

CLINIQUE D'UNE PATIENTE VICTIME DE FAUSSES COUCHES PRECOCES SPONTANEEES A REPETITION

JEAN-ROMUALD SIBY

sibyeck@yahoo.fr

MOURIMA LINDA

Madamalinda2013@gmail.com

Centre de recherche et d'études en psychologie (CREP)

Université Omar Bongo (Gabon)

Résumé :

Cet article de parle de la clinique d'une patiente victime de fausses couches précoces et répétées. Il traite de son vécu psychoaffectif. A partir des entretiens cliniques individuels avec la patiente, nous avons montré le vécu de souffrance de cette dernière. Le résultat montre que la victime fait face à une souffrance psychologique insurmontable liée aux fausses couches répétées, qui occasionnent notamment un problème de confiance en soi. Au regard de la détresse psychique de notre patiente, une prise en charge psychothérapeutique a été préconisée. Elle a permis au sujet d'amorcer le travail de deuil, de surmonter petit à petit sa détresse psychologique, d'élaguer les symptômes de la dépression, d'anxiété et de devenir résiliente.

Mots-clés : *Clinique, fausse couches, précoces, répétées.*

Abstract

This article discusses the clinical experience of a patient who suffered early and repeated miscarriages.

It addresses her psycho-emotional experience. Based on individual clinical interviews with the patient,

we demonstrated her experience of suffering. The results show that the victim faces insurmountable psychological suffering related to repeated miscarriages, which notably causes self-confidence issues.

Given our patient's psychological distress, psychotherapeutic treatment was recommended. This enabled the patient to begin the process of grieving, gradually overcome her psychological distress, mitigate symptoms of depression and anxiety, and become resilient.

Keywords: *Clinical, miscarriages, early, repeated*

Introduction

La notion de clinique inclut deux pôles : l'un médical et l'autre psychique. A travers cette notion, il est question de faire référence à l'observation directe du malade par une analyse approfondie de son comportement dans différentes situations. Ainsi, par clinique du patient nous entendons les souffrances du patient, son vécu (Lagache, 2009).

C'est l'expérience réellement vécue : les faits, les événements de la vie et les phénomènes propres à la vie.

Selon Vermesh (2012), le vécu psychologique est défini par le fait que le sujet déploie l'expérience vécue dans ses différentes facettes qui peuvent être exprimées et qui se rapportent à une expérience effectivement vécue et donc par définition singulière. Le vécu englobe de ce fait, les pensées, les émotions, et le sentiment de soi. Evidemment, le vécu psychologique n'est pas le même pour tous : chaque individu est unique d'où l'importance de l'étude des cas.

Dans cette optique, la fausse couche constitue un événement singulier qu'il est nécessaire d'analyser sur le plan clinique afin d'en évaluer le retentissement psychologique, la tonalité psychique inhérente au vécu singulier de la femme victime de fausses couches.

La fausse couche est une interruption spontanée de grossesse qui survient au cours des 5 premiers mois. Elle se manifeste par des saignements vaginaux accompagnés de douleurs dans la partie basse du ventre.

Selon l'OMS (2024), environ 50% de fécondations arrêtent d'évoluer spontanément dans les trois premières semaines de grossesse et avant la survenue d'un retard de règles. Elles passent donc inaperçues et ne peuvent être qualifiées. Dans un contexte de fausses-couches à répétition, les femmes inquiètes font un test de grossesse avant d'en percevoir des signes cliniques.

A cette définition, ajoutons celle-ci qui est majoritairement admise (OMS (1976) : « la fausse couche est l'expulsion spontanée d'un embryon ou d'un fœtus avant qu'il soit viable, c'est-à-dire pesant moins de 500 grammes et/ou de moins de 20 semaines de gestation soit 22 semaines d'aménorrhée ».

Une fausse couche est également appelée avortement spontané ou encore interruption non intentionnelle de la grossesse selon l'Office Fédéral de la Statistique « OFS » (1974).

On distingue généralement deux grands types de fausses couches : la fausse couche précoce et la fausse couche tardive. Dans cet article, nous nous intéressons aux fausses couches précoces.

Le terme fausse-couche spontané précoce, dans le monde hospitalier, est communément réservé à l'arrêt d'une grossesse au cours du premier trimestre. Il est réservé principalement aux arrêts de grossesse survenant en deçà de la quinzième semaine d'aménorrhée.

Par ailleurs, les fausses couches spontanées précoces peuvent être isolées, lorsque la femme enceinte en fait une seule, suivie de grossesses normales, mais elles peuvent aussi être répétées. C'est ce dernier type de fausses couches spontanées précoces et à répétition qui retient notre attention.

La définition des fausses couches répétées a longtemps été débattue et diffère en fonction des auteurs selon Chabrol, Callahan et Séjourné (2008). Pour la société européenne d'embryologie et de la reproduction humaine, les fausses couches à répétition ou FCR font référence à trois pertes de grossesses consécutives, y compris celles non visualisées. Cependant, selon la société américaine de médecine de la reproduction, elles sont définies comme deux ou plusieurs pertes de grossesses cliniques (documentées par échographie ou examen histo-pathologique) mais pas nécessairement consécutives (Steneck, 2003).

Pour Dieneba. (2024), les fausses couches spontanées précoces à répétition sont définies par la survenue de trois pertes consécutives embryo-fœtales avant 14 semaines d'Aménorrhées.

Nous le voyons, les définitions sont nombreuses mais toutes reconnaissent à la fois le caractère précoce des fausses couches et le phénomène de répétition.

En dépit de cette fréquence, il apparaît que la fausse couche n'est pas un événement banal pour les femmes qui y sont confrontées. A ce propos, quelles sont les conséquences psychologiques chez les femmes victimes de fausses couches à répétition ?

Partant du principe que pour beaucoup de femmes, la fausse couche représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur.

Quelle est la clinique, le vécu de ces femmes ?

Comme le soulignent Chabrol, Callahan et Séjourné (2008), ce vécu se vit-il en termes de chagrin, d'anxiété, de dépression ou de stress ?

Peut-on parler de souffrance psychologique significative ?

De nombreux auteurs dont Maker et Ogden (2010) considèrent la fausse couche comme une perte périnatale et ont observé les différentes phases du deuil qui y font suite.

Comment ce deuil est-il vécu ?

Quelles sont les différentes phases ou étapes ?

En plus de la souffrance psychologique qu'elle induirait, une fausse couche peut-elle avoir des répercussions sur la vie personnelle des femmes et notamment sur les relations conjugales et les rapports avec l'entourage au regard du contexte culturel africain notamment Gabonais ?

A partir d'une étude de cas, nous allons essayer de répondre à toutes ces questions afin d'évaluer le traumatisme des femmes victimes de fausses couches.

La revue de travaux présentée dans cet article ne vise pas à être exhaustive mais plutôt à mettre en avant les principales

caractéristiques du vécu psychologique de la fausse couche et enfin les différentes possibilités de soutien envisageable.

Ainsi, cette recherche pourrait fournir des pistes de discussion susceptibles d'ouvrir des voies nouvelles de prévention et de prise en charge psychologique afin d'encourager à prendre certaines mesures thérapeutiques ou préventives.

Selon Fauconnier, Neuranter et Huchon (2025), la fausse couche est une situation clinique fréquente qui touche chaque année plusieurs dizaines de millions de femmes et son étude est largement justifiée.

Ce constat est partagé par Lepage, Luton et Azria (2022) qui rapportent l'analyse du groupement d'étude de la maladie abortive (GEMA).

1. Méthodologie

1.1. Participant

Pour éviter une redondance, ce point sera développé dans la présentation du cas (vignette clinique).

1.2. Cadre d'étude et procédure

Mme Clara est reçue au service de psychologie du Centre hospitalier universitaire à la suite d'une consultation en urgence du fait d'une symptomatologie lourde et d'un vécu de souffrance avéré.

La procédure est particulièrement intéressante pour comprendre la dynamique et le fonctionnement psychique propre à notre sujet. A travers cette consultation, il s'agissait de procéder à une démarche clinique du particulier notamment la prise en compte de la parole du sujet mais également de saisir le vécu du sujet, son fonctionnement psychologique. En donnant la parole à une femme victime de plusieurs fausses couches spontanées et précoces, il était question pour nous, de lui permettre de verbaliser au sujet de ces événements traumatiques et ainsi de

lui donner la possibilité de se penser comme un interlocuteur valable pouvant rendre compte de son expérience d'une femme ayant le désir d'enfanter mais qui n'y parvient pas.

C'est dans cette optique et dans un cadre hospitalier structurant que Mme Clara a pu dévoiler sa subjectivité, son vécu de souffrance à la suite de trois entretiens cliniques en l'espace d'une semaine.

1.3. Matériel

Opter pour une étude qualitative à travers l'étude de cas apparaît dans ce contexte particulier, un choix judicieux pour le Psychologue clinicien que nous sommes au regard de notre pratique clinique. Nous retenons l'analyse de contenu thématique pour décoder et analyser le discours du sujet obtenu grâce aux entretiens cliniques.

Nous avons mené plusieurs entretiens cliniques de type semi-directifs avec notre sujet dans le but de lui donner la possibilité de verbaliser sur sa souffrance. Il s'agit donc ici d'une étude qualitative avec l'entretien clinique comme outil de recueil de données et l'analyse de contenu comme outil d'analyse des résultats. La méthode clinique est ainsi au centre de cette étude.

1.3.1. L'entretien clinique

Avant de présenter notre cas, il nous paraît important de présenter les techniques d'investigations qui ont permis de recueillir et d'analyser le discours de notre sujet. Dans un premier temps, pour la collecte des informations, nous avons utilisé l'entretien clinique. Forme particulière de dialogue visant à la compréhension d'un problème en fonction du discours, l'entretien clinique est selon Quivy (1988), une des techniques de recueil de données qui permet d'établir un échange entre enquêté et enquêteur. Ainsi, le sujet peut exprimer ses sentiments sur sa situation ou ses expériences. L'utilisation de cette technique s'explique par le fait qu'en clinique, on

n'entreprend rien sans avoir un entretien avec le sujet. Il s'agissait essentiellement d'entretiens cliniques semi-directifs. L'intérêt du choix de l'entretien semi-directif est double. D'une part, il est structuré car il repose sur une liste de thèmes. D'autre part les questions sont ouvertes et le sujet s'exprime librement.

1.3.2. L'analyse de contenu

Pour le traitement de l'information, nous avons procédé à l'analyse de contenu en vue de relever les thèmes importants qui ressortent dans le discours du sujet. D'après Mucchielli et Paillé (2011. p. 11) : « l'analyse de contenu est un examen objectif, exhaustif, méthodique, et qualitatif d'un texte ou d'information en vue d'en tirer ce qu'il contient de significatif par rapport aux objectifs de la recherche ». Nous allons ainsi relever différents thèmes en lien avec le vécu traumatique des fausses couches de notre sujet.

2. Résultats :

2.1. Vignette clinique

Clara est une femme au foyer (sans emploi) de 42 ans. Elle est issue d'une fratrie de huit frères et sœurs. Mariée depuis 20 ans, elle est sans enfant. Elle a été référée à l'unité de psychologie par un médecin pour des insomnies fréquentes et un tableau clinique présentant des douleurs pelviennes importantes, d'intensité croissante. L'examen clinique fait référence à des saignements abondants, un col ouvert et une expulsion de l'embryon il y a deux jours. Le diagnostic de fausses couches spontanées à répétition complètes figure sur son dossier. On y mentionne 5 grossesses qui se sont soldées toutes par des fausses couches sur une durée de 15 ans. La dernière est singulièrement mal vécue aussi le service de gynécologie l'a référé au service de psychologie pour dépression, insomnies chroniques et somatisation.

2.2. Analyse des résultats : l'analyse de contenu thématique

Pour le traitement de l'information, nous avons procédé à l'analyse de contenu en vue de relever les thèmes importants qui ressortent dans le discours du sujet. Nous relevons différents thèmes en lien avec le vécu traumatique des fausses couches tels que : le désir d'enfant, l'angoisse, le désespoir, la souffrance psychologique, la dépression et troubles anxieux, le trouble de l'adaptation, le traumatisme psychique et les troubles du sommeil.

• Le Désir d'enfant :

Pour Sillamy (1984), le désir se définit comme un « manque inscrit dans la parole et l'effet de la marque du signifiant sur l'être parlant » (p.358). Le désir est par conséquent l'expression, la traduction du manque (Sillamy, idem, p.202).

Le désir d'enfant implique ainsi, le fait de mentaliser de futures images parentales. Il suggère déjà de conceptualiser l'existence de l'enfant en tant qu'individu distinct dans le groupe familial. C'est ce qu'exprime Clara lorsqu'elle dit : « *chaque fois que je tombe enceinte, j'imagine déjà mon enfant en train de jouer avec les autres. Malheureusement, ça ne vient pas et c'est insupportable ...* ».

A ce désir d'enfant se mêle à la fois la peine et la culpabilité qui est une émotion douloureuse caractérisée par l'opportunité manquée ou encore par l'envie de se punir pour n'avoir pas pu garder ses grossesses (Bonnefon, Zhang et Deng 2007). A ce propos, Clara dit : « *chaque jour je souffre, je saigne dans mon cœur* ». Le récit de Clara exprime la douleur de toutes les fausses couches endurées. Cette peine est exacerbée avec l'avancée en âge car comme le soulignent Lepage, Luton et Azria (2022) : « L'âge de la femme est un critère majeur dans toute pathologie de la fertilité. En effet, la fécondabilité ou probabilité de concevoir est plus importante chez une patiente de moins de 40 ans ».

• L'angoisse :

L'angoisse est un ensemble de sentiments et de phénomènes affectifs caractérisé par une sensation interne d'oppression et de resserrement, par la crainte réelle ou imaginaire d'un malheur grave ou une grande souffrance devant laquelle on se sent à la fois démuni et totalement impuissant à se défendre (Doron, Moal et Anzieu, 2011, p.102).

Le sujet exprime ce sentiment quand elle dit : « *quand je retombe enceinte, j'ai peur de perdre encore la grossesse, pendant la grossesse je suis stressée, je suis inquiète, je fais des cauchemars où on vient m'arracher l'enfant dans le ventre et malheureusement, ça se produit toujours...* ». Nous voyons par cet extrait, la peur, l'angoisse éprouvée par Clara à l'idée de vivre à nouveau une fausse-couche et qui indiquent aussi la présence de l'anxiété qui est un état présentant des formes pathologiques comme le rappelle Graziani (2003) : « l'anxiété fait partie de la perception d'une situation comme stressante. L'anxiété influence même les processus d'attribution de sens et de signification de l'expérience en introduisant des biais perceptifs au traitement de l'information » (p.51).

Ainsi chez Clara, nous pouvons déduire que l'inquiétude et la peur indiquent bien la présence d'anxiété. Clara se trouve face à un phénomène inexplicable, une situation qu'elle n'arrive pas à gérer d'où la décompensation.

• Le désespoir :

Selon Freud (1917) le mot désespoir désigne un sentiment susceptible d'être éprouvé par l'effet de ce que l'on nous a dit. En effet, un homme par ses mots peut rendre son semblable ou lui-même heureux ou malheureux. C'est dans cette optique que notre sujet exprime son désespoir face à la situation qu'elle traverse en disant : « *...c'était mon dernier espoir, mes dernières forces à cause de mon âge avancé, je suis anéantie* ».

... ». On voit bien par cet extrait le désespoir de Clara, mêlé au sentiment d'impuissance qui lui fait éprouver une forme de résignation mais aussi de révolte. C'est cette ambiguïté émotionnelle que Stéphanie Thévenet (2021, p. 25) nomme : « incongruence cognitive ». Par cet état de fait, notre sujet se sent dépossédé de sa vie, incapable d'agir de manière à changer le cours de sa vie. Ce désespoir découle du réel car à plus de 40 ans, il existe un risque de 12 pour 100 de fausses couches précoces selon Lepage, Luton et Azria (Idem).

- **La Souffrance psychologique**

La souffrance est le fait d'endurer, d'éprouver, de supporter quelque chose de désagréable. La souffrance ouvre la voie de la plainte et de la douleur selon Pewzner (1992). Clara affirme : « ...j'ai beaucoup mal, je n'arrive plus à bien dormir... ». Cette assertion montre que le sujet est mal émotionnellement.

Elle se sent coupable par rapport à ce qu'elle aurait fait ou n'aurait pas fait en début de grossesse : elle pense avoir causé les fausses couches à cause d'une conduite inappropriée. Cet état de fait, exacerbe davantage sa souffrance et la plonge dans la culpabilité et celle-ci fait le lit à la dépression.

- **Dépression et troubles anxieux :**

Lorsqu'une fausse couche survient alors que la grossesse est investie, souhaitée et attendue, elle provoque : une discontinuité cognitive, une interruption brutale d'une projection dans l'avenir pour la femme, de son projet de vie mais également pour toute la famille. Ainsi, il n'est pas surprenant que les femmes qui ont vécu une fausse couche développent non seulement des symptômes anxieux ou dépressifs mais aussi des états de stress post-traumatique selon Regan (2001).

Selon l'auteur, des études prospectives ont révélé l'existence de symptômes dépressifs et majoritairement anxieux 13 mois après une fausse couche. Cette symptomatologie dépressive persiste

longtemps pour les femmes qui ne parviennent pas à la maternité et qui continuent à faire des fausses couches. Dès lors, il n'est pas surprenant que Clara soit en situation de décompensation dépressive après autant de fausses couches. Tout ceci conduit à un trouble de l'adaptation face à un deuil non accompli pour Clara.

- **Le Trouble de l'adaptation :**

Au regard des multiples fausses couches au nombre de 5, Clara vit une situation éprouvante surtout dans un contexte africain qui sacralise la maternité. Ce vécu traumatique nécessite une prise en charge psychologique adaptée compte tenu de son association à un risque suicidaire élevé, surtout pour une femme mariée ne pouvant pas enfanter. C'est probablement à cause de ce pronostic que la patiente a été immédiatement référé au service de psychologie.

Face à ce constat, le Psychologue a préconisé une prise en charge psychothérapeutique basée sur la thérapie cognitivo-comportementale. Concrètement, il s'agissait d'identifier et de travailler sur les émotions négatives afin d'apprendre à les exprimer puis les réguler. Il s'agit d'une forme de psychoéducation sur les émotions dans le but de cultiver l'intelligence émotionnelle.

Il était important également de travailler sur le sentiment de culpabilité reposant sur des croyances de malédiction ou des représentations sociales en lien avec la sorcellerie dont les fausses couches ne seraient que la conséquence.

Par ailleurs, la thérapie cognitivo-comportementale a permis de travailler sur la prise de conscience par Clara de ses pensées négatives en lui donnant l'alternative de transformer ces pensées par d'autres pensées, plus structurantes. Par le truchement de cette thérapie, le sujet a été amené à exposer grâce à l'entretien clinique, les détails de son vécu en précisant les émotions, les

sensations corporelles, les pensées et les comportements de son entourage.

L'exposition répétée de ce vécu traumatique, ce script narratif, en séance clinique l'une des bases de la thérapie cognitive a aidé Clara à travailler consciemment sur les émotions négatives et d'apprendre à digérer les événements difficiles que sont les fausses couches.

- **Le traumatisme psychique :**

Le traumatisme semble être l'effet sur le psychisme de certains événements qui vont entraîner une « blessure » du psychisme. Les expériences traumatisantes qui se sont produits tôt : perte de son père à l'adolescence et l'abandon de sa mère ont causé une perturbation de l'attachement : « *J'allais de mains en mains et j'étais souvent maltraitée, négligée* » ont eu des conséquences destructrices dans la vie de notre sujet. Mais aussi les événements traumatisants qui se sont produit plus tard dans sa vie et qui échappent à son contrôle tels que les fausses couches répétées sont tous aussi éprouvants.

Lorsque le souvenir de ces événements traumatisants et les pensées qui l'accompagnent ont persisté ou sont devenus plus envahissants, cela a mené à un trouble de stress post-traumatique (se manifestant par la reviviscence permanente des événements traumatisants, l'évitement de tout ce qui est associé au traumatisme, la perte de sommeil etc.), qui compromet gravement la capacité du sujet à réguler ses émotions et à maintenir des relations harmonieuses avec les autres. En cela, Clara déclare : « *Je n'arrive pas à m'exprimer en public parce que j'ai peur du regard des autres et d'être rejetée* ».

Crocq (2001) définit ce phénomène d'effraction du psychisme comme le débordement de ses défenses par les excitations violentes et afférentes à la survenue d'un événement agressant

ou menaçant pour la vie ou l'intégrité psychique d'un individu, qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. Le phénomène de traumatisme psychique donne lieu, subjectivement à une expérience vécue d'effroi, d'horreur et d'absence de secours (Crocq, 2001). L'auteur propose d'utiliser le terme de syndrome psycho-traumatique pour désigner les séquelles dues au traumatisme psychique et regroupant ainsi les états des phases immédiate, post-immédiate et différée.

Le choc émotionnel ressenti lors de la perte de la grossesse n'est jamais oublié même longtemps après. Ce moment est toujours un événement violent, stressant, douloureux tant sur le plan physique que psychologique. Il est source de traumatisme comme le stipule si bien Crocq : c'est une effraction psychologique.

- **Le Trouble de sommeil :**

La déclaration de Clara : « *Je réussis à dormir seulement avec les médicaments* » nous interpelle au sujet d'une insomnie chronique. Selon l'OMS (2020), les troubles du sommeil sont des phénomènes venant perturber la qualité, la durée ou le déroulement du sommeil avec plusieurs conséquences sur la santé.

Un auteur renommé en psychologie qui a écrit sur le trouble du sommeil est Matthew (2018). Il explore en profondeur les mécanismes du sommeil, son importance pour la santé physique et mentale, ainsi que les conséquences néfastes d'un sommeil insuffisant notamment : l'augmentation du risque de maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'obésité, l'anxiété, la dépression et des troubles cognitifs. Notre sujet souffre de troubles de sommeil chroniques depuis des années et ces derniers culminent à chaque traumatisme, à chaque fausse couche. Elle dira : « *Je peux rester plusieurs nuits sans dormir et quand c'est trop, je prends les médicaments* ». Les troubles du sommeil constituent un indicateur significatif d'un

déséquilibre émotionnel et/ou mental. Ils sont un symptôme caractéristique de certaines pathologies mentales en l'occurrence le syndrome post-traumatique.

3. Discussion

Les thèmes analysés et retenus montrent chez Clara, une souffrance psychologique avérée. Ces thèmes sont le signe d'un vécu traumatique inhérent aux nombreuses fausses couches dont le sujet a été victime. Du point de vue psychanalytique, à la suite d'autres auteurs, Soubieux (2008) fait de la fausse couche une perte tout aussi douloureuse que la perte d'un enfant.

En effet, même si l'auteur parle d'ambiguïté du deuil dans le cas d'une fausse couche du fait qu'il s'agit de mort fœtale ou de perte d'un embryon, il est tout aussi question de la perte d'un enfant soit-il imaginaire, rêvé, fanstamé. Cet enfant est voulu et désiré ardemment par Clara. C'est cette réalité, ce renoncement répétitif qui est difficile à accepter. Il est chaque fois difficile pour elle de permettre de nouveaux investissements à cause du phénomène de répétition. Au temps du choc, succède un état dépressif. Cette souffrance est l'expression et la conséquence du travail de désinvestissement de tout deuil. Ce travail de détachement se fait par petites étapes, il peut parfois être très long. Chaque fausse couche a son histoire, un espoir brisé et elle est vécue de façon spécifique. Le regard de l'entourage, du conjoint et de la belle-famille colore une signification singulière de la perte subie : simple étape informelle dans l'expression de la fécondité ou véritable deuil d'autant plus difficile à élaborer qu'il est l'objet d'un certain nombre de préjugés ou représentations sociales assez communément admis.

Clara souffre aussi davantage de la perte du futur maternel, des représentations établies, des rêves, de tout ce qui aurait dû exister et qui existait déjà dans le désir d'être mère, de devenir parent. La difficulté vient du fait, qu'il faut faire le deuil de tout

ce qui par la force des choses, ne peut plus exister et n'existera pas. Il est indéniable que perdre un bébé est l'une des épreuves les plus difficiles à surmonter, d'autant plus que dans la conscience collective, « la fonction primordiale d'un parent, après avoir donné la vie, c'est de la protéger. » (Hanus et Bacqué 2000). Les nombreuses fausses couches constituent une castration narcissique pour Clara, un échec dans l'exercice de la parentalité, voire d'épouse. Tout ceci est source de culpabilité, aussi peut-on comprendre le vécu traumatique, la clinique singulière de notre sujet.

Des auteurs comme Delaisi de Parseval (1997) évoquent cette souffrance et insistent sur le fait que les fausses couches ne concernent pas seulement la femme mais elles touchent l'ensemble de la famille dans toutes ses générations. Elle insiste sur l'importance de la reconnaissance sociale et juridique, de l'inscription de l'état civil, de la présence des funéraires ou d'inhumation, qui facilite le bon déroulement du deuil. En effet, pour évoquer l'être vivant décédé, il est courant dit-elle, d'utiliser les termes de « rien », de « débris », de « déchets anatomiques », « de choses » il y a un vide de rituel autour du décès périnatal : aucune trace, ni la remémoration, ni le souvenir ne peuvent se faire. Ce vide symbolique est une entrave au travail de deuil et donc une ouverture au deuil pathologique.

Ainsi, cette absence du symbolique ne favorise pas « Le deuil périnatal » autrement dit, la sollicitude et la compassion habituelle du deuil par l'entourage et la société. Cette indifférence devient mortifère pour les victimes. Les mères doivent garder en elles secrètement la mémoire de leur bébé mort. Dès lors, en supprimant la reconnaissance, la douleur de l'endeuillé et la perte d'un être, on ne facilite pas l'élaboration du deuil.

Pour faire face au deuil, notre patiente a mis en place des mécanismes de défense. Chabrol et Callaham (2013), les décrivent comme « des opérations mentales involontaires et

inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes ». Comme mécanismes de défenses, nous avons relevé :

Le retrait apathique chez Clara est ici la réponse aux conflits et aux stress qu'elle a manifesté par un repli sur soi, une restriction des activités extérieures et un état d'indifférence affective (DSM-IV). Notre sujet utilise ce mécanisme de défense pour se protéger de son entourage et éviter les médisances.

Au niveau de l'agir soulignons que notre sujet a suivi de nombreux traitements tant occidentaux que traditionnels dans le but de devenir mère. Cette quête effrénée de solutions au problème de fausses couches peut être comprise comme un mécanisme de défense de l'ordre de l'agir ou du passage à l'acte, une stratégie défensive par l'action. Cette stratégie se présente comme une réponse aux conflits et aux stress « par des actions plutôt que par des réflexions ou des sentiments ». Les passages à l'acte ne sont pas synonymes de « mauvais comportements » car il est nécessaire de montrer qu'ils sont liés à des conflits émotionnels » (DSM-IV). Dans un premier temps, plutôt que de sombrer dans le désarroi et la mortification, Clara a essayé de résoudre son problème, ses difficultés liées aux fausses couches par l'action mais hélas. C'est dans l'après-coup et après avoir tout essayé, qu'elle a sombré dans la dépression.

Les passages à l'acte défensifs sont une défense contre une expérience subjective intolérable et contre la prise de conscience d'un conflit intrapsychique : le sujet agit pour ne pas ou ne plus ressentir et pour atténuer la souffrance. Ce mécanisme de défense s'actualise aussi chez Clara par des comportements addictifs comme le tabagisme ou l'alcoolisme. Ces conduites sont utilisées pour se protéger des reviviscences, c'est une forme d'automédication face à la douleur traumatique.

Nous pouvons donc supposer que ces mécanismes de défense ont permis à la patiente de faire face à l'angoisse, au stress, ainsi qu'au chagrin que pouvait provoquer les fausses couches.

Tout ceci montre à suffisance la souffrance psychologique endurée par les femmes victimes de fausses couches spontanées précoces à répétition. A travers cette thématique, il est question de travailler à la fois sur un deuil symbolique et réel souvent dénié, non élaboré parce que non pris socialement, familialement, maritalement en compte. Dans cette optique, il serait souhaitable que les femmes victimes de fausses couches soient prises en charge dans les structures hospitalières au même titre que les autres patientes. Nous préconisons que les services de maternité se penchent davantage sur la question et que les scientifiques s'y intéressent car nous notons une absence de travaux scientifiques de qualité sur la thématique.

Fort heureusement, notre sujet Clara a pu bénéficier d'un suivi psychologique de qualité notamment grâce à la thérapie cognitivo-comportementale (comme stipulé dans l'analyse). Cette prise en charge psychothérapeutique a permis à la patiente de se projeter vers un avenir certes sans procréation mais avec parentalité car être ou devenir parent ne veut pas nécessairement dire enfanter. En effet, il existe des solutions alternatives comme l'adoption ou l'éducation des neveux, nièces... surtout dans une société africaine qui promeut la famille au sens large.

L'un des intérêts de cet article c'est de permettre de comprendre que même si la fausse couche est très précoce et que la grossesse n'était pas encore visible, elle représente pour beaucoup de femmes, la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur. En effet, de nombreux auteurs considèrent que bien que précoce, la perte de la grossesse lors d'une fausse couche est vécue comme un deuil (Hanus et Bacqué, 2000). Ainsi, comme vu pour Clara, la fausse couche est une expérience difficile à vivre : en plus du chagrin et de toutes les émotions liées à la

perte, les femmes sombrent souvent dans une morbidité psychologique avec des symptômes anxieux, dépressifs ou de stress traumatique selon Athey et Spielvogel (2000). Dès lors, nous comprenons que les fausses couches spontanées répétées constituent comme le soulignent Dernoncourt, Cohen, Hedhli et Abissor(2024), un challenge thérapeutique. Ces auteurs recommandent alors un bilan, un consensus thérapeutique et une décision partagée entre les patientes et l'équipe soignante pour une meilleure prise en charge. Du reste, le registre Falco qui est une étude observationnelle prospective multicentrique française qui inclut des grossesses chez les femmes âgées de 18 à 49 ans aux antécédents de 3 ou plus de fausses couches spontanées souligne l'importance d'une prise en charge éclairée et pluridisciplinaire.

Cette étude nous a permis de comprendre que la fausse couche a des effets psychologiques dévastateurs qu'il est possible d'atténuer avec un suivi empreint d'empathie car la fausse couche est éprouvante. En effet, pour Mehra, Farocqi, Srinam et Tunde-Byass (2025) : « Les répercussions médicales et psychologiques pourraient être évitées par une prise en charge rapide, éclairée et empreinte d'empathie ». Par ailleurs, des auteurs comme Segura et Mellier (2021) abordent la question inédite de l'impact des fausses couches précoces sur le devenir père. Ce point de vue insolite montre que les fausses couches impactent la construction de la paternité. Cette recherche souligne que lors de la grossesse suivante, les pères peuvent avoir du mal à trouver leur place car ils se mettent en retrait face à un maternel dangereux. En plus de leurs angoisses notamment l'angoisse de castration qui se trouverait réactivée, l'homme doit pouvoir gérer l'impact des angoisses du féminin qui sont profondément réactivées chez sa conjointe. Cette situation alimente des tensions qui peuvent trouver une résolution avec la fin de la grossesse, la venue au monde du bébé et son développement. Cette étude comparative vient étayer davantage

l'impact du vécu des fausses couches. Elle montre que la clinique des fausses couches ne concerne pas seulement la femme mais que le conjoint est également affecté. Ainsi, l'étude des fausses couches est importante. Les fausses couches ne peuvent être réduites à un fait médical et banalisé. L'incidence de la fausse couche constitue un intérêt social indéniable. Elle diffère d'une région du monde à une autre en partie à cause de l'hétérogénéité culturelle et les représentations sociales distinctes sur la naissance, la maternité et la mort.

Conclusion

Cette étude porte sur les fausses couches spontanées à répétition. Nous avons compris que la fausse couche n'est pas un événement anodin. L'arrêt naturel de la grossesse représente le deuil d'un enfant quoique symbolique. C'est la perte d'un projet et la femme éprouve à la suite de cet événement traumatique, divers sentiments, tels que le chagrin, l'angoisse, la culpabilité, le désespoir, l'anxiété etc. Toutes ces émotions impactent la vie personnelle mais aussi les relations conjugales, les rapports avec l'entourage et le vécu de la prochaine grossesse d'où l'importance d'une prise en charge à la fois médicale et psychologique.

La revue de littérature sur la thématique des fausses couches spontanées, précoce et répétées et l'étude du cas Clara nous ont permis de comprendre le vécu de la perte et les enjeux psychopathologiques. Ainsi, ce vécu éclaire la compréhension clinique des femmes ayant subi des fausses couches. L'arrêt d'une grossesse provoqué par la fausse couche est un événement douloureux pour une femme, même vécu dans les premiers mois. Il vient arrêter le désir maternel et la planification familiale. L'ensemble du processus émotionnel suite à une fausse couche spontanée, précoce et répétée est similaire à un

deuil. Cette perte, même au début de la grossesse a une signification et une tonalité affective, une résonnance avec l'histoire du sujet, du couple et de la famille. Ainsi, le vécu lors d'une fausse couche du premier trimestre est à considérer, à reconnaître, à valider mais aussi à comprendre selon le tryptique : individu, compagnon et famille. A ce titre, outre la prise en charge psychologique individuelle, nous pouvons également prescrire ou promouvoir une prise en charge systémique englobant l'entourage immédiat notamment le conjoint qui selon Segura et Mellier(2021) serait également en souffrance psychologique. Faire le deuil n'est pas une banalité et le psychologue doit veiller à l'intégrité psychologique du patient : une même situation n'est jamais vécue de façon identique par les protagonistes. L'importance de cette étude est d'offrir un cadre de réflexion sur le vécu des femmes victimes de fausses couches et de souligner leur besoin d'une attitude plus prévenante face à leur souffrance. En effet, ces femmes doivent requérir l'attention tout à la fois des équipes soignantes mais aussi du soutien de leur entourage afin de les aider à faire face à l'expérience traumatique. Les manifestations psychopathologiques mises en exergue ici, font des fausses couches un événement extrêmement stressant et douloureux. Cet article permet ainsi de mettre en lumière la souffrance de ces femmes et de promouvoir la mise en place d'un soutien qui permettrait de sortir du choc traumatique. Souvent minimisée par l'entourage, cette épreuve est source de détresse psychologique autant chez la femme que chez l'homme. Nous recommandons alors une prise en charge globale du couple par des équipes spécialisées car les fausses couches ou « perte de grossesse » qui est le terme parfois utilisé par les spécialistes n'est pas sans conséquences pour la santé mentale du couple. Dans cette optique, nous préconisons également une démarche préventive intégrant systématiquement les conjoints dès la première perte afin d'inviter les époux à reconnaître cette

épreuve en vue de prendre des dispositions futures et entamer ensemble un chemin de deuil. Cette étude qualitative de type phénoménologique a mis à jour le fardeau psychologique que représente pour les femmes mais aussi dans une certaine mesure les hommes la fausse couche précoce. Cette pathologie nécessite une écoute attentive de l'équipe soignante. La fausse couche a des répercussions sur le plan émotionnel et psychologique, c'est un deuil qui est associé à de la culpabilité, de la dépression, à l'anxiété, de la honte ou à d'autres réactions tant chez la personne concernée que chez les proches.

Les propos de Clara :

« *Qu'ai-je fait pour mériter ça ? Pourquoi suis-je incapable de mener une grossesse à terme ? Pourquoi est-ce que ça tombe sur moi ? Ne suis-je pas une femme comme les autres ?* » évoqués en consultation font ressortir son vécu psychologique, sa clinique et rendent compte de la diversité des sentiments éprouvés face aux fausses couches. Cet article offre ainsi, une connaissance de cet événement à travers l'analyse d'entretiens cliniques. Il souligne l'importance de se faire prendre en charge après une fausse couche et de se faire accompagner durant et après une prochaine grossesse notamment pour les personnes qui souhaitent concevoir afin de prévenir une récurrence et les répercussions psychologiques.

Bibliographie

ATHEY Jennifer et SPIELVOGEL Anna, 2000, « Facteurs de risque et interventions pour les séquelles psychologiques chez la femme après une fausse couche », in mise à jour sur les soins primaires pour les obstétriciens et gynécologues, Volume 7, N 2, mars-avril 2000, pp 64-69

BARDIN Laurence, 1998. *L'analyse de contenu*, PUF, Paris.

BEUCHER Gael, « Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre », in Journal obstétrique et biologie de la reproduction, Volume 39, N 3, Janvier 2010, pp 3-10

BONNEFON Jean François, ZHANG Jiehai et DENG Ciping, « Is effect of justifications on regret direct or indirect ? », in Revue internationale de psychologie sociale, Volume 2, N 20, Mars 2007, pp 131-145

BYDLOWSKI Monique, 2002. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*, PUF, Paris

CHABROL Henri et CALLAHAM Stacey, 2013. *Mécanismes de défense et coping*, Dunod, Paris

CHABROL Henri, CALLAHAM Stacey et SEJOUNE Natalène, « La fausse couche : une expérience difficile et singulière », Devenir, Volume 3, N 21, Février 2009, pp 143-157

CHABROL Henri, CALLAHAM Stacey et SEJOUNE Natalène, « L'impact psychologique de la fausse-couche : revue de travaux », Journal Gynécologique Obstétrique et Biologie de la reproduction, Volume 38 N 5, Avril 2008, pp 435-440

CROCQ Louis, 2001. *Perspective historique sur le trauma* In : De CLERC Michel et LEBIGOT François, Eds, *Les traumatismes psychiques*, Masson, Paris, pp. 23-64

DELAISI de la PARSEVAL Geneviève, « Les deuils périnataux », in Revue Etudes, Volume 387 N 5, Janvier 1997, pp 45-60

DERNONCOURT Amandine, COHEN Jonathan, HEDHLI Kaies, ABISSOR Noémie et CHELOUFI Meryam, « Hydrochloroquine dans les fausses couches répétées inexpliquées : données du registre prospectif français FALCO », La revue de médecine interne, Volume 45, N 2, Décembre 2024, pp 368-379

DIENEBA Gaye, 2024. *Abord et prise en charge de l'impact psychologique de la fausse couche précoce par les médecins généralistes : étude qualitative*, Dumas, Paris

DORON Roland, MOAL Michel et ANZIEU Didier, 2011. *Dictionnaire de psychologie*, PUF, Paris

CAILLEAU Françoise, 2005. *Le désir de l'enfant à l'épreuve du deuil*. De Boeck, Bruxelles

FAUCONNIER Arnaud, NEURANTER Fanny et HUCHON Cyrille, « L'essai hy-per : un essai randomisé chirurgical négatif aux implications fortes pour la prise en charge des fausses couches spontanées », Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie, Volume 53, N 10, Octobre 2025, pp 519-521

GRAZIANI Pierluigi et PEDINIELLI Jean-Louis, 2003. *Anxiété et troubles anxieux*, Dunod, Paris

HANUS Michel et BACQUE Marie-Frédérique, 2000. *Le deuil*, Odile Jacob, Paris

HANUS Michel, 1998. *Le deuil dans la vie : deuil et séparation chez l'adulte et chez l'enfant*, Maloine, Paris

LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bernard et LAGACHE Daniel, 2004. *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris

MAKER Cathy et OGDEN Jane, « The miscarriage expérience : more than just a trigan to psychological morbidity », Psychology and health, Volume 18, N3, Mars 2003, pp 403-415

MATTHEW Walker, 2018. *Pourquoi nous dormons, le pouvoir du sommeil et des rêves*, La découverte, Paris

MEHRA Vrati M., PAROCQI Salva, SRINAM Pallavi et TUNDE-BYASS Modupe, « Diagnostic et prise en charge de la

fausse couche précoce », Canadian medical association journal, Volume 197, N 1, Janvier 2025, pp 18-25

MUCCHIELLI Alex et PAILLE Pierre, 2011. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris

PEWZNER Evelyne, 1992. *L'homme coupable*, Privat, Toulouse

SEGURA Agnès et MELLIER Denis, « l'impact des fausses couches précoces sur le devenir des pères », le divan familial, Volume 1, N 46, Janvier 2021, pp 189-203

SILLAMY Norbert, 2003. *Dictionnaire de psychologie*, Larousse, Paris

SOUBIEUX Marie José, 2008. *Le berceau vide : deuil périnatal et travail psychanalytique*, Erès, Toulouse

SOULE Michel, 1985. *L'enfant imaginaire : l'enfant dans la tête*, Le Seuil, Paris