Le témoignage ci-dessus montre le décalage entre la prise en charge médicale, physique et la globalité de la situation, des conséquences psychologiques que cela peut entraîner.

1.2. Un travail nécessaire sur la sémantique

Aujourd'hui, dans le langage courant le terme fausse couche est majoritairement employé et ce même par les personnes en ayant vécu une. Il est identifié et pour la plupart d'entre nous, nous savons ce qu'il signifie. Alors pourquoi d'autres termes comme « arrêts ou interruptions spontanées de grossesse » sont également employés ?

Plusieurs collectifs et associations demandent à ce que le terme de « fausse couche » ne soit plus utilisé, mettant en avant l'argument selon lequel « il n'y a rien de faux dans une fausse couche ». Quand la grossesse est investie par la personne enceinte, l'embryon est parfois très tôt considéré comme un bébé et investit sur le plan affectif et dans les projections parentales. Le terme fausse couche viendrait nier l'existence de cette grossesse et des projections des futurs parents. Leur vécu et leur ressenti suite à la découverte de l'arrêt de la grossesse, qui est souvent douloureux, tant sur le plan émotionnel que physique ne serait pas pris en compte. D'où cette demande que ce terme de fausse couche ne soit plus employé afin de prendre en compte le vécu des personnes et la réelle existence, parfois courte, de ces grossesses.

Par ailleurs, l'expression « faire une fausse couche » renvoie à la responsabilité de la personne enceinte dans l'arrêt de cette grossesse. Le Collectif « Fausse couche, vrai vécu » demande donc à ce que les verbes « subir » ou « vivre » soient utilisés en lieu et place de « faire ».

Dans une pétition du 25 mars 2022, ce même-collectif appelle à utiliser le terme d'arrêts naturels de grossesse : « *D'ailleurs commençons par les mots. Finissons-en*

avec l'expression "Faire une fausse couche" qui culpabilise et invisibilise. Parce que rien n'est faux, et que tout est vrai. Parce que nous ne faisons pas les fausses couches, mais les subissons. Et que les mots pèsent sur nos esprits, dictent nos pensées et influencent nos actes. Parlons d'arrêts naturels de grossesse. Car c'est bien ce dont il s'agit et ce que nous vivons dans nos corps »⁸.

Compte tenu des arguments avancés par le Collectif « Fausse couche, vrai vécu » et bien que le terme de fausse couche soit encore aujourd'hui majoritairement utilisé dans notre société, je fais le choix dans cet écrit d'employer les termes « arrêt naturel de grossesse » ou encore « grossesses arrêtées ». Par ailleurs, je n'utiliserai pas le verbe « faire... » mais « vivre... ». En effet les mots employés participent grandement à la définition et à la place que nous donnons à une situation mais aussi aux personnes qui la vivent. Il me semble nécessaire dans ce cadre d'utiliser un vocabulaire validant le fait que la personne enceinte n'est pas responsable de l'arrêt de sa grossesse et que ce qu'elle vit peut ne pas se résumer à une définition médicale.

Pour ce qui est de la pratique de CCF en entretien, il me semble primordial d'utiliser les termes employés par les personnes reçues après s'être assuré·e de la définition qu'elle en a et du fait que ce terme lui convient pour parler de sa situation. Concernant l'utilisation de l'expression « faire une fausse couche », même si elle est employée par la personne, il me semble intéressant d'utiliser le verbe « vivre » ou encore « ce que vous avez vécu » dans les reformulations pour permettre à la personne d'entendre une autre version, une autre façon d'envisager sa place dans cette situation.

⁸ Extrait de la Pétition du Collectif « Fausse couche, vrai vécu » du 25 mars 2022, <https://www.change.org/p/fausse-couche-vrai-v%C3%A9cu-1sur4>

2. La place des arrêts naturels de grossesse dans notre société

Pour parler de la place des arrêts naturels de grossesses, il faut que j'aborde la question de la place de la grossesse dans notre société. Je ne parlerai pas ici des hommes trans enceints ou encore des personnes non-binaires enceint-es. En effet, n'ayant pas fait de recherche spécifique sur les conditions de vécu des grossesses de ce public, je fais le choix de me centrer sur les grossesses chez les femmes cisgenre.

2.1. La grossesse dans notre société

Entre religion, politiques natalistes, ignorances puis progrès médicaux, contes, publicités,... la maternité et la place des femmes enceintes ont toujours été influencées par des normes et des injonctions.

La religion catholique qui imprègne depuis plusieurs siècles notre société impose à la femme une place de pécheresse. Ève croquant la pomme et conduisant par sa faute, l'ensemble des femmes à devoir enfanter dans la douleur. Ensuite Marie, mère de Jésus, viendra racheter en partie la faute d'Ève, en enfantant (sans acte sexuel, sans péché de chaire), le fils de Dieu. La religion catholique nous inculque depuis des siècles qu'il est normal de souffrir pour avoir un enfant.

La femme a pendant longtemps été associée au rôle de mère. Selon M. GAILLE dans son ouvrage "Le désir d'enfant - Histoire intime, enjeu politique"⁹, le corps de la femme étant le seul à avoir les attributs permettant de mener à terme une grossesse, la femme est considérée comme ayant pour destin d'enfanter. Cela est décrit comme naturel du fait même de l'anatomie des corps féminins. La médecin hippocratique centre son approche de la santé de la femme autour de la santé reproductive et donc vient en quelque sorte dissocier le rôle de l'homme et de la femme et confirmer son rôle maternel. Cependant cette différenciation des rôles liée au biologique apparaît

⁹ Gaille, M. (2015). *Le désir d'enfant : Histoire intime, enjeu politique*. PUF.

aujourd'hui comme une construction sociale mise en place afin de permettre la domination des hommes sur les femmes.

La parentalité donnerait par ailleurs un rôle, une place dans la société, davantage aux femmes qu'aux hommes, qui sont attendues comme procréatrices. Le fait de ne pas avoir d'enfant pour une femme interroge sur sa vie, ses relations, son bonheur, sa fertilité.

Les politiques natalistes notamment après guerres ont également dicté aux femmes et aux couples la bonne conduite à tenir quant aux grossesses, à grand renfort de messages paternalistes et patriotiques, puis par la mise en place des allocations familiales pour encourager les couples à enfanter et repeupler la France.

Dans les films, sur les réseaux sociaux et même dans les discours des femmes entre elles, il n'est pas rare d'entendre ou de voir la grossesse décrite comme une période de plein épanouissement, pendant laquelle les femmes sont montrées comme radieuses, vivant la plus belle période de leur existence. Il en est de même dans les contes qui nous enseignent depuis notre jeunesse, que l'enfantement est le but de notre vie et qu'être parent est sans conteste une grande joie (« Ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants »).

Ces images laissent à penser que la période de grossesse devrait être vécue de la sorte par toutes. Ainsi les discours différents peuvent sembler illégitimes ce qui peut renforcer le silence autour des réels vécus, des difficultés rencontrées telles les nausées, les vomissements, la fatigue exacerbée, les douleurs physiques, les multiples questionnements dont les femmes peuvent souffrir.

Et quand elles abordent le sujet avec un·e soignant·e il peut leur être renvoyé que ce sont les “petits maux de la grossesse” pour lesquels il existe peu de traitement malgré les difficultés qu'ils peuvent engendrer. La grossesse n'est pas, dans la plupart des cas, un état pathologique et n'est que temporaire. Les laboratoires médicaux développent donc peu voire pas de traitement qui permettrait d'atténuer les manifestations, parfois « handicapantes » de la grossesse.

D'un point de vue administratif, la grossesse n'est pas reconnue avant la fin du 1er trimestre de gestation. C'est à ce moment qu'est pratiquée la première échographie obligatoire dans le parcours de soin de la grossesse qui la valide. C'est aussi à ce moment qu'est remis un certificat de grossesse à la personne enceinte. Ce certificat permet de déclarer la grossesse à la CAF et à la Sécurité sociale.

Enfin, sur le plan professionnel, aucun aménagement du temps de travail n'est prévu par le code du travail pour les femmes enceintes. Cette réduction du temps de travail peut cependant être validée par une convention collective ou encore un accord d'entreprise et applicable à partir du 4ème mois de grossesse.

Ainsi le système est bien rodé et tout est fait pour qu'une image positive, épanouissante de la grossesse soit véhiculée. Par ailleurs, la non prise en compte du vécu physique des femmes peut les inciter à ne pas parler publiquement des réalités de leurs grossesses et faire que cela reste dans le privé, les isolant et les empêchant ainsi de créer un autre discours collectif, le leur.

2.2. Représentations autour des arrêts naturels de grossesses précoces

Les grossesses arrêtées ont toujours existé, indépendamment du lieu de vie, de l'époque et du niveau de vie des personnes.

Le développement de la médecine obstétricale a permis de mieux connaître et comprendre ce qui se passe dans le ventre des femmes pendant la grossesse. Auparavant, cette période était entourée de croyances notamment autour des émotions des futures mères et du lien qu'elles pouvaient avoir avec les arrêts de grossesse. Celles-ci pouvant en cas de grandes émotions ou encore de visions d'horreur s'imprimer sur le bébé à naître et engendrer des malformations voire son décès in-utéro.

D'un point de vue législatif, jusqu'en 2023 il n'existe pas de reconnaissance en tant que tel de l'arrêt naturel de grossesse précoce.

Les conséquences psychologiques d'une perte de grossesse précoce sur les parents sont peu prises en compte. Le fait que la grossesse soit récente et encore invisible peut laisser à penser que les parents n'ont pas eu le temps de s'attacher à l'embryon ou au fœtus et que par conséquent sa perte n'est pas importante. Il est souvent renvoyé aux parents qu'ils pourront avoir d'autres enfants ou encore que la nature fait bien les choses, ce qui nie l'existence spécifique de l'enfant qui était attendu.

2.3. Le statut de l'embryon et du fœtus

Afin de pouvoir accompagner les personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse précoce, il est important de faire un point sur le statut de l'embryon et du fœtus.

Depuis l'antiquité, la question de savoir à partir de quand un embryon, un fœtus et un enfant peuvent être considérés comme vivants se pose. La notion d'âme est d'abord prise en compte pour définir ce qui est vivant ou non. L'âme intégrant le corps à des moments divers en fonction des courants religieux ou philosophiques.

Pour l'OMS un fœtus est considéré comme viable, c'est-à-dire pouvant vivre en dehors du corps de la personne enceinte à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou d'un poids de plus de 500g. En France, « *le décret n° 2008-800 du 9 janvier 2008 prévoit, que l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Il repose sur la notion d'« accouchement ». Il peut être délivré à tous les parents d'enfants mort-nés ou nés vivants mais non viables, à l'exclusion des fausses couches précoces et des interruptions volontaires de grossesse. Il n'est plus fait référence à la notion de viabilité, contrairement à la situation prévalant avant les arrêts de la Cour de cassation* »¹⁰.

Dans le cadre des grossesses arrêtées au cours du 1er trimestre de grossesse soit avant la 14ème semaine d'aménorrhée, il ne peut y avoir établissement d'un

¹⁰ AGAPA (2022), *Dossier Droits et Formalités relatifs au deuil périnatal*.
<https://association-agapa.fr/wp-content/uploads/2022/08/legislation-sur-les-droits-Agapa-31-aout-2022.pdf>

certificat d'accouchement ce qui entraîne que l'embryon n'a pas d'existence juridique à proprement parler. Il ne peut donc pas être inscrit sur le livret de famille.

En France d'un point de vue juridique, l'embryon et le fœtus ne sont pas des personnes et n'ont pas de personnalité juridique, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de droits.

Nous voyons que le statut de l'embryon et du fœtus tend à se préciser. Les droits des personnes enceintes viennent s'imbriquer avec les droits des embryons et fœtus. Le fait qu'un embryon et un fœtus ne soit pas considérés comme une personne mais comme un être humain permet le droit à l'IVG. Cependant cela vient limiter les droits des parents qui vivent un arrêt de grossesse précoce à faire reconnaître son existence.

3. Comment je me situe face aux arrêts naturels de grossesses

A titre personnel, je n'ai pas été confrontée dans mon corps à un arrêt naturel de grossesse. 1 grossesse, 1 bébé, pas d'IVG, pas de grossesse arrêtée. J'ai cependant vécu comme 20 à 40% des personnes enceintes des saignements au cours du 1er trimestre de ma grossesse. Je me souviens m'être rendue, avec angoisse, aux urgences gynécologiques pour me faire examiner. Mon angoisse tenait au fait qu'une fausse couche (c'est le terme que j'utilisais à ce moment-là) n'était pas envisageable, j'étais enceinte de 8 SA et ce qui pour le corps médical n'était alors qu'un embryon était déjà pour moi mon bébé, à qui je m'adressais par la pensée. Je peux dire ici que les témoignages des personnes qui disent avoir perdu leur bébé ou leur futur bébé font largement écho à la place que j'ai donné très tôt à ma fille. Cependant, j'ai conscience que toutes les personnes enceintes n'investissent pas de la même manière et au même rythme leur-s grossesse-s et leur-s embryon-s. Pour savoir comment la personne se situe, il est donc nécessaire d'adopter en tant que professionnel·le une posture d'écoute centrée sur la personne, ce qu'elle exprime est valable pour elle à ce moment-là et ne vient pas remettre en question d'autres formes de vécu.

J'ai ensuite été examinée, à grand renfort d'internes en médecine. Cette expérience a été désagréable, j'ai eu l'impression d'être le « cas » à voir à ce moment. Là

encore, mon vécu et mon ressenti sont très personnels et il est tout à fait possible que d'autres personnes n'aient pas vécu cette situation comme intrusive.

Les mots fausse couche, arrêt de grossesse n'ont jamais été évoqués (ou bien ne les ai-je pas entendus ?). Je n'ai pas souvenir d'avoir questionné quant à la suite de ma grossesse... Le cœur de mon bébé battait, le décollement du placenta qui avait engendré les saignements pouvait se résorber, je suis donc repartie chez moi avec une semaine d'arrêt et une échographie de contrôle à faire. Je n'ai pas parlé de cet événement à mon entourage à ce moment, bien que j'aurai alors eu besoin de mettre des mots sur mes émotions, sur cette culpabilité que j'ai ressentie. On peut être convaincu·e de ne pas être responsable mais pour autant se sentir coupable... Là encore dans mon expérience personnelle qui n'a pas débouché sur un arrêt de grossesse j'ai ressenti de la culpabilité. Cette émotion est personnelle et ne peut être projetée, attendue chez l'ensemble des personnes qui vivraient un arrêt de grossesse. D'autres formes de vécu existent et doivent donc pouvoir s'exprimer sans jugement, qui serait lié à notre propre histoire.

Toujours à titre personnel, j'ai été amenée à recevoir des annonces d'arrêts naturels de grossesses vécus par des proches. Je me souviens de ma profonde tristesse pour elles lorsqu'elles me l'ont annoncé, mon impuissance, mon incapacité à réagir, à trouver les mots. Pour l'une d'elle, je me rappelle du temps qu'il a fallu pour qu'elle évacue complètement le contenu de son utérus, de ces douleurs ressenties pendant plusieurs jours, des multiples rendez-vous avec le gynécologue pour contrôle. Je sais que pour ces personnes, ces arrêts de grossesse ont impacté leur santé mentale mais également leurs grossesses suivantes, voire leur possibilité de se projeter dans une grossesse ultérieure malgré un désir d'enfant bien présent. Plus largement ces arrêts naturels de grossesse ont été le lieu de profonds silences, de non-dits entre nous.

Dans le cadre de cet écrit et de la recherche de témoignages j'ai été mise en difficulté, pensant que j'allais de nouveau être submergée par les émotions que j'avais ressenties avec les personnes de mon entourage. Cette appréhension m'a freinée dans ma démarche d'appel à témoin. J'ai cependant pu constater par la suite un écart entre ma façon d'écouter, de recevoir des témoignages dans le cadre personnel et dans le cadre de ce travail. Je note donc que pour ma part

l'engagement affectif que je peux avoir avec mes proches parasite ma capacité à être présente. Cette difficulté à trouver la juste place pour soi et pour les parents endeuillée en tant que proche semble courante.

Cependant, j'ai constaté qu'en me positionnant en tant que future professionnelle, j'étais en capacité d'écouter des récits en étant dans l'empathie et l'écoute active.

4. Causes et prise en charge des arrêts naturels de grossesses

La médecine gynécologique et les instruments ont fortement évolué au cours des 19 et 20ème siècles permettant une meilleure compréhension de la grossesse et améliorant fortement leur prise en charge sur le plan médical, limitant ainsi la mortalité infantile et maternelle.

Au cours des siècles passés, les médecins ont fait beaucoup de suppositions sur les causes des arrêts de grossesse reposant entre autres sur le comportement des femmes enceintes à l'attention desquelles ils ont rédigé des recommandations parfois contradictoires pour éviter un arrêt de grossesse. Pendant longtemps, les méconnaissances scientifiques et le poids des croyances ont fait peser une forte responsabilité sur les femmes quant au devenir de leur futur enfant, les rendant responsables par leurs actions, leur inaction ou encore leurs émotions des morts in-utéro ou des malformations.

Aujourd'hui il reste dans l'inconscient collectif qu'une des fonctions principales des femmes est d'être mère, que leur corps est fait pour cela. Être femme, se serait donc avant tout être une mère et par extension une bonne mère, donc capable de prendre soin de son enfant. Les arrêts naturels de grossesse comme l'infertilité, renvoient à cette incapacité à enfanter et à jouer son rôle de protection de l'enfant à naître.

Pour certaines femmes, les questions telles que « Qu'est-ce que j'ai mal fait ? », « Qu'est-ce que j'aurais pu faire autrement, mieux ? » montrent une forme de culpabilité, de responsabilisation face à cet événement.

4.1. Les anomalies chromosomiques : la principale cause des arrêts naturels de grossesse

A ce jour, les causes d'un arrêt naturel de grossesse ne sont pas explorées, sauf s'il s'agit d'arrêts à répétition (3 arrêts de grossesse consécutifs). La plupart du temps dans le cadre d'un arrêt de grossesse isolé il est donc impossible de savoir précisément ce qui en ait la cause comme le rappelle le site Ameli « *La cause d'une fausse couche isolée est rarement recherchée. Elle est due le plus souvent à une anomalie de développement du fœtus. Selon l'hypothèse la plus probable, l'embryon présenterait des anomalies chromosomiques qui stopperaient son développement normal et aboutiraient à son expulsion* »¹¹. D'un point de vue médical, il existe un consensus sur le fait que des anomalies chromosomiques de l'embryon sont majoritairement responsables de ces grossesses arrêtées. Selon le Docteur Marie Bornes, gynécologue obstétricienne à la maternité de l'Hôpital de Tenon à Paris l'arrêt naturel de grossesse « *C'est quelque chose de normal, normal dans le sens de non-pathologique surtout quand on sait que la première cause est un mauvais mélange de chromosomes* »¹².

Je retiens donc pour ma pratique de CCF qu'il est important de souligner que, dans la majorité des cas, rien ni personne n'est responsable de l'arrêt naturel de grossesse et qu'il est important de le signifier aux parents. Cependant, cela n'enlève pas nécessairement toute forme de culpabilité pour les personnes et il peut être intéressant de chercher avec elles qu'elles représentent elles ont/avaient de la grossesse, du fait d'être parents, père, mère, ce que la maternité, la paternité, la parentalité recouvre pour eux dans leur histoire familiale, individuelle et de couple.

¹¹ <https://www.ameli.fr/isere/assure/sante/urgence/pathologies/fausse-couche>

¹² L'écho des gynécos. Podcast 1er épisode : la fausse couche, un mal banal. Dr Marie Bornes, gynécologue obstétricienne Maternité Hôpital Tenon à Paris

4.2. La prise en charge de l'arrêt naturel de grossesse

La découverte de l'arrêt d'une grossesse peut se faire dans différentes conditions. Parfois il n'est découvert que lors d'une échographie (de datation ou encore lors de l'échographie du 1er trimestre) comme le rappelle ce témoignage : « *Je suis allée à la première échographie. On rencontre alors le gynécologue, il commence l'examen et nous annonce : « Oh, ben c'est une grossesse arrêtée »*¹³. Aucun signe physique n'a permis de se rendre compte de la fin de vie de l'embryon ou du fœtus avant la découverte par le médecin de l'arrêt de son activité cardiaque, qui peut parfois dater de plusieurs jours (taille de l'embryon ne correspondant pas au terme de la grossesse). Les parents apprennent dans ce cas, souvent de manière abrupte, la mort de leur futur enfant au moment où ils s'attendent à le rencontrer visuellement, à entendre pour la première fois les battements de son cœur.

Dans d'autres cas, des signes physiques tels que l'apparition de saignements plus ou moins abondants (accompagnés ou non de douleurs utérines, d'une diminution voire disparition des nausées, la réduction des seins,...) sont des symptômes perçus conduisant à une consultation gynécologique. L'un des témoignage du Podcast Luna Podcast, "Fausses couches « banales »" évoque cette situation : « *Je me lève, je vais boire un café et je me rends compte que j'ai des saignements et je comprends à ce moment-là que je suis en train de perdre le bébé »*¹⁴ ou encore le témoignage de S. « *en septembre la grossesse s'est arrêtée précocement vers 3 semaines ou 1 mois de grossesse. J'ai eu très mal au ventre toute la journée et le soir j'ai saigné, j'ai su tout de suite compris ce que c'était...* »¹⁵. Dans ces cas, une échographie permet de vérifier qu'il s'agissait bien d'une grossesse intra-utérine (et non pas extra-utérine) et de l'absence d'activité cardiaque. Cette échographie permet également de vérifier si l'embryon ainsi que l'ensemble des tissus issus de la grossesse ont bien été évacués ou non.

Et parfois, des saignements conduisent à consulter, l'échographie révèle une anomalie mais une activité cardiaque est encore présente. Comme l'écrit S. dans

¹³ Nanteuil, S. (2021). *Parents orphelins : Vivre une fausse couche, une IMG, un deuil périnatal*. Hachette Pratique. Témoignage de Marine p. 12

¹⁴ Luna podcast. (2021, 3 février). *LUNA PODCAST | Découvrez l'épisode sur la fausse couche « banale »* LUNA PODCAST. <https://lunapodcast.com/la-fausse-couche>

¹⁵ Extrait du témoignage de S. recueilli par écrit en juin 2023 suite à appel un à témoin

son témoignage : « *En avril j'ai eu des saignements et j'ai eu peur j'étais enceinte de 2 mois environ. La grossesse ne s'est pas arrêtée de suite. J'ai fait une 1ère écho on voyait le fœtus mais on m'avait prévenu qu'il était trop petit. Puis on m'a laissé dans le questionnement le doute livrée à moi-même en me disant que la grossesse allait s'arrêter et il n'y avait qu'à attendre. Mais plus rien ne se passait. J'ai vécu une longue semaine de doutes mais aussi d'espoirs. Un jour je saignais et je me disais c'est fait, le jour d'après plus de saignement, je retrouvais espoir. J'avais des signes de grossesse : poitrine gonflée, nausées qui arrivaient. J'ai refait une écho et le fœtus était toujours là avec une activité cardiaque, mais ne grossissant pas normalement. On m'a redit d'attendre. De nouveau j'étais entre le doute, la peur et l'espoir. Ne pouvant plus de cette torture psychologique je décidais d'aller aux urgences 5 jours après la 2ème écho. Ce jour on m'a dit qu'il n'y avait plus d'activité cardiaque »¹⁶. Elle parle ici des doutes et de l'espoir qui l'ont accompagnée dans l'attente que l'activité cardiaque de son fœtus s'arrête. Ici l'attente de l'annonce, de la certitude que tout est fini semble s'être ajouté à la peine et aux douleurs physiques ressenties par la suite.*

Une fois le diagnostic posé ou confirmé par un·e professionnel·le de santé, la mise en place d'un traitement peut s'avérer nécessaire pour permettre l'évacuation totale du contenu de l'utérus.

En l'absence de symptômes de choc septique ou de saignements hémorragiques, signes d'une urgence vitale pour la personne, plusieurs possibilités peuvent être proposées par les médecins. Comme dans tout traitement, la personne devrait recevoir les informations nécessaires à une prise de décision de sa part par oral avec un complément par écrit comme le suggère l'Institut national de santé publique du Québec dans son dossier sur le deuil périnatal : « *Les parents souhaitent que les professionnels de santé et des services sociaux prennent le temps de discuter avec eux pour leur communiquer divers renseignements. Ces professionnels peuvent être appelés à répéter plusieurs fois la même information à plusieurs reprises, car les parents peuvent avoir de la difficulté à comprendre et à retenir les renseignements en raison de leur état émotif. Par conséquent, en plus de l'information communiquée oralement, il est suggéré de fournir par écrit l'information sur les sujets suivants :*

¹⁶ Extrait du témoignage de S. recueilli par écrit en juin 2023 suite à un appel à témoin

avortement spontané, effets physiques, processus de deuil, causes du décès et signes de détresse à surveiller »¹⁷. Pouvoir poser ses questions aux soignant·es et disposer d'un délai pour faire un choix et consentir à la méthode de la manière la plus éclairée possible devrait être systématique.

Ici le consentement ne veut pas nécessairement dire que les personnes sont en accord avec ce qu'elles sont en train de vivre et qu'elles ont accepté l'arrêt de leur grossesse. Mais qu'elles font le choix de la méthode qui leur semble la plus appropriée, la plus en accord avec leurs valeurs, leur cheminement quant à ce qui leur arrive.

Trois traitements suite à un arrêt naturel de grossesse sont envisageables en l'absence de risque pour la personne. Le premier étant l'expectative qui consiste à attendre que le corps expulse de lui-même le contenu de l'utérus. Le deuxième étant la méthode médicamenteuse, qui comme pour une IVG consiste en la prise d'un médicament provoquant la dilatation du col de l'utérus et des contractions. Enfin la troisième méthode est instrumentale et se fait par aspiration au bloc opératoire sous anesthésie générale ou locale (également comme dans le cas d'une IVG).

La possibilité de comprendre les tenants et les aboutissants de chacune des méthodes passe par des explications claires du protocole médical mais également de pouvoir nommer correctement ce qui va se passer physiquement pour les personnes (contractions, saignements, caillots de sang, possibilité de voir l'embryon, douleurs plus ou moins importantes, ...).

Dans son témoignage, S. rapporte que : « *On m'a donné des cachets pour évacuer le fœtus, en me disant ça vous fera des grosses règles bon courage* »¹⁸.

Ces trois témoignages rapportent le manque d'informations données, la prise en compte de l'aspect physique uniquement, la minimisation de ce qui va se passer et l'absence de choix laissée aux personnes. La recherche du consentement ne semble pas systématique.

¹⁷ Institut National de Santé Publique du Québec (2019), *Dossier Décès et deuil périnatal*. <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/decès-et-deuil-perinatal>

¹⁸ Extrait du témoignage de S. recueilli par écrit en juin 2023 suite à un appel à témoin

II. Le deuil anténatal

Quand j'ai commencé mon travail sur les arrêts spontanés de grossesse, je n'envisageais cet événement que comme pouvant être vécu comme une épreuve terrible, un profond bouleversement dont il est difficile de se remettre (cf Annexe 3 : Mon rapport aux arrêts naturels de grossesse). J'imaginai également que les personnes enceintes étaient nécessairement plus affectées que leur partenaire, ceux-ci n'ayant pas vécu le début de grossesse ni son arrêt dans leur corps.

Pour la majorité des personnes qui s'expriment, l'arrêt naturel de grossesse entraîne des sentiments de tristesse plus ou moins importante, de stress et la nécessité de faire le deuil de cette grossesse, de cet enfant (réel et imaginaire). L'introduction du Podcast L'Écho des gynécos reflète le vécu majoritaire que peuvent avoir les personnes suite à un arrêt naturel de grossesse : « *La fausse couche [...] demeure une douleur intense, intime, morale et physique. Blessures silencieuses, les fausses-couches engendrent encore souvent incompréhensions, honte et isolement chez de nombreuses femmes* »¹⁹.

Cependant, lors d'un entretien avec une CCF, celle-ci m'a questionnée sur la manière dont je percevais le vécu des arrêts spontanés de grossesse. Cette question m'a permis de prendre conscience que j'avais une vision restrictive des ressentis possibles et que je parlais avec un fort a priori. J'ai donc cherché des témoignages de personnes qui auraient vécu différemment leur arrêt de grossesse. Ainsi l'auteurice du blog TPL Moms partage que « *Malgré tout, j'aimerais dire que je vais bien, très bien même, je suis sereine et surtout mon deuil est fait. Le seul problème : je me sens tellement mal de si bien réagir! Je me dis que je n'ai peut-être pas d'instinct maternel, que je suis une sans cœur [...]. J'ai pris ma décision, et j'ai décidé que j'étais normale et que c'était correct de faire son deuil rapidement et d'accepter la situation* »²⁰. Par ailleurs, comme mentionné plus haut, une CCF m'a fait part d'un entretien pendant lequel la personne ayant vécu un arrêt de grossesse avait pu exprimer son soulagement face à cet arrêt de grossesse.

¹⁹ L'écho des gynécos. Podcast 1er épisode : la fausse couche, un mal banal.

²⁰ <https://tplmoms.com/2016/04/30/je-vis-bien-ma-fausse-couche-est-ce-normal/>

Comme tout événement, comme toute expérience dans notre vie, nous pouvons supposer que le vécu, les ressentis seront différents d'une personne à l'autre, en fonction de son histoire personnelle, de ses valeurs, de l'investissement de la grossesse et de l'enfant à naître. Dans son approche et dans sa posture la CCF s'appuie sur l'expression des ressentis des personnes reçues, afin notamment de leur permettre de mettre des mots sur leur vécu, d'en prendre conscience et par la suite de définir leurs besoins afin de trouver leurs propres solutions pour dépasser une situation donnée. Dans le cas des arrêts naturels de grossesse, la CCF doit être capable, comme pour tout suivi, de mettre de côté ses a priori, ses croyances afin de se centrer sur la personne reçue, d'être dans une posture d'écoute non-jugeante, ouverte, permettant l'expression la plus large possible, dans l'intérêt de la/des personne·s.

1. Définition et spécificité du deuil anténatal

Habituellement, nous traversons les phases du deuil suite au décès d'une personne, d'un animal de compagnie ou suite à un changement de situation... que nous avons connu·e, à laquelle nous pouvons nous référer, qui a été constitutive de souvenirs.

Le deuil périnatal englobe les deuils d'enfants morts entre la 22ème SA et leur 7ème jour après la naissance, soit suite à un décès spontané soit provoqué en cas d'anomalies détectées. Dans le cadre du deuil périnatal, la personne enceinte doit accoucher quel que soit le terme de la grossesse. Une rencontre avec l'enfant est donc proposée aux parents, la possibilité de faire des photos, des empreintes, garder une mèche de cheveux. Les parents ont également la possibilité d'organiser des funérailles et de faire inscrire leur enfant dans leur livret de famille, avec un prénom officiel.

Le deuil anténatal quant à lui englobe toutes les pertes embryonnaires et fœtales. Selon Catherine Radet, le deuil anténatal « *c'est aussi et surtout une démarche différente et très complexe du deuil habituel de l'enfant en raison de multiples facteurs, physiques, psychologiques, émotionnels et fantasmatiques. L'intensité et la durée du deuil sont beaucoup plus imprévisibles que pour un deuil classique. Les*

femmes confrontées à l'épreuve de la perte d'un enfant à naître sont tout particulièrement affectées par une blessure narcissique et des sentiments très douloureux comme la culpabilité, l'incapacité d'être mère, la colère, l'agressivité»²¹

La grossesse entraîne en effet un remaniement psychique chez la personne enceinte dès que celle-ci est connue, provoquant « *un mécanisme d'indifférenciation soi-autrui [...]. Tout drame survenant pendant cette période a des répercussions plus importantes qu'à l'ordinaire, car les mécanismes de défense psychiques habituels sont modifiés, amenuisés»²².*

De plus, dans le cadre d'une grossesse arrêtée au cours du premier trimestre de grossesse, il faut faire le deuil d'un enfant imaginaire, de projections de vie de famille, pour soi et pour son couple. Il n'y a parfois aucune trace de l'embryon ou du fœtus. Parfois aucune échographie n'a encore été faite et l'embryon ou le fœtus sont souvent expulsés dans les toilettes ou suite à une aspiration finissent avec les déchets médicaux. Cela entraîne une absence de concret auquel se raccrocher. Dans son blog, F. témoigne de ce que le deuil anténatal a entraîné comme pertes : « *Les jours passent, la douleur est toujours là présente. [...] Il faut faire le deuil de cette grossesse, de ce bébé. Toutes ces choses qu'on avait déjà imaginées, tous ces projets qu'on avait déjà en tête. Toute cette joie qu'on allait pouvoir donner et recevoir »²³.*

De manière générale, le deuil doit être envisagé comme des phases plutôt que comme des étapes qui s'enchaînent de manière systématique les unes après les autres, de manière identique pour tous·tes. En effet, chacun·e vit le deuil à son rythme, avec des intensités et des durées différentes et de manière non-linéaire comme le rappelle F. : « *Le temps passe, mais j'attends toujours que la douleur s'estompe. Elle le fait, mais lentement. Ou plutôt elle se joue de moi, à se montrer toute petite, me faire croire que oui je vais mieux. Puis elle revient sournoisement, plus forte qu'hier ».²⁴*

Par ailleurs, comme expliqué dans le Dossier Décès et deuil périnatal de l'Institut National de Santé Publique du Québec, les manifestations sur le plan physique,

²¹ Radet, C. (2017). *Je n'ai pas dit au revoir à mon bébé : Comprendre et traverser le deuil anténatal*. Editions de l'Emmanuel. p. 52-53

²² Radet, C. (2017). *Je n'ai pas dit au revoir à mon bébé : Comprendre et traverser le deuil anténatal*. Editions de l'Emmanuel. p. 53-54

²³ Extrait du blog Sweetlmoon - <https://sweetlmoon.wordpress.com/>

²⁴ Extrait du blog Sweetlmoon - <https://sweetlmoon.wordpress.com/>

cognitif, affectif ou encore comportemental du deuil sont variables d'une personne à l'autre²⁵.

Nous avons vu précédemment que la grossesse n'est pas reconnue avant la fin du premier trimestre d'un point de vue administratif. Elle est également peu visible à ce stade de l'extérieur, le corps de la personne enceinte n'ayant alors subi que des modifications non perceptibles pour l'entourage. Enfin, comme nous l'avons vu, la grossesse n'est parfois même pas encore annoncée à l'entourage, donc réellement inconnue. Cette absence de concret rend ce type de deuil particulier et invisible aux yeux de la société. Parfois même incompréhensible pour les proches des personnes le traversant. La non-reconnaissance de la grossesse avant la fin du premier trimestre, entraîne la non-reconnaissance des arrêts naturels de grossesses au cours des douze premières semaines ainsi que la non-reconnaissance du deuil anténatal et donc de la souffrance des personnes.

2. Les conséquences du deuil anténatal sur le couple

Comme nous l'avons vu, tout le monde ne vit pas de la même manière un arrêt naturel de grossesse. Dans mes hypothèses de départ, j'avais envisagé qu'un vécu différent au sein d'un couple pouvait entraîner des difficultés sur la vie conjugale tant en termes de communication, de parentalité, de sexualité et dans le cadre d'un nouveau projet de grossesse.

Pour certains couples, l'arrêt de la grossesse peut entraîner ponctuellement des doutes quant à une prochaine grossesse : « *Pour l'instant on attend que le corps s'en remette, et on se demande si la tête sera elle aussi prête à nouveau pour une nouvelle grossesse?* »²⁶. Pour d'autres comme S., le questionnement est toujours présent 1 an après : « *Pour la 2^{ème} on était tristes tous les 2. Cela a eu bcp d'impacts et encore aujourd'hui sur le fait de retenter d'avoir ce 3^{ème} bébé, je crains énormément de refaire une fausse couche et n'ose pas retenter [...]. Mon mari ne comprend pas non plus pourquoi j'ai eu autant de peine. Il a peur de réessayer et*

²⁵ CF Annexe 7 : Manifestations des perturbations habituelles du deuil

²⁶ Extrait du blog de F. Sweetlmoon - <https://sweetlmoon.wordpress.com/>

peut me dire des phrases du type « oui mais s'il se repasse quelque chose ça va encore être toute une histoire »²⁷.

L'arrêt d'une grossesse peut permettre de souder davantage un couple comme l'explique F. : *« Ces moments d'horreurs nous ont mis à terre, nous ont fait perdre espoir le temps d'un instant, juste le temps de pouvoir mieux se relever. Au bout du chemin on aura appris beaucoup de notre couple, malgré nos 10 ans d'ancienneté, on aura évolué et on en sort encore plus soudés. Bien plus soudés »²⁸.* Mais peut également créer des incompréhensions du fait de différence de perception de ce qui se passe comme l'explique S. *« Je me suis sentie très seule sur la 1^{ère} car elle est arrivée très tôt, pour mon mari ou mon entourage cette grossesse n'a pas existé alors que dans mon corps et mon cœur j'étais déjà maman. [...] Mon mari n'a pas compris de suite ce qu'il se passait... je lui en ai bcp voulu je ne me suis pas sentie soutenue... cela m'est resté pendant longtemps »²⁹.*

Les réactions individuelles sont donc variables et les effets sur le couple également. Dans le cas d'entretien de couple suite à un arrêt naturel de grossesse, il me semble nécessaire de retenir pour ma pratique de CCF qu'il est important de permettre à chacun d'exprimer et d'entendre le vécu de l'autre et de souligner que des différences de ressenti sont envisageables tant dans l'intensité que dans la durée. Il me semble qu'il pourrait également être pertinent de permettre à chacun d'exprimer ses besoins et ses attentes envers son partenaire.

3. Qu'est-ce qui influence la manière de vivre son deuil ?

Comme je l'ai dit, chaque personne va vivre la perte d'une grossesse différemment. Nous allons voir ici ce qui peut influencer la manière dont les personnes vont traverser ce deuil.

²⁷ Extrait du témoignage de S. recueilli par écrit en juin 2023 suite à un appel à témoin

²⁸ Extrait du blog Sweetlmoon - <https://sweetlmoon.wordpress.com/>

²⁹ Extrait du témoignage de S. recueilli par écrit en juin 2023 suite à un appel à témoin

3.1. La posture des soignant·es

L'attitude et les mots employés par les soignant·es lors de l'annonce de l'arrêt de la grossesse puis lors de l'explication des traitements possibles et de leurs conséquences semblent être importants voire parfois déterminants pour la suite. L'utilisation de termes techniques, déshumanisants, peut même avoir un effet néfaste sur la façon dont les parents vont par la suite vivre leur deuil. Par ailleurs, le fait de ne gérer que le côté purement médical et de laisser peu de place pour la prise en compte des aspects psychologiques de la perte d'une grossesse impacte les parents.

Les soignant·es n'ont pas toujours la possibilité à ce moment-là de faire autrement, soit par manque de temps, soit par banalisation de l'événement qui est alors vu de leur point de vue et pas de celui des parents. Par ailleurs, le manque de formation à l'écoute empathique et de temps pour avoir accès à de l'analyse de la pratique peut rendre difficile l'implication, l'accueil des émotions des patient·es.

Une posture empathique, prenant en compte la globalité de l'évènement et donc également les émotions, reconnaissant la perte et la souffrance que peuvent ressentir les futurs parents semble, de manière générale, aidante et bien accueillie par les patient·es.

Le rythme de la consultation semble également important. En effet de nombreux témoignages relatent des consultations rapides, sans autre espace que celui du diagnostic.

Dans la "Formation au deuil périnatal pour les professionnel·les"³⁰ en ligne, Hélène Gérin explique que la consultation devrait être un temps permettant de donner des explications, des informations, de vérifier leur compréhension et d'accueillir les émotions. Elle rappelle également que le contact visuel ainsi que le fait de parler de manière posée avec une voix douce permet aux parents de se sentir considérés. Elle explique par ailleurs que les silences doivent faire partie intégrante de ce temps de consultation afin de permettre l'émergence de questions, de souhaits, des émotions vécues ou encore des échanges entre les parents. Enfin, elle conseille de ne pas

³⁰ <https://www.danscesmomentsla.com/professionnelmiddotlemiddots.html>

laisser les parents seuls, sans faire de relais, suite à l'annonce de l'arrêt de la grossesse. Les éléments apportés dans le premier module de cette formation font écho à la pratique et à la posture des CCF lors des entretiens : utilisation des silences, de reformulations, de questions ouvertes pour s'assurer de la compréhension des personnes, posture physique et voix posées mais impliquées. Ces éléments permettent aussi de donner un rythme plus lent à la consultation, permettent de mieux intégrer les informations et de les questionner tout en prenant en compte le vécu des parents.

Les locaux semblent également avoir une importance pour une partie des personnes concernées. En effet, il peut être difficile d'attendre dans la même salle d'attente que des personnes enceintes, de faire la queue pour récupérer un compte rendu d'examen toujours en présence de personnes enceintes alors que l'on vient d'apprendre que sa propre grossesse vient de s'arrêter.

Il y a donc une importance particulière à accorder tant à l'organisation des locaux, qu'au rythme des consultations et aux termes utilisés pour annoncer l'arrêt d'une grossesse.

Une fois le diagnostic posé et annoncé par les soignant·es dont c'est la compétence, il me semble que les CCF pourraient avoir leur place dans la suite de la prise en charge des patient·es. Et notamment pour accueillir le vécu, les émotions, la confusion, la sidération, le soulagement... que peuvent ressentir les personnes, à leur rythme et non pas au rythme des rendez-vous du/de la praticien·ne. La validation et la prise en compte du ressenti des parents face à la perte de la grossesse semble primordial pour la suite. La posture d'écoute non jugeante de la CCF, centrée sur la personne, impliquant d'autoriser les silences (pour élaborer sa pensée, être en introspection, pleurer,...) permet de mettre des mots sur le vécu et donc d'en faire un récit et ultérieurement de pouvoir l'intégrer dans son histoire. Dans certains cas, la parole n'est alors pas possible de la part des parents « *J'avais envie d'exprimer quelque chose et je ne savais même pas quoi et je ne savais pas comment le faire* »³¹. Le rôle de l'écoutant·e peut être d'offrir une présence

³¹ Luna podcast. (2021, 3 février). LUNA PODCAST | Découvrez l'épisode sur la fausse couche « banale » LUNA PODCAST. <https://lunapodcast.com/la-fausse-couche>

bienveillante et de valider le droit d'être perdu·e. Parfois encore, une fois le choc de l'annonce passé, les personnes peuvent avoir besoin de déposer le fait qu'elles sont finalement soulagées que cette grossesse se soit arrêtée comme me l'expliquait une CCF interviewée : « *Quand la médecin me la présentée, j'ai rapidement perçu dans son attitude quelque chose de différent des femmes que j'avais vu jusque-là. Elle s'est installée et m'a rapidement dit qu'elle était soulagée que cette grossesse se soit arrêtée, qu'elle avait déjà 3 enfants et que c'était déjà compliqué pour elle de s'en occuper* »³².

Enfin, il semble que les locaux aient leur importance. Le cabinet médical est rarement adapté à un entretien du fait de son aménagement (table d'examen et échographe dans ce cas, possibilité de présence d'un bureau avec un poste informatique). Par ailleurs, en milieu hospitalier, celui-ci doit être libéré rapidement pour permettre aux soignant·es de recevoir d'autres personnes. De manière générale, les cabinets d'entretien des CCF sont aménagés « *avec du mobilier spécifique : une table basse, des fauteuils, une ou plusieurs lampes permettant d'avoir une lumière douce et chaude. Chaque cabinet est également équipé d'un poste informatique (bureau, ordinateur et chaise de bureau) permettant de saisir le dossier de la personne mais également d'imprimer des documents à lui remettre ou encore de chercher des coordonnées de partenaires pour réorienter les personnes reçues. Nous trouvons également dans ces cabinets des brochures pouvant servir de support pendant les entretiens, des planches anatomiques et des paniers contenant du matériel de démonstration [...]*.

Le choix d'aménagement de ces lieux n'est pas anodin. En tant que travailleuse sociale, j'ai essentiellement exercé jusque-là derrière un bureau mettant une certaine distance entre moi et la personne reçue. Cet agencement facilite le travail administratif mais instaure une différence dans les places de chacun·e (sièges généralement différents, pas le choix des places) et influe également sur la posture professionnelle. Dans les cabinets d'entretien en CSS, l'agencement est selon moi facilitant pour instaurer un espace de parole, d'égal à égal. L'utilisation d'un ordinateur peut être pertinente cependant il rompt le contact visuel avec la personne reçue et engendre une moins grande disponibilité pour l'écoute et l'observation du

³² Extrait de l'entretien avec une CCF travaillant dans un CSS rattaché à un centre hospitalier

non verbal sur lesquels repose en grande partie la posture d'écoute de la CCF. Par ailleurs, l'absence de mobilier haut entre la CCF et les personnes reçues permet de pouvoir observer une plus grande partie des réactions corporelle (détente, tension, mouvement des jambes,...) que l'on peut moins voir quand un bureau nous sépare»³³.

3.2. L'histoire du/des parent·s

Là encore, aucune généralité n'est possible, chacun·e étant différent·e de par son histoire personnelle, celle de cette grossesse qui s'arrête, celle de ce projet d'enfant. Certaines personnes diront qu'elles ont perdu leur bébé, d'autres qu'elles ont perdu un embryon.

En tant que CCF nous sommes formées à l'écoute dans le but de permettre aux personnes de mettre en lien ce qui leur arrive afin que cela prenne sens dans leur histoire. Concernant les grossesses, ce travail de sens prend appui sur les représentations, les attentes, les désirs des personnes et est notamment proposé lors des entretiens pré-IVG.

Il peut tout à fait se transposer dans le cadre d'une perte de grossesse. Clarifier la place d'une grossesse en particulier dans la vie d'une personne, d'un couple peut permettre de comprendre de quelle manière elle était investie, parfois des mois voire des années avant même que la grossesse soit réelle. Cette prise de conscience et cette mise en mot permet à la fois de reconnaître l'importance qu'avait cette grossesse pour soi, mais aussi d'exprimer les émotions ressenties face à sa perte, de les rendre légitimes. Retraverser l'histoire de cette grossesse arrêtée permet selon Laure, écoutante pour l'Association Agapa, « *d'installer leur grossesse dans leur histoire. C'est-à-dire qu'il ne s'est pas rien passé, elles ont vraiment été enceintes*»³⁴.

Certains témoignages rapportent que lorsqu'une grossesse s'est déjà arrêtée précédemment, la grossesse suivante est investie avec plus de détachement, de l'appréhension quant à ce qu'elle s'arrête de nouveau. Dans son témoignage, A.

³³ LARDILLIER, J. (2023). *Rapport de stage entretiens individuels*. p. 4-5

³⁴ Extrait de Luna podcast - Épisode 3 : Les fausses couches" banales"
<https://lunapodcast.com/la-fausse-couche>

explique qu'elle a ressenti *«un gros stress pour la grossesse suivante. Mais on s'implique différemment. Comme on est préparé, on s'y attend. La déception est forte aussi. [...] Pour ma 4ème grossesse ça été compliqué psychologiquement, même à 4 mois de grossesse je n'arrivais pas à m'attacher, à m'investir»*³⁵. Cette implication différente dans la grossesse semble avoir pour objectif de se protéger psychologiquement d'une nouvelle perte de grossesse.

Enfin, il peut arriver que la perte d'une grossesse réactive un deuil antérieur encore douloureux *«Enfin, le contexte dans lequel survient le deuil a toute son importance. Les histoires familiales et leurs abondantes charges émotionnelles, leurs drames plus ou moins importants sont des caisses de résonance où les deuils anciens sont réactualisés»*³⁶. Il peut donc être intéressant dans les entretiens de questionner ce à quoi ce deuil renvoie dans son histoire personnelle ou familiale de manière large.

3.3. La non reconnaissance de la perte

Cette non reconnaissance par la société, les proches, les médecins peut entraîner une souffrance supplémentaire, une illégitimité à vivre un deuil. Elle peut se manifester par des phrases telles que "C'est rien", "T'es jeune, tu peux réessayer", "Pourquoi tu es triste ?", "C'est la vie, tu en auras un autre"... Ou encore, comme le relate S. dans son témoignage : *« Par contre avec ma famille c'est plus compliqué c'est un peu culpabilisant du genre « de toute façon 3 enfants c'est trop c'est mieux comme ça, c'est pas sérieux d'en avoir 3 » donc en gros bien fait pour moi, personne n'a pris en compte ma douleur, une douleur physique et psychique d'ailleurs»*³⁷.

Par ailleurs, le fait que la proposition de prescription d'un arrêt de travail ne soit systématique suite à un arrêt naturel de grossesse vient aussi marquer cette non reconnaissance de ce que vivent les personnes, à la fois physiquement et psychologiquement.

³⁵ Extrait du témoignage de A. recueilli lors d'un entretien téléphonique

³⁶ Radet, C. (2017). *Je n'ai pas dit au revoir à mon bébé : Comprendre et traverser le deuil anténatal*. Editions de l'Emmanuel. p. 66

³⁷ Extrait du témoignage de S. recueilli par écrit

Dans le Podcast Les fausses couches “banales”³⁸, trois participantes témoignent de leurs ressentis face à cette absence de reconnaissance : *«Ça paraît tellement inapproprié de ressentir cette douleur. On nous fait presque sentir que vraiment y a pas de raison d’être si triste et d’être désespérée par cette situation»*. Ou encore : *«J’ai été blessée du fait que je ressens un deuil et qu’on ne me le reconnaît pas. Socialement, professionnellement c’est silence radio. C’est un non-événement ou une grippe, ouais, c’est un peu embêtant mais c’est tout»*. Ou encore : *«Je me suis sentie bête d’être triste. Parce que c’était tellement... Comme ça arrive à tout le monde, comme c’est normal, comme on me dit que je ne dois pas être triste bah je me suis sentie con quoi»*.

Cette absence de reconnaissance sociale vient rajouter de la douleur à celle déjà engendrée par la perte de la grossesse voire peut entraver la légitimité traverser à son rythme son deuil.

³⁸ Extrait Extrait de Luna podcast - Épisode 3 : Les fausses couches” banales”
<https://lunapodcast.com/la-fausse-couche>

III. Place des CCF dans l'accompagnement des parents

Dans cette partie nous allons voir ce qui existe déjà et comment les CCF peuvent être associées. Nous verrons également des pistes pour favoriser l'accompagnement des personnes ayant vécu un arrêt de grossesse et enfin quelles sont les limites auxquelles il faut être vigilant·es dans nos pratiques.

1. La mise en place de parcours de soin spécifiques

Actuellement l'accompagnement sur le plan psychologique des parents ayant vécu un arrêt naturel de grossesse n'est que très peu organisé. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le corps médical peut considérer cet événement comme banal et par conséquent ne pas prendre en compte le besoin de soutien psychologique des patient·es ce qui amène à ne parfois même pas évoquer une orientation vers du soin psychologique.

Dans son témoignage, S. rapporte : « *On m'a donné un vieux flyer en me disant si vous avez un souci avec ça allez voir un psy...* »³⁹. Pour sa part A. m'explique que sa médecin lui a proposé un suivi psychologique à l'oral. Elle ajoute qu' *Elle aurait dû me donner des noms, quelque chose de concret* »⁴⁰. Ces deux personnes ont vécu leurs arrêts de grossesses entre 2019 et 2022 et dans des départements différents. Elles ont donc été prises en charge par des services et des professionnel·les différents. Cependant, elles font état du même manque d'information concernant la possibilité d'avoir un soutien psychologique et d'une orientation peu existante voire inexistante. S. ajoute : « *En somme je ne me suis pas sentie du tout accompagnée par les professionnels [...]. Psychologiquement je n'en parle même pas, personne ne comprend votre peine dans ces moments là, c'est un chemin que l'on traverse seule* »⁴¹.

Une réflexion pour la mise en place d'un accompagnement psychologique des personnes ayant vécu une grossesse arrêtée est nécessaire pour qu'une offre de soin se généralise sur l'ensemble du territoire.

³⁹ Extrait du témoignage de S. recueilli en juin 2023 par écrit suite à un appel à témoin

⁴⁰ Extrait du témoignage de A recueilli en juillet 2023 lors d'un entretien téléphonique

⁴¹ Extrait du témoignage de S. recueilli en juin 2023 par écrit suite à un appel à témoin

1.1. Une nouvelle loi pour faciliter l'accompagnement des parents

Le 17 janvier 2023 une proposition de loi visant à améliorer la prise en charge psychologique des personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse a été déposée par la députée Sandrine Josso. Lors de son intervention en date du 8 mars 2023 devant l'Assemblée nationale elle précise « *Nous avons tendance à considérer qu'une fausse couche, lorsqu'elle est précoce, n'est pas grave, parce que l'embryon était encore si petit qu'il n'y a pas de raison d'en faire tout un drame. Les médecins nous expliquent, à juste titre, que la nature fait bien les choses et qu'elle élimine des embryons qui n'étaient pas viables parce qu'ils étaient affectés de malformations chromosomiques graves. S'il ne s'agit pas de nier ces faits, en revanche, il est tout à fait contestable d'estimer qu'en cas de fausse couche précoce – survenant avant quatorze semaines d'aménorrhée –, il n'y a pas de deuil périnatal. [...] La fausse couche peut en effet être un véritable drame, pour la femme d'abord, mais aussi pour son partenaire, voire pour toute la cellule familiale* »⁴².

Cette loi a été promulguée en date du 7 juillet 2023.. Elle prévoit la mise en place de parcours de soin dans chaque département pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse. Les ARS seront missionnées pour recenser les initiatives vertueuses déjà en place sur le territoire. La loi permettra également aux sages-femmes d'orienter leurs patient-es vers le dispositif « Mon parcours psy » pour pouvoir bénéficier d'un accompagnement de 8 séances prises en charge par la Sécurité sociale. Par ailleurs, cette loi permettra la mise en place d'un arrêt maladie sans délai de carence ce qui va dans le sens d'une reconnaissance de la souffrance entraînée par les grossesses arrêtées.

⁴²JOSSO, S. (8 mars 2023). *Compte-rendu de l'intervention de la députée et rapporteure de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi pour favoriser l'Accompagnement des couples confrontés à une fausse couche*. Assemblée Nationale. <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2022-2023/deuxieme-seance-du-mercredi-08-mars-2023>

A ce jour, les CCF ne sont pas mentionnées comme pouvant faire partie de ce parcours de soin, notamment en tant que professionnel·les ressources pour l'écoute des patient·es. Or, dans notre pratique nous sommes régulièrement amené·es à accompagner des personnes à faire le deuil davantage d'une situation que d'une personne à la suite à un décès. En parlant des entretiens CCF dans le cadre des IVG, l'autrice Geneviève Valla-Chevalley rapporte dans son livre *Le Conseil conjugal et familial* que « *Pourtant, les entretiens avec toutes les femmes, mêmes brefs, sont importants. Au cours d'un processus médicalisé, ils demeurent un des rares temps de parole où les interrogations et les émotions peuvent se dire* »⁴³. Ces propos peuvent tout à fait s'appliquer à la situation des grossesses arrêtées pour lesquelles le parcours est essentiellement médical et laisse peu de place à la parole et l'expression des ressentis.

1.2. Des initiatives portées par des CCF en milieu hospitalier

Lors de mon travail de recherche pour cet EPFF, j'ai pu interviewer trois CCF travaillant dans deux CSS rattachés à des centres hospitaliers. Celles-ci sont à l'initiative de la mise en place de parcours de soin spécifiques pour les personnes et couples ayant vécu un arrêt naturel de grossesse. Ces deux centres hospitaliers comportent une maternité et des urgences gynécologiques. Comme nous l'avons vu précédemment, il est fréquent que les personnes consultent ou soient orientées vers les urgences gynécologiques lors d'une présomption ou lors d'un arrêt de grossesse. Par ailleurs, si une aspiration est pratiquée, celle-ci est faite en bloc opératoire puis les personnes sont ensuite hospitalisées en ambulatoire dans une chambre rattachée à la maternité. Compte tenu de la fréquence des arrêts de grossesse, des personnes sont quotidiennement prises en charge dans les services à proximité des CSS. Or les CCF ont constaté qu'elles ne recevaient jamais de personnes suite à une grossesse arrêtée ce qui les a questionnées. Elles ont donc décidé de proposer des parcours de soins aux équipes médicales, dans lesquelles elles seraient intégrées afin d'offrir un espace de parole dans les mêmes locaux aux personnes ayant vécu un arrêt de grossesse.

⁴³ Valla-Chevalley, G. (2009). *Le conseil conjugal et familial*. Eres.

Dans l'un des CSS, les personnes voient en premier lieu le médecin gynécologue aux urgences gynécologiques puis celui-ci accompagne la personne au CSS afin de lui présenter le service et qu'elle puisse rencontrer une CCF. Le choix a été fait de rendre le rendez-vous avec la CCF obligatoire comme dans le cadre d'une demande d'IVG. Cette obligation m'a de prime abord questionnée. En effet, j'avais l'impression que dans la façon de travailler des CCF, la prise de rendez-vous est à l'initiative de la personne, que c'est un choix de sa part. Aussi, il m'a paru d'abord dérangeant que ce rendez-vous CCF soit rendu obligatoire. Les CCF expliquent qu'elles l'ont inscrit comme obligatoire dans le parcours de soin afin d'être sûres que les personnes soient vues au moins une fois. Il n'y a pas de durée de rendez-vous fixée à l'avance, cela peut être très variable d'une personne à l'autre (de 10 min à 1h). L'objectif premier étant que les personnes identifient le service comme une ressource et qu'elles mettent un visage sur la fonction de CCF afin d'enclencher un lien et de faciliter par la suite une nouvelle prise de rendez-vous, si la personne le souhaite. Dans les faits, une simple orientation donne rarement suite à une prise de rendez-vous si elle n'est pas accompagnée dans ces situations.

Dans l'autre CSS, une demi-journée par semaine est consacrée aux rendez-vous CCF pour les arrêts naturels de grossesse. Les personnes voient dans un premier temps un·e soignant·e qui suite au diagnostic d'arrêt de grossesse propose un rendez-vous CCF sur la demi-journée la plus proche.

La mise en place de ce type de protocole demande aux équipes du CSS de se faire connaître des autres services et de travailler en lien étroit avec eux afin qu'une confiance s'instaure. Les orientations vers les CCF sont faites par des soignant·es d'un autre service. Il faut donc convaincre ces professionnel·les de l'intérêt d'orienter les personnes vers les CCF et de modifier leurs pratiques.

Les premiers rendez-vous avec les CCF donnent parfois lieu à la mise en place de suivis en lien direct avec l'arrêt de la grossesse mais parfois aussi pour évoquer d'autres questions. L'une des CCF m'expliquait que suite au premier rendez-vous et à l'explication des missions du CSS et des CCF en particulier, une personne avait souhaité s'engager dans un suivi de couple avec son conjoint des difficultés relationnelles étant présentes antérieurement à la grossesse arrêtée.

En effet, lors des entretiens, les CCF invitent les personnes à expliquer le contexte de la grossesse, à revisiter leur histoire de couple (pour celles qui sont en couple) et

à clarifier leurs attentes et leurs représentations par rapport à la parentalité et à la grossesse.

2. Une place pour la démedicalisation

Notre système médical est encore fortement paternaliste même si cela tend à évoluer. Cela implique que les médecins sont dépositaires du savoir et donc les seuls à pouvoir prendre les « bonnes décisions » en ce qui concerne la santé de leurs patient·es. A cela s'ajoute le fait que les femmes de manière générale sont moins crues quant à leurs symptômes, leurs douleurs que les hommes. Celles-ci étant à tour de rôle considérées comme exagérant leurs symptômes, ayant une propension à davantage se plaindre que les hommes ou à contrario étant considérées comme plus résistantes à la douleur et pouvant donc endurer davantage sans soulagement médicamenteux.

Le savoir et les connaissances des patient·es sur leur corps, leur capacité à comprendre et à faire des choix n'est pas toujours valorisée ni même prise en compte. Par conséquent, leur consentement éclairé n'est pas toujours recherché alors qu'il devrait être la base de la relation entre soignant·es et patient·es et représente un droit pour les personnes, notamment dans les situations ne relevant pas d'une urgence vitale.

Cette infantilisation et cette non écoute du vécu des femmes se retrouve dans la prise en charge actuelle des arrêts naturels de grossesse.

Ces constats m'amènent à penser qu'il y a, dans l'accompagnement des personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse, une place pour les CCF notamment pour la mise en place d'une démedicalisation et de délégations de tâches.

Lors de mon stage principal en CSS, j'ai pu appréhender cette façon de travailler, basée sur la démedicalisation notamment dans le cadre des IVG. Dans ce centre, les CCF reçoivent en premier lieu les personnes en demande d'IVG. Ces temps d'échange doivent permettre aux personnes de faire un choix tant quant à la suite à donner à leur grossesse qu'à la méthode pour une IVG. Cette clarification et cette prise de décision nécessitent parfois plusieurs entretiens au cours desquels les CCF vont notamment expliquer les deux méthodes et leurs conséquences. Cette pratique

s'inscrit dans une démarche de démedicalisation et de délégation de tâches des soignant·es vers les CCF. La démedicalisation « *permet [...] de donner l'opportunité aux personnes de s'approprier les actes* »⁴⁴. C'est également le fait de « *dépasser l'aspect strictement médical du problème de la santé pour en considérer les dimensions psychologiques, sociales et économiques* »⁴⁵.

Tout comme dans les entretiens pré-IVG, il me semble que dans le cadre des arrêts naturels de grossesses, une délégation de tâches et une démedicalisation pourraient être mises en place. Cela permettrait de répondre d'une part aux souhaits de certain·es patient·es d'avoir un espace d'écoute et donc de sortir d'une prise en compte uniquement médicale de leur situation. D'autre part, la délégation de tâche, notamment dans l'explication et dans l'accompagnement au choix du traitement de l'arrêt de grossesse pourrait être faite par les CCF. En effet, ces procédures sont quasi similaires à celles pour les IVG médicamenteuses ou par aspiration. Les CCF sont formé·es à l'explication de ces protocoles médicaux, à les expliquer sur le plan médical mais également à informer les patient·es des risques et des points de vigilance à observer. Les CCF sont également formées à accompagner la prise de décision quant au choix de la méthode, en prenant en compte les souhaits de la personne, ses craintes, ses représentations.

Je rajouterai que dans ce cadre, un travail interdisciplinaire est indispensable entre soignant·es et CCF pour mettre en place des protocoles sécurisants à la fois les soignant·es, les CCF mais aussi et surtout pour les patient·es.

Aussi, même si la mise en place d'une délégation de tâche au sein d'un service peut sembler chronophage au départ, car il demande d'échanger sur les pratiques, de la co-formation, l'écriture d'un protocole,... il me semble que par la suite, cela pourrait dégager du temps médical aux soignant·es tout en offrant un meilleur service aux personnes et en respectant davantage leurs droits à être informées et à choisir pour elles-mêmes.

Enfin je pense que la démedicalisation peut permettre des espaces de paroles, de vulgarisations (notamment en adaptant les termes utilisés au niveau de langage et

⁴⁴ Le Planning Familial (2019), *Plan stratégique 2020-2022*. p. 30
<https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2021-02/202012-PLANNINGSTRATEGIQUE-WEB.pdf>

⁴⁵ Définition du terme démedicalisation <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=17398>

de compréhension de la personne reçue) autour de nos corps ce qui permet à la fois d'en avoir une meilleure connaissance et une meilleure compréhension. Les CCF sont formé-es à l'utilisation d'outils pour accompagner à la visualisation, pour illustrer les informations qu'ils peuvent avoir à transmettre. J'ai pu entre autres observer et utiliser dans le cadre d'entretiens individuels mais également en animations, des planches anatomiques permettant de visualiser et expliquer plus concrètement ce qui se passe lors d'un cycle menstruel ou encore lors d'une IVG par aspiration. Ces mêmes planches pourraient servir d'appui, non systématiques, dans le cadre de l'explication des traitements suite à un arrêt de grossesse.

3. D'autres possibles

3.1. Questionner systématiquement les antécédents de grossesses

Lors d'un entretien dans le cadre de ma recherche pour cet EPFF avec une CCF travaillant en CSS en milieu hospitalier, celle-ci m'explique qu'elle et son équipe questionnent systématiquement les antécédents de grossesse (et donc d'IVG et d'arrêt naturel de grossesse). Ces informations sont renseignées dans le dossier patient-es et donc à disposition de toute l'équipe (CCF et soignant-es). Elle m'explique que de rendre cette question systématique permet de se l'approprier plus facilement et de pouvoir expliquer aux personnes reçues que c'est une question qui est posée à tout le monde, tout comme nous pourrions le faire dans le cas des violences. Le fait de la rendre systématique, ôte également la part de subjectivité des professionnel·les qui pourraient spontanément poser la question à certaines personnes plutôt qu'à d'autres.

M'étant questionnée sur le fait que je n'ai pas entendu parler d'arrêt naturel de grossesse pendant mes stages ni de la part des CCF, ni de la part des personnes reçues, je trouve cette pratique intéressante. J'ai par ailleurs à titre personnel été questionnée sur mes antécédents de grossesse, IVG et arrêts de grossesse par une professionnelle de santé. J'avoue avoir été surprise de la précision de sa question (« Combien avez-vous d'enfant ? 1 enfant, 1 grossesse, pas d'IVG, pas de fausse

couche ? ») car c'était la première fois qu'elle m'était posée et que je ne m'y attendais pas. Je me suis cependant par la suite dit que cela permettait, en une question de se situer. Je me souviens m'être dit que je garderai l'idée de ce questionnement pour ma future pratique professionnelle.

Nous avons vu ultérieurement qu'un tabou entoure encore aujourd'hui les arrêts de grossesse, que peu de lieu et de professionnel·les sont identifié·es comme ressources et que le législateur vient juste de s'emparer de la question de l'accompagnement des personnes et des couples ayant vécu une grossesse arrêtée. Par conséquent, en tant que professionnelle exerçant dans le domaine de la vie affective, relationnelle et sexuelle, il me semble légitime de poser cette question, de rendre visible qu'une CCF peut être une personne ressources et que les personnes peuvent venir déposer leur vécu en CSS.

Je pense qu'en tant que professionnel·les nous avons une responsabilité dans l'ouverture de la parole et donc dans la visibilisation des arrêts naturels de grossesse. Et comme pour les violences, c'est en en parlant nous même que nous pouvons offrir la possibilité au plus grand nombre de trouver un lieu d'écoute et de s'autoriser à en parler.

3.2. Intégrer les arrêts naturels de grossesse dans nos animations EVARS

Le collectif « Fausse-couche, vrai vécu » a interpellé en 2022 le futur gouvernement de l'époque à inscrire dans les cours de SVT et d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, des informations globales sur la reproduction intégrant non pas uniquement la grossesse, l'IVG, la contraception mais également les arrêts naturels de grossesse. « *Aujourd'hui, nous demandons à notre futur gouvernement [...] l'intégration aux programmes de SVT et dans les cours d'éducation à la sexualité, dès le collège, d'un enseignement sur les arrêts naturels de grossesse, leurs causes biologiques et leurs manifestations concrètes et corporelles* »⁴⁶.

⁴⁶ Collectif « Fausse couche, vrai vécu » (25 mars 2022). *Pétition Fausse couche, vrai vécu*. <https://www.change.org/p/fausse-couche-vrai-v%C3%A9cu-1sur4>

Cette demande qui à ce jour n'a pas trouvé de réponse de la part du Gouvernement implique à la fois l'Éducation nationale via les cours de SVT et les CCF intervenant dans les établissements scolaires.

Pour ma part, il me semble que cette demande est pertinente dans le sens où elle permet d'intégrer les arrêts naturels de grossesse dans la vie reproductive, comme étant un possible dans le cadre d'une grossesse. Cependant, il s'avère qu'aujourd'hui la loi Aubry de 2001 qui a instauré qu' « *Une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène.* » (Art. L. 312-16.) »⁴⁷ n'est pas applicable, notamment par manque de moyens humains et financiers. Par conséquent, et compte tenu de l'étendue des thématiques à aborder en animations scolaires, bien que l'objectif est louable, celui-ci me semble difficilement atteignable en l'état actuel des choses. Par ailleurs, je me questionne sur comment aborder cette thématique avec des jeunes pour qui la parentalité n'est pas une préoccupation immédiate.

4. Points de vigilance

4.1. CCF : un métier peu et mal connu

Les Conseillères Conjugales et Familiales interviennent dans le domaine de la Vie Affective Relationnelle et Sexuelle. Ce domaine d'intervention est large et regroupe donc des pratiques diverses, dans des lieux variés tels que les Centres de Santé Sexuelle mais également au sein d'autres structures telles que des CIDFF ou des centres de santé. Elles peuvent également pratiquer leur activité en libéral.

Ce métier est relativement récent en France comme le rappelle Geneviève VALLA-CHEVALLEY : «*Même s'il a été développé institutionnellement en France depuis les années 1970, le conseil conjugal et familial a progressivement émergé en France, comme dans d'autres pays américains et européens, dans la première moitié du XXème siècle. [...] La mise en place, relativement lente, renvoie aux contextes socioculturels et démographiques, aux évolutions ou aux résistances des*

⁴⁷ Idem

mœurs, aux politiques familiales. Elle correspond aussi à l'émergence de la notion de couple se distinguant de la cellule familiale longtemps considérée comme la base sociale»⁴⁸. Les missions des CCF ont fortement évoluées depuis les années 1970. Ces changements de missions suivent l'évolution de la société, les accompagnent, les revendiquent. Aujourd'hui, la formation de CCF est reconnue comme certifiante ce qui pourrait ouvrir à terme à une meilleure reconnaissance de métier notamment au niveau des compétences des professionnel·les exerçant cette profession.

Comme nous l'avons vu précédemment, le législateur n'a pas prévu dans sa loi favorisant l'accompagnement des personnes ayant vécu un arrêt de grossesse d'intégrer les CCF dans les parcours de soins. Nous pouvons cependant imaginer que lors des recensements que devront faire les ARS, les initiatives existantes dans lesquelles sont intégrées les CCF seront prises en compte et pourront servir de ressources à la mise en place d'autres parcours de soin de ce genre.

Mais le métier de CCF n'est pas méconnu uniquement du législateur. En effet, le constat est le même pour la population. Parfois davantage identifié, certainement du fait de son appellation, comme étant plutôt destiné au couple rencontrant des problèmes conjugaux. Parfois identifié comme personnes ressources pour les questions d'IVG ou encore de contraception. Ou encore comme des professionnel·les pouvant donner des conseils afin de résoudre une situation donnée. Sa dénomination elle-même porte à confusion. En effet, le terme "conseillère" peut être entendue au sens d'un·e professionnel·le "sachant·e" qui va donner des conseils à une personne face à une situation donnée. Lors de mes stages j'ai pu entendre à plusieurs reprises des personnes nous demander ce que nous pensions de telle ou telle situation, quelle contraception est la meilleure, quel choix serait le plus approprié. Ces questionnements qui nous sont adressés nous demandent de nous décaler de la question posée et de ramener la personne vers ses propres questions, ses propres craintes, jugements et valeurs, sa propre responsabilité et sa capacité à faire les meilleurs choix pour elle-même dans une situation donnée avec les informations dont elle dispose. Les CCF « tiennent conseil » au sens de permettre à la personne de faire le lien entre une situation donnée et sa vie. Ce lien se construit par le récit que les personnes font d'elles-mêmes, de leur histoire, par la clarification des termes employés, des valeurs

⁴⁸ Valla-Chevalley, G. (2009). *Le conseil conjugal et familial*. Eres. p. 13-14

de chacun·e. La posture d'écoute, centrée sur la personne, permet de faire ces liens, d'intégrer une expérience dans son parcours de vie en lui donnant du sens et en étant en capacité de faire des choix éclairés. Ce pan du métier de CCF semble encore mal connu du public. Il correspond cependant parfaitement au travail qui peut être proposé aux personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse.

Tant en CSS, qu'en Centre de santé ou encore en libéral, il semble que les CCF ne soient pas identifiées comme pouvant être des professionnel·les ressources suite à un arrêt naturel de grossesse. J'ai d'ailleurs pu le constater par la difficulté à trouver des professionnel·les ayant une expérience significative de ce type d'accompagnement.

4.2. Les limites des compétences des CCF

Les CCF n'ont pas pour mission d'engager un travail thérapeutique avec les personnes qu'ils reçoivent.

Dans certaines situations, le deuil des parents semble ne pas évoluer, rester "bloqué" dans l'une des phases du deuil. La perte d'une grossesse peut également révéler des troubles psychiques préexistants connus ou non. Le deuil peut alors être qualifié de persistant ou de deuil pathologique.

Des conduites à risque voire suicidaires peuvent être évoquées, mises en œuvre.

Il est important pour les CCF de reconnaître dans ces cas qu'ils ont atteint leurs limites et de le signifier aux personnes afin de pouvoir les orienter vers un·e psychologue ou vers leur médecin traitant pour qu'elles bénéficient d'une prise en charge adaptée.

4.3. Un maillage partenarial à développer

Nous avons vu que la prise en compte de l'accompagnement sur le plan psychologique des personnes ayant vécu un arrêt spontané de grossesse n'en est qu'à son démarrage. Des initiatives locales et souvent restreintes à un établissement se mettent en place. Mais elles semblent être davantage à l'initiative de quelques professionnel·les que portées par un projet de service, d'établissement voire de territoire. L'un des objectifs de la loi n°2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche a pour objectif de recenser puis développer ce maillage partenarial à l'échelle d'un territoire (national mais aussi au niveau local).

Comme nous l'avons vu précédemment, dans certains cas, des orientations vers des professionnel·les (psychologues) sont faites par les soignant·es suite à l'annonce de l'arrêt d'une grossesse. Cependant elles semblent ne pas être suffisamment travaillées en amont (distribution d'un « vieux flyer », « il aurait fallu qu'elle me donne un nom, quelque chose de plus concret »).

Le travail d'orientation fait partie intégrante des métiers du soins et nécessite une bonne connaissance des professionnel·les intervenant sur le territoire. Une bonne orientation peut prendre plus de temps qu'uniquement donner un flyer ou signifier qu'il est possible de prendre rendez-vous avec un·e psychologue si besoin. De ce que j'ai pu observer et pratiquer en stage, il est toujours nécessaire dans le cadre d'une orientation de vérifier auprès de la ou les personnes reçues qu'elles ont les ressources nécessaires pour s'en saisir. Il s'agit ici de vérifier, entre autres, la disponibilité psychique de la personne pour recevoir l'information, son souhait d'être orientée, lui expliquer pour quelles raisons nous l'orientons et pourquoi nous ne pouvons poursuivre le travail avec elle·s. Une fois ses conditions réunies, il peut être nécessaire de parler concrètement du service ou du/de la professionnel·le vers lequel ou laquelle nous orientons la personne. Enfin, parfois un accompagnement à la prise de rendez-vous, voire un accompagnement physique peut s'avérer nécessaire afin de faciliter la prise de contact et de favoriser la suite de la prise en charge, toujours dans l'intérêt de la personne. La démarche d'orientation n'est donc pas juste une remise de coordonnées mais fait partie intégrante de l'accompagnement d'une personne, toujours dans le respect de ses choix et de sa temporalité. Par ailleurs, cela nécessite de développer son réseau partenarial, notamment en « recenser », les professionnel·les qui ont également une pratique bienveillante, non-jugeante.

L'association Agapa fait partie de ces partenaires présents sur l'ensemble du territoire français et qui permet à toutes personnes ayant vécu un deuil périnatal d'avoir accès à un accompagnement individuel mais également en groupe. Cette structure semble être un lieu pertinent pour être accompagné. Mais encore faut-il avoir l'information de l'existence de cette structure.

4.4. Poursuivre sa formation en tant que CCF

Dans mon cursus de formation initiale, la question des grossesses arrêtées, du deuil anténatal n'a pas été abordée. La formation de CCF comprend 400h de formation théorique ce qui ne permet pas d'aborder l'ensemble des thématiques, questionnements que nous pouvons être amené-es à rencontrer une fois en activité. Par conséquent, il me semble primordial que les CCF puissent continuer à se former en continue, d'une part par le biais de formations dispensées par des organismes de formation, mais également par de la co-formation entre pairs et au sein des équipes et par des lectures personnelles en lien avec leur pratique.

Enfin, la supervision me semble de nouveau indispensable pour permettre de questionner sa posture professionnelle, exprimer ses émotions et ressentis, avoir un éclairage théorique.

Conclusion

Actuellement l'accompagnement des personnes ayant vécu un arrêt de grossesse est peu développé. Le deuil qui suit la perte d'un enfant peut cependant avoir d'importantes conséquences sur la vie des personnes et est peu pris en compte par la société.

Suite à l'annonce d'un arrêt de grossesse les personnes ont des attentes dans la prise en compte de leur vécu, de leurs émotions, de leur rythme. Mais également dans la prise en compte de leurs capacités et de leurs besoins à comprendre ce qui se passe dans leur corps pour pouvoir prendre des décisions de manière éclairée. Aujourd'hui toutes ses attentes ne sont pas toujours prises en compte lors des consultations ce qui peut rendre la perte de la grossesse encore plus traumatique.

De plus suite à la prise en charge médicale de l'arrêt de grossesse, beaucoup de personnes se retrouvent livrées à elles-mêmes, avec leur sidération, leur tristesse, leur culpabilité,... sans toujours avoir bien compris les informations médicales qui leur ont été transmises par les soignant-es, ni avoir toujours eu le choix du traitement mis en place.

Afin d'améliorer cette prise en charge sur le plan global, c'est-à-dire à la fois médical et psychologique, des expériences de parcours de soin se mettent en place. La loi du 7 juillet 2023 favorisant l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche est un progrès allant dans le sens de la reconnaissance du deuil vécu par les parents et devrait à terme permettre la diffusion des pratiques vertueuses sur l'ensemble du territoire.

Pour moi les CCF, de par leur formation et leurs compétences peuvent favoriser cette prise en charge. Comme nous l'avons vu, les CCF peuvent accompagner les personnes sur le plan psychologique (et non pas thérapeutique) par l'utilisation de l'écoute active, des reformulations, la validation des émotions, l'intégration de silences. Mais iels peuvent également avoir une place dans l'explication des protocoles médicaux et de la physiologie des corps. Cela peut permettre aux personnes de pouvoir choisir et consentir de manière éclairée aux soins qui leur sont proposés mais également de reprendre le pouvoir sur leur corps.

Cependant, les CCF vont devoir faire leur place dans les futurs parcours de soin, pour favoriser la démedicalisation et faire reconnaître leurs compétences. Ce combat

pour la démedicalisation ne doit pas, à mon sens être porté que par les CCF mais également par les équipes médicales, les organismes de formations et les organismes employeurs des CCF.

Enfin, je pense que nous avons un rôle à jouer dans l'ouverture de la parole, dans la levée des tabous entourant les arrêts de grossesse et donc dans la reconnaissance des impacts des grossesses arrêtées.

Glossaire

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CSS : Centre de Santé Sexuelle

EPFF : Écrit Professionnel de Fin de Formation

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

SA : Semaines d'Aménorrhée

SVT : Sciences et Vie de la Terre

Bibliographie

Articles

- Onion, R. (2018, 4 décembre). J'ai fait une fausse couche : « Ô bonheur, ô extase inattendue! » Slate.fr.
<https://www.slate.fr/story/170511/fausse-couche-xix-siecle-non-evenement-rapport-grossesse-enfant>

Blog

- Sweetlmoon. <https://sweetlmoon.wordpress.com/>

Dossiers

- AGAPA (2014), *Colloque Mort périnatale : comprendre et mesurer son retentissement pour mieux accompagner ceux qui y sont confrontés.*
- AGAPA (2022), *Dossier Droits et Formalités relatifs au deuil périnatal.*
<https://association-agapa.fr/wp-content/uploads/2022/08/legislation-sur-les-droits-Agapa-31-aout-2022.pdf>
- École des Parents et des Éducateurs de Haute-Garonne, *Livret Fausse couche* Parlons-en.
<https://www.ecoledesparents.org/wp-content/uploads/2021/12/Livret-Fausse-couche-VF.pdf>
- Institut National de Santé Publique du Québec (2019), *Dossier Décès et deuil périnatal.*
<https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/decès-et-deuil-perinatale>
- Le Planning Familial (2019), *Plan stratégique 2020-2022.* p. 30
<https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2021-02/202012-PLANNING-GSTRATEGIQUE-WEB.pdf>

- Le Planning Familial (2022), *Plan stratégique 2023-2025*.
<https://www.planning-familial.org/sites/default/files/2023-05/PLANNING%20FAMILIAL-Plan-vfinale-DIGITAL.pdf>

Films, reportages :

- France Télévisions. (s. d.). *L'œil et la main : Grossesses inachevées, un douloureux silence*.
<https://www.france.tv/france-5/l-oeil-et-la-main/412191-grossesses-inachevees-un-douloureux-silence.html>
- La Maison des femmes. (2020, 21 février). *Et si on s'écoutait Épisode 2 : Allez, vous en ferez un autre !*
<https://www.youtube.com/watch?v=I9zLbAkxKKI>

Livres, ouvrages

- Aquien, J. (2021). *Trois mois sous silence : Le tabou de la condition des femmes en début de grossesse*.
- Berthiaud, E. (2013). *Enceinte : une histoire de la grossesse entre art et société*.
- EVRARD, J-J (1846). *Faculté de médecine de Paris. De l'avortement ou fausse couche : Thèse pour le doctorat en médecine*.
- Gaille, M. (2015). *Le désir d'enfant : Histoire intime, enjeu politique*. PUF.
- Gerin, H. (2020). *DANS CES MOMENTS-LÀ : plus de 130 idées pour offrir du soutien aux parents endeuillés de leur bébé. . . ou pour en recevoir de ses proches*. Mille et Une Pépites.
- Lancelin-Huin, N. (2016). *Traverser l'épreuve d'une grossesse interrompue - fausse couche, IMG, mort foetale in utero*. Josette Lyon.
- Lhotellier, A. (2001). *Tenir conseil : délibérer pour agir*.

- Lorenzo, S. (2022). *Une fausse couche comme les autres*. First.
- Nanteuil, S. (2021). *Parents orphelins : Vivre une fausse couche, une IMG, un deuil périnatal*. Hachette Pratique.
- Radet, C. (2017). *Je n'ai pas dit au revoir à mon bébé : Comprendre et traverser le deuil anténatal*. Editions de l'Emmanuel.
- Valla-Chevalley, G. (2009). *Le conseil conjugal et familial*. Eres.

Podcast

- Luna podcast. (2021, 3 février). *LUNA PODCAST | Découvrez l'épisode sur la fausse couche « banale »* LUNA PODCAST.
<https://lunapodcast.com/la-fausse-couche>
- Tulet, A. (2022, août 18). Grand reportage - « Fausse-couche », la mal nommée.
RFI.<https://www.rfi.fr/fr/podcasts/grand-reportage/20220818-fausse-couche-la-mal-nomm%C3%A9e>

Annexes

Sommaire des annexes

- Annexe 1 : Trame entretien avec des CCF p. 57
- Annexe 2 : Pistes de questions pour votre témoignage écrit p. 58
- Annexe 3 : Mon rapport à l'arrêt naturel de grossesse p. 59
- Annexe 4 : Extrait du Plan stratégique 2023-2027 du Planning Familial p. 60
- Annexe 5 : Proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche p. 61
- Annexe 6 : Les réactions émotionnelles qui caractérisent les phases du deuil p. 63
- Annexe 7 : Manifestations des perturbations habituelles du deuil p. 64

Annexe 1 : Trame entretien avec des CCF

- Dans quel service travaillez-vous ?
- Contexte de la mise en place du parcours de soin ?
- En quoi consiste ce parcours de soin ?
- Difficultés rencontrées ?
- Qu'est-ce qui a été facilitant dans votre structure pour la mise en place de ce "protocole d'accompagnement" dans lequel les CCF sont intégrées ?
- Ce type d'accompagnement/entretien a-t-il des spécificités ?
- Avez-vous une formation particulière (au deuil périnatal/anténatal par exemple) ?
- Est-ce que vous avez des outils particuliers pour ses entretiens ?
- Pour quelles raisons pensez-vous que les CCF ont toute leur place dans l'accompagnement des personnes subissant ces arrêts ?
- Arrive-t-il que des parents demandent à vous revoir par la suite pour reparler de l'arrêt de grossesse ?
- Ces entretiens débouchent-ils sur d'autres questionnements que celui de l'arrêt de grossesse ?
- Avez-vous eu des retours de la part des parents avec lesquels vous vous êtes entretenue sur leur vécu de votre intervention ?
- Abordez-vous systématiquement en entretien la question du nombre de grossesses antérieures, IVG ou arrêts spontanés de grossesse ? (comme nous pourrions le faire pour la question des violences par exemple)
- Si oui quel en est l'intérêt ?
- Avez-vous intégré dans vos animations les arrêts de grossesse ?
- Animez-vous des groupes de paroles autour des grossesses arrêtées ?

Annexe 2 : Pistes de questions pour votre témoignage écrit

- **Dans quel contexte êtes-vous tombée enceinte ?** (1ère-2ème-3ème... grossesse.s, antécédents de grossesse.s arrêtée.s ou d'IVG, grossesse en projet/souhaitée/attendue/surprise, de quand date cette grossesse, dans le cadre d'une PMA...)
- **Aviez-vous envisagé que votre grossesse puisse s'arrêter ?** Est-ce qu'un professionnel de santé vous avait informé·es de ce risque ? Ce risque était-il entendable pour vous ?
- **Comment et quand avez-vous appris que votre grossesse s'était arrêtée ?** (dans quel contexte, à quel terme de la grossesse, comment avez-vous vécu l'annonce, quels sentiments avez-vous ressentis, de quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là, avez-vous compris les explications médicales, avez-vous pu poser toutes les questions que vous souhaitiez,...)
- **Comment nommez-vous cet arrêt de grossesse ?**
- **Comment aviez-vous investi votre grossesse ?**
- **Quels impacts a eu votre grossesse arrêtée sur vous, sur votre couple, vos enfants déjà nés, vos futures grossesses, vos enfants nés après,... ?** (impacts dans la communication, dans votre parentalité, votre sexualité, comment chaque membre du couple a vécu cette grossesse arrêtée, avez-vous perçu des différences entre vos ressentis et ceux de votre partenaire, comment avez-vous envisagé et vécu la/les grossesses suivantes...)
- **Quels impacts a eu votre grossesse arrêtée sur votre relation avec vos proches ?** (parents, fratrie, ami·es,..., en avez-vous parlé librement, pour quelles raisons,...)
- **Quel·les ont-été vos points d'appui, vos ressources ?** (professionnel·les sur lequel·les vous avez pu vous appuyer ou relations personnelles, musiques, activités, livres, podcasts, internet,...)
- **Avez-vous été orienté·e vers des professionnel·les de l'écoute ?** (à votre demande, proposition des soignant·es, vers qui, qu'est-ce que cela vous a apporté, à quel moment, qui a consulté...)
- **Quel regard portez-vous aujourd'hui sur cet arrêt de grossesse ?** (quels sentiments ressentez-vous en y repensant, quelle place prend-il dans votre vie, comment vivez-vous le fait de faire ce témoignage,...)

Ce ne sont que des pistes, par conséquent vous n'avez aucune obligation de répondre à toutes les questions, certaines ne seront peut-être d'ailleurs pas pertinentes pour vous (n'hésitez pas à me le dire si certaines pistes, formulations vous ont questionné·es). Et si vous souhaitez sortir des questions parce que cela vous semble pertinent, n'hésitez pas. Vous pouvez me retourner votre témoignage par mail : jlardillier38@gmail.com

Un grand merci. Jessica

Annexe 3 : Mon rapport à l'arrêt naturel de grossesse

Que m'évoque le sujet de l'arrêt naturel de grossesse ?

Souffrance physique - Décès - Souffrance psychique - Nouvelle abrupte - Solitude - Fin de quelque chose - Douleurs physiques - Reconstruction - Douleurs psychologiques - Couple - Culpabilité - Annonce - Mort - Incompréhension - Embryon - Saignements ++ - Tabou

Est-ce qu'on m'a déjà partagé des expériences d'arrêt de grossesse ? Comment cela s'est-il passé ?

Oui mais rarement de vive voix. Par messages sur Whatsapp. Effet de sidération, tristesse pour la personne concernée.

Incompréhension face au parcours et au vécu qui me semblaient anarchiques, longs, éprouvants avec peu de considération pour la personne en dehors de l'aspect purement médical.

Annonce par mail pour une autre personne avec de la colère car peur de notre jugement : incompréhension de ma part.

Qu'est-ce que les récits d'arrêts naturels de grossesse qu'on a pu me raconter et /ou mon expériences viennent me dire ?

Je n'ai pas d'expérience personnelle d'un arrêt de grossesse. J'ai eu des saignements au cours de ma grossesse qui m'ont amenées aux urgences gynécologiques : peur d'une fausse couche à ce moment-là. Je ne me souviens pas avoir attendu longtemps. Prise en charge par des internes. Impressions d'être le cas à voir ce jour-là et imprécision de leur diagnostic donc nouvel examen de confirmation. Culpabilité.

Les récits d'arrêts de grossesse dans mon entourage m'ont choquée, provoquée de la tristesse, de l'incompréhension, de l'impuissance, ne pas savoir quoi dire, quels mots utiliser pour en parler à la personne concernée, ne pas savoir comment l'aider.

Quels sont mes questionnements, interrogations autour de l'arrêt naturel de grossesse ?

Pourquoi tant de gêne de mon côté ? Pourquoi ce silence ? Comment peut-on accompagner une personne vivant un arrêt de grossesse ? Pourquoi si peu de considération par le corps médical ? Pourquoi alors que c'est fréquent est-ce qu'il n'y a pas de prise en charge officielle ?

Annexe 4 : Extrait du Plan stratégique 2023-2027 du Planning Familial

Chapitre sur la Démédicalisation – p. 37

Près de 50 ans après l'accès au droit à l'avortement en France, de nombreux témoignages de violences gynécologiques et obstétricales recueillis sur la toile ou dans nos entretiens, ainsi que la persistance du tabou autour de la connaissance de nos corps et la frilosité des jeunes médecins (même militant.e.s féministes) à pratiquer la délégation de compétences, nous poussent à mettre sur la tapis la thématique de la démedicalisation, sous ce terme on pourrait travailler au moins 3 axes :

1. Délégation de compétences Alors que des médecins militant.e.s et pratiquant la délégation de compétence au planning vont bientôt prendre leur retraite, il nous paraît essentiel de mobiliser de jeunes médecins et sage-femmes sur ce sujet, afin de pouvoir continuer cette pratique qui ne doit pas disparaître. Décloisonner les pratiques et les compétences est un acquis des luttes féministes que nous craignons de voir disparaître si nous ne posons pas aujourd'hui les jalons qui permettent de faire perdurer ces pratiques, et de même continuer à permettre à des soignant.e.s de soutenir un accès aux soins féministes, inclusifs et politisés.
2. Connaissance du corps, autodéfense La démedicalisation serait aussi pour nous une démarche d'autodéfense médicale. Nous accompagnons, quand cela nous est demandé, les personnes dans leurs rendez-vous médicaux, et bien entendu nous écoutons et recevons les récits de personnes parfois fragilisées, abîmées par des moments où le consentement n'est ni éclairé, ni même pris en compte. Grâce à l'écoute active et à d'autres outils, nous aimerions travailler sur ce que l'on appelle autodéfense médicale. La pratique de l'autodéfense demande de se préparer pour légitimer notre propre connaissance de nous même, notre expertise, nous qui nous connaissons le mieux, mais qui parfois perdons notre légitimité face à celle du corps médical. Nous espérons que ce travail se fera avec les médecins allié.e.s.
3. Pratiques complémentaires La démedicalisation implique aussi des pratiques complémentaires comme l'auto-observation gynécologique, la symptothermie, les groupes qui expérimentent la contraception testiculaire, les groupes de paroles thématiques ainsi que les entretiens collectifs, et le libre choix d'accoucher où et comme on le souhaite... Comment peut-on prendre soin des un.e.s et des autres à plusieurs ?

Annexe 5 : Proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche

<https://www.vie-publique.fr/loi/288561-fausses-couches-proposition-de-loi-pour-mieux-accompagner-les-femmes>

Publié le 29 juin 2023

La proposition de loi instaure plusieurs mesures pour soutenir les femmes après une fausse couche. Chaque année, 200 000 d'entre elles en sont victimes en France. Pour nombre de ces femmes et leurs partenaires, subir la perte d'une grossesse est un traumatisme.

Le 29 juin 2023, le Sénat a définitivement adopté la proposition de loi.

La proposition de loi avait été déposée le 17 janvier 2023 par la députée Sandrine Josso. Elle avait été adoptée en première lecture, avec modifications, par l'Assemblée nationale le 8 mars 2023, puis par le Sénat le 4 mai 2023. Le 15 juin 2023, l'Assemblée nationale avait adopté la version finale de la proposition de loi, après accord trouvé en commission mixte paritaire le 1er juin 2023. Le gouvernement a engagé la procédure accélérée sur ce texte le 6 mars 2023.

L'essentiel de la proposition de loi

La proposition de loi a pour objectif premier de favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes d'une fausse couche. Elle permettra **aux sages-femmes d'adresser des patientes dans le cadre du dispositif Mon Parcours Psy** dans toutes les situations où cela semble nécessaire : **fausse couche, grossesse, dépression post-accouchement**. Le partenaire d'une patiente ayant subi une fausse couche pourra aussi être adressé vers ce dispositif.

La proposition de loi a été complétée par plusieurs amendements.

Les députés ont prévu **la mise en place** par chaque agence régionale de santé (ARS), **à partir du 1er septembre 2024, d'un parcours fausse couche**. Ce parcours doit associer des professionnels médicaux et psychologues hospitaliers et libéraux, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes et, si besoin, leur partenaire confrontés à une fausse couche.

Des amendements du gouvernement et des sénateurs ont été adoptés pour permettre aux femmes victimes d'une fausse couche de **bénéficier des indemnités journalières sans délai de carence pendant leur arrêt maladie**. Cette mesure, qui doit s'appliquer au plus tard début 2024, concernera les assurées du secteur privé, les agentes de la fonction publique, les professions indépendantes et les non-salariées agricoles.

Les sénateurs ont, de plus, introduit dans le code du travail une **protection contre le licenciement de 10 semaines pour les femmes confrontées à une "fausse couche tardive"** (entre la 14e et la 21e semaine d'aménorrhée incluses, moins de 1% des grossesses sont concernées). Une grossesse arrêtée à 22 semaines d'aménorrhée moins un jour ne donne aujourd'hui lieu à aucune protection, contre 26 semaines de protection minimum en cas d'interruption de grossesse à compter de la 22e semaine.

Texte de loi paru au JO :

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=uixn4vDFFJU_veW4xSVamsQqXloj1rNUQUJGj9Kdan8=

Annexe 6 : Les réactions émotionnelles qui caractérisent les phases du deuil

Extrait de Dossier Décès et deuil périnatal Québec - Institut National de Santé

Publique du Québec - p. 6

Figure 1 Les réactions émotionnelles qui caractérisent les phases du deuil (46-49)



Annexe 7 : Manifestations des perturbations habituelles du deuil

Extrait de Dossier Décès et deuil périnatal Québec - Institut National de Santé Publique du Québec - p. 7

2.1.2 PERTURBATIONS

Les perturbations habituelles lors du deuil se manifestent sur quatre plans : physique, cognitif, affectif et comportemental. Les principales manifestations sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 Perturbations fréquentes lors d'un deuil (50)

Sur le plan physique	Sur le plan cognitif	Sur le plan affectif	Sur le plan comportemental
Fatigue	Absence de goût de vivre	Tristesse	Soupirs
Étourdissements	Concentration difficile	Colère, agressivité	Pleurs
Maux de tête	Confusion	Angoisse, anxiété, rage	Repli sur soi
Hypertension	Doute et incrédulité	Amertume	Hyperactivité
Faiblesse musculaire	État de choc	Frustration	Apathie
Tension musculaire	Négation de la réalité	Ennui	Propension à la toxicomanie
Hypersensibilité aux bruits	Hallucinations visuelles	Peur	Distraction
Constipation ou diarrhée	Hallucinations auditives	Trahison	Évitement des symboles du disparu ou attachement à ces symboles
Diminution de l'appétit	Impression de la présence du défunt	Culpabilité	
Augmentation de l'appétit	Inquiétude	Insécurité	
Tremblements	Identification	Solitude	
Vision brouillée	Idéalisation	Soulagement	Impatience
Palpitations	Regrets	Ambivalence	Hostilité
Sudation excessive	Souvenirs		Automatisme
Impression de vide abdominal			Rêves, cauchemars
Contraction dans la gorge ou la poitrine			Recherche de l'être disparu
Assèchement dans la région laryngée			Troubles de sommeil
			Verbalisation excessive

RIEN N'EST
FAUX
DANS UNE
«**FAUSSE**»
COUCHE

L'accompagnement psychologique des personnes vivant un arrêt naturel de grossesse précoce est actuellement quasiment inexistant en France et n'est que très peu pensé.

Parce que rien n'est faux dans une fausse couche, parce que le vécu physique et psychologique est bien réel, parce que la grossesse l'était également même si elle n'était pas encore visible ou annoncée, parce que le deuil n'est pas moins violent. Parce qu'une personne enceinte sur quatre sera confrontée à un arrêt naturel de grossesse précoce. Parce que tout cela ne doit pas se vivre dans l'indifférence de la société.

Pour toutes ses raisons, il me semble indispensable d'améliorer la prise en charge psychologique des personnes.

Aussi, je propose dans cet écrit professionnel de fin de formation en conseil conjugal et familial de réfléchir à la question suivante : "En quoi l'intégration de CCF dans les parcours de soin des personnes ayant vécu un arrêt naturel de grossesse précoce peut améliorer leur prise en charge globale ?".