



Faculté de médecine et
médecine dentaire

PRISE EN CHARGE DE LA MENACE DE FAUSSE COUCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Une revue narrative

Sophie Xhrouet

Promotrice : Thérèse Leroy

Master de spécialisation en médecine générale, 2022-2023

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce à plusieurs personnes auxquelles je souhaite exprimer ma profonde reconnaissance.

Je remercie chaleureusement ma promotrice Mme Thérèse Leroy pour ses multiples relectures, sa disponibilité tant lors des cours que lors des vidéo-conférences ainsi que ses bons conseils.

Je remercie également le Dr Van Gils Pierre-Yves pour sa lecture attentive et ses réponses à mes questions.

Je remercie également mes amies et compagnes de route pour cet assistanat : Élise Sasse, Delphine Smets, Jeanne Ropers et Angela Willems, pour notre entraide et ce soutien si précieux.

ABSTRACT

Contexte : La menace de fausse couche est la complication la plus fréquente du premier trimestre de la grossesse. Ce sujet est amené à devenir plus fréquent avec le développement des tests urinaires de grossesse ultra-sensibles. L'absence de progrès médical sur la menace de fausse couche ainsi que la fausse couche est donc préoccupant. La prise en charge médicale actuelle est idéologique et non établie scientifiquement. Le médecin généraliste est compétent pour gérer ce genre de situation mais manque de guidelines établies.

Méthode : La méthodologie choisie est une revue narrative de la littérature. Les bases de données Pubmed, Embase et Psycinfo ont été consultées ainsi que la littérature grise. Cette recherche visait tous les articles qui couvraient le sujet et qui concernaient la médecine générale. Les articles ont été sélectionnés sur base du titre puis de l'abstract ; des critères d'inclusion et d'exclusion ont également été établis. Une analyse de la qualité méthodologique de chaque article a été réalisée.

Résultats : L'épidémiologie et les facteurs de risques sont des éléments importants à prendre en compte. L'échographie ainsi que le dosage sanguin du β -HCG et de la progestérone font partie des critères diagnostiques. Les médecins généralistes ont des freins à cette prise en charge, ils nécessitent également des formations (notamment d'échographie) afin de l'améliorer. L'administration de progestérone semble diminuer le risque de faire une fausse couche. L'impact psychologique d'une menace de fausse couche est non négligeable et nécessite un rendez-vous de suivi avec le praticien choisi par la patiente.

Conclusion : Ce travail met en avant l'importance de la prise en charge de ces patientes tant au niveau pharmacologique que psychologique. Le rôle du médecin généraliste y est également souligné. La prise en charge de la menace de fausse couche au cabinet du généraliste est complexe et nécessite encore des recherches futures ainsi que la mise en pratique de formations continues pour les médecins généralistes.

Mots clés : W03 saignements pendant la grossesse ; W29 autre symptômes et plainte de la grossesse ; QS41 médecin de famille ; QC22 santé de la femme.

Abréviations

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

BMI : Body mass index

QALY : Quality-adjusted life year

FC : Fausse Couche

MG : Médecin généraliste

NCCWCH : National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK).

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	1
Abstract	2
Abréviations	3
1. Introduction	5
2. Méthodologie	8
2.1 Sélection des données	9
2.1.1 Diagramme de flux.....	9
2.1.2 Recherche dans les bases de données :	9
Résultats des recherches dans Pubmed :.....	10
Résultats des recherches dans Embase :	11
Résultats des recherches dans Psycinfo:.....	11
Résultats des recherches dans la littérature grise :	11
Sources identifiées dans les articles :	11
2.1.3 La sélection des articles :	12
2.2 Evaluation de la qualité des articles sélectionnés	12
3. Résultats	13
3.1 Présentation des résultats des articles	13
3.1.1 Facteurs de risque et épidémiologie	13
3.1.2 Critères diagnostiques	14
3.1.3 Management par le médecin généraliste.....	15
Gestion au cabinet de médecine générale.....	16
Freins à la prise en charge par le médecin généraliste	16
Aide à la prise en charge par le médecin généraliste	17
Formation du médecin généraliste	17
Rendez-vous de suivi en médecine générale	18
3.1.4 Quel traitement proposer ?.....	18
3.1.5 Impact psychologique	20
3.1.6 Unité de soins spécifique au 1 ^{er} trimestre de la grossesse.....	21
3.2 Tableau récapitulatif : résultats et méthodologie	23
4. Discussion	30
Aide à la prise en charge par le médecin généraliste	30
Forces et faiblesses de ce travail	32
Implications pour la pratique de la médecine générale	33
Perspectives	33
5. Conclusion	35
6. Bibliographie	36
7. Annexes	38

1. INTRODUCTION

C'est un cas clinique qui m'a amenée à ma réflexion de question de recherche pour mon TFE. Une patiente de 29 ans se présente à ma consultation avec des métrorragies alors qu'elle a un test urinaire de grossesse positif qui date d'il y a 2 jours. La patiente avait un retard de règle de règles de 10 jours lorsqu'elle a réalisé celui-ci. Je lui ai donc proposé de faire une prise de sang et lui ai expliqué le risque que ces saignements soient un signe annonciateur de fausse couche. A la prise de sang le β -HCG est positif, et le taux de progestérone est considéré par le laboratoire comme faible, peu probable d'une grossesse évolutive. Lorsque j'appelle la patiente pour lui faire part des résultats, les saignements ont disparu. Je lui conseille alors de contacter son gynécologue en expliquant le rôle des deux hormones qui ont été dosées dans la grossesse. Je suis à ce moment-là plutôt pessimiste sur l'évolution de celle-ci. L'échographie réalisée par le gynécologue confirma une grossesse évolutive. Je me suis donc questionnée quant aux critères qui auraient pu m'orienter dans cette prise en charge et à la manière dont j'aurais pu aborder ce cas clinique afin de mieux soigner ma patiente.

En me renseignant dans la littérature, je me rends compte de la fréquence à laquelle ces symptômes se présentent et de l'importance de ce sujet. La menace de fausse couche est la complication la plus fréquente au cours du premier trimestre de la grossesse. Elle survient dans 20% des grossesses avant 20 semaines de gestation (1). Dans l'étude de Coomarasmy et al. (2) il est mentionné qu'entre 7 et 24% des femmes enceintes, toutes grossesses confondues, vont présenter dans le premier trimestre des métrorragies. Selon le NCCWCH (1), le risque de fausse couche pour les grossesses qui présentent des métrorragies est augmenté de 2,6 fois et 17% de ces patientes présenteront également des complications durant leur grossesse.

La menace de fausse couche n'a pas un impact uniquement au niveau physiologique de la grossesse. En effet selon Zhu et al (3) les symptômes dépressifs sont 2,7 fois plus élevés chez des patientes qui ont fait face à des menaces de fausses couches. 48,8% des femmes qui subissent des menaces de fausse couche vont présenter des symptômes cliniques d'anxiété.

Ces chiffres explicitent à quel point la menace de fausse couche est un problème de santé qui concerne une large population et qu'il est important de se préoccuper de sa prise en charge. Or l'absence de progrès médical au niveau des fausses couches en général est interpellant, le

Lancet dans son éditorial en 2021 (4) parle d'une acceptation du phénomène par le personnel soignant et la communauté scientifique qui est perverse. Ils disent également que l'idée que cela doit être géré à minima est idéologique et non établi scientifiquement. Ils appellent donc le monde de la recherche à multiplier les études sur ce sujet.

Des articles sur les fausses couches avérées ainsi que des guidelines pour le milieu spécialisé sont disponibles. Il n'existe cependant pas de synthèse sur la prise en charge par le médecin généraliste. Dans le dernier guide de recommandations de bonnes pratiques "Suivi de grossesse" établi par la SSMG, Seuntjens et al (5) énoncent d'ailleurs comme recherche future : « Qu'entend-on par une prise en charge efficace de la menace de fausse couche ? ». Je les ai donc contactés afin de savoir si ce sujet était à l'étude, tout en leur montrant mon intérêt pour la question. Malheureusement aucune mise à jour de ce guide n'était prévue.

Ce sujet est actuel car il est amené à devenir plus fréquent dans nos consultations. En effet, l'apparition des tests de grossesse hypersensibles (qui permettent de détecter une grossesse 22 jours après la date des dernières règles), entraîne une augmentation du nombre de patientes qui vont présenter des plaintes de menace de fausse couche. En effet, beaucoup de fausses couches ont lieu avant la date prévue des règles et s'évacuent seules et souvent sans que la patiente ne s'en rende compte car elle prend cela pour ses menstruations. Néanmoins si la femme est au courant qu'elle a un test urinaire positif, cela l'inquiétera et la poussera à consulter un médecin.

Les femmes viennent souvent en consultation chez leur médecin généraliste lors d'un test urinaire de grossesse positif mais ont tendance à se rendre aux urgences pour les métrorragies du premier trimestre selon Ducarme et al. (6). Or le médecin généraliste est apte à prendre cela en charge car d'une part, il possède un lien particulier avec ses patientes et peut être une figure rassurante pour la patiente qui vit un événement stressant, d'autre part, il dispose des compétences médicales pour le faire et permet du coup de désengorger les services d'urgences. En effet le médecin est capable de repérer les cas qui nécessitent d'être suivis en milieu spécialisé de ceux qui peuvent être suivis au cabinet. Cependant en tant que médecin généraliste c'est une problématique à laquelle on est moins souvent confronté et où l'on peut ne pas se sentir compétent. J'ai dès lors été interpellée du peu de recommandations cliniques dont on disposait en Belgique.

J'ai donc établi une question de recherche qui ciblait ma problématique : Comment prendre en charge une patiente qui présente une menace de fausse couche au cabinet du médecin généraliste ? Ceci est une question de recherche clinique couvrant un sujet large, ce qui permettra de détailler une approche holistique de cette prise en charge.

J'ai choisi comme méthode une revue narrative pour répondre à cette question de recherche. En effet la littérature scientifique était pour moi importante à analyser pour pouvoir avancer des arguments fondés et ainsi pouvoir apporter des éléments théoriques nouveaux dans la pratique médicale. Cependant peu de méta-analyses, revues systématiques ou autres articles de synthèses méthodiques sont disponibles sur ce sujet, une revue systématique n'était donc pas envisageable. La revue narrative s'applique elle aux questions de recherches vastes et peu étudiées (7), ce qui est le cas de celle qui est posée dans ce travail.

Le contenu de cette revue est destiné aux médecins généralistes ainsi qu'aux assistants en médecine générale.

La prise en charge sera étudiée à travers plusieurs aspects pour pouvoir donner au médecin une vision globale de la problématique ainsi que des pistes de bonne pratique qui permettront de lui donner des armes lorsqu'il sera face à une patiente avec cette plainte. Cette prise en charge passe par la connaissance du phénomène, des facteurs de risques et de son épidémiologie. Des critères diagnostiques qui orientent vers une grossesse non-évolutive ou une grossesse viable seront également établis. La définition du rôle du médecin généraliste sera également abordée ainsi qu'une réflexion sur les freins à la prise en charge et les formations utiles pour optimiser cette prise en charge. Une mise au point sur les connaissances du traitement à administrer en cas de menace de fausse couche sera réalisée. L'impact psychologique pour la patiente sera également décrit. A travers un dernier point qui est plutôt orienté au niveau de la santé publique, l'organisation d'unités spécifiques dédiées aux problèmes liés au premier trimestre de la grossesse sera étudiée.

2. MÉTHODOLOGIE

Pour cette question de recherche, une revue narrative semble être la méthodologie la plus appropriée. En effet, les revues narratives permettent selon Saracci et Mahamat (7) d'amener un sujet qui n'a pas été investigué dans la littérature actuelle ou ne permet pas de l'être, ou qui aborde certaines questions qui n'ont pas encore été recherchées et analysées sous forme de synthèse dans la littérature. Ce type de revue permet donc, selon eux, de proposer une discussion ou une synthèse informelle sur base d'une recherche dans la littérature qui ne se doit pas d'être exhaustive ou systématique.

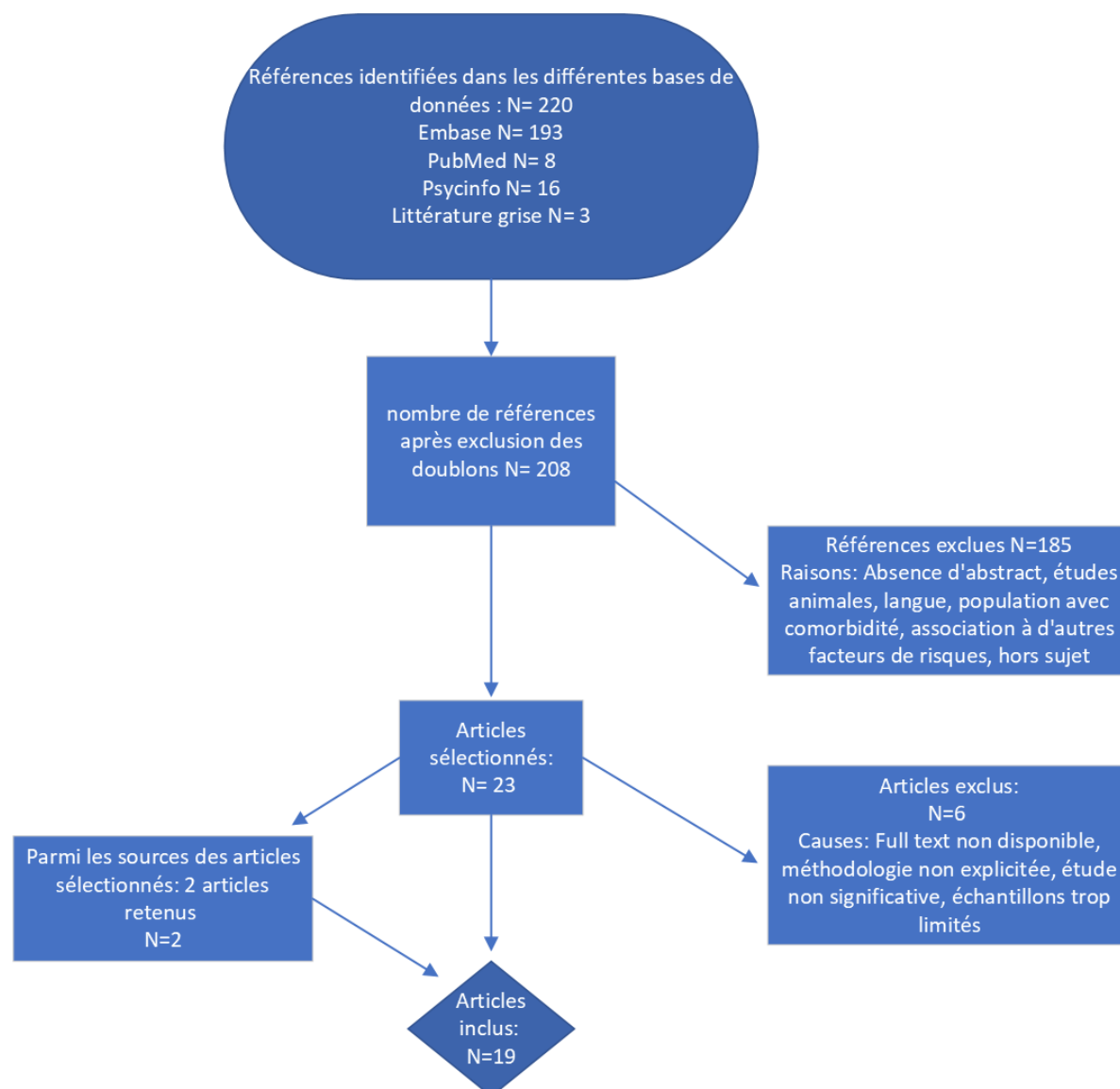
Dans les revues narratives, une méthodologie claire à suivre n'est pas établie. Cependant, il est conseillé de sélectionner ses articles de la manière la plus exhaustive possible et d'analyser leur qualité méthodologique afin de donner une valeur scientifique au contenu qui est amené dans ce travail.

Le comité d'éthique GEIMG m'a rendu une décision favorable le 22/10/2022.

2.1 SÉLECTION DES DONNÉES

2.1.1 DIAGRAMME DE FLUX

Figure 1. Diagramme de Flux de sélection des données



2.1.2 RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES :

La recherche dans la littérature s'est étendue du 22/01/22 au 23/11/22 et comprend des recherches dans les bases de données suivantes : Embase, PubMed, Psycinfo ainsi qu'une recherche dans la littérature grise.

Une recherche exploratoire a été réalisée dans les bases de données PubMed, Embase et Cochrane du 25/01/22 au 15/02/22 afin d'établir le sujet. Cette recherche ciblait tout d'abord

la fausse couche de manière plus large, la lecture d'articles à ce propos a ensuite permis d'aboutir à la thématique finale de la prise en charge de la menace de fausse couche au cabinet du médecin généraliste.

Ensuite une première recherche sur ce thème-là a été lancée. Elle cherchait essentiellement à réaliser un état des lieux de la littérature déjà existante afin d'identifier ce qui, dans ce sujet, avait déjà été bien exploré et quelles étaient les zones d'ombres. Une recherche ciblée sur les guidelines a donc été menée notamment dans la base de données Embase.

Une deuxième recherche, avec des mots clés plus affinés, a permis de préciser le sujet et de définir une méthodologie adaptée. Il existait dans la littérature des articles concernant ce sujet mais pas de synthèse établie. La troisième recherche a permis de cibler les articles strictement utiles au sujet. La recherche dans Cochrane apportait uniquement des doublons avec celle dans PubMed et Embase. Cette base de données a donc été exclue des recherches finales.

RÉSULTATS DES RECHERCHES DANS PUBMED :

Une recherche a été menée avec les MeSH suivants : « Abortion, spontaneus », « Abortion, threatened », « pregnancy complications », « trimester pregnancy, first » ainsi qu'avec des filtres (langue, race humaine). Les articles qui en ressortaient étaient des articles destinés à la prise en charge en médecine spécialisée uniquement. Un MeSH « general practitioner » a donc été ajouté pour obtenir l'équation de recherche finale :

Équation de recherche finale : ((imminent abortion) OR (abortion threatened)) AND (first trimester pregnancy)) AND (general practitioner)

Celle-ci a donné un résultat de 8 articles. Parmi ces 8 références, 4 références ont été sélectionnées. Les autres articles ont été exclus sur base des critères explicités dans le diagramme de flux ci-dessus (figure 1). Ce sont 3 articles et un livre duquel 2 articles ont été extraits. Ce sont donc 5 articles parmi les 19 qui ont été sélectionnés qui viennent de cette base de données.

RÉSULTATS DES RECHERCHES DANS EMBASE :

La seconde équation de recherche visait, pour avoir un plus grand nombre d'articles correspondant à la médecine générale, tous les types d'études concernant le sujet. Le terme guidelines a donc été retiré. Le terme general practitioner a été ajouté.

Équation de recherche finale: ('imminent abortion'/exp OR 'abortion, imminent' OR 'abortion, threatened' OR 'abortus imminens' OR 'imminent abortion' OR 'threatened abortion' OR 'threatening abortion' OR 'first trimester pregnancy'/exp) AND 'general practitioner'/exp.

Cette équation de recherche donnait 193 résultats. Parmi ces résultats, 7 articles ont été sélectionnés. Les autres articles ont été exclus sur base des raisons mentionnées dans le diagramme de flux ci-dessus (figure 1).

RÉSULTATS DES RECHERCHES DANS PSYCINFO:

Les mots clés (threatened abortion) AND (first trimester pregnancy) ont d'abord été utilisés dans une première recherche qui donnait 5 résultats. Le champ de recherche a ensuite été étendu en utilisant uniquement le mot clé « threatened abortion ». Ce mot clé donnait 16 résultats parmi lesquels 4 articles ont été sélectionnés. Les autres articles ont été exclus sur base des raisons mentionnées dans le diagramme de flux ci-dessus (figure 1).

RÉSULTATS DES RECHERCHES DANS LA LITTÉRATURE GRISE :

Le KCE, le site de la SSMG, et Google Scholar ont été examinés. Parmi ces sources, 2 articles ont été retenus.

SOURCES IDENTIFIÉES DANS LES ARTICLES :

En parcourant les sources identifiées dans mes articles, 2 articles étaient également pertinents à intégrer dans ma revue narrative.

2.1.3 LA SÉLECTION DES ARTICLES :

Le même mode opératoire a été utilisé dans chaque base de données pour la sélection des articles. La sélection a été d'abord opérée sur base du titre, ensuite de l'abstract. Les articles en full texte ont ensuite été intégrés sur base des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion : femmes, menace de fausse couche, langues : anglais et français, full texte disponible.

Critères d'exclusion : autres comorbidités associées, autres pathologies étudiées, études non significatives, échantillons trop limités.

2.2 EVALUATION DE LA QUALITÉ DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS

Pour définir la qualité de chacun des articles, les grilles d'analyse établies par les JBI's Criticals Appraisal Tools (8) et Mixed Methods Appraisal Tools (9) ont été utilisées. Le type de grille a été défini en fonction du type d'étude qui correspondait. En annexe, la grille détaillée pour chaque article est disponible.

Un score évaluant la qualité méthodologique de chaque article a été établi. Ce score a été intégré dans le tableau des résultats qui se trouve à la page 23. Un résumé des critères qu'ils ne remplissent pas au niveau de la qualité méthodologique est également indiqué lorsqu'ils ne répondent pas à tous les critères de qualité.

3. RÉSULTATS

Les résultats par articles sont résumés dans un tableau récapitulatif (voir page 23) qui reprend également l'évaluation de la méthodologie.

3.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DES ARTICLES

3.1.1 FACTEURS DE RISQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Quenby et al. (10) ont explicité les facteurs de risque ainsi que l'épidémiologie du problème dans une revue :

Le risque de faire une fausse couche lors d'une grossesse reconnue est de 15,3% toutes grossesses confondues. Cela représente approximativement 23 millions de fausses couches par an, ce qui représente donc 44 fausses couches par minute dans le monde. Ce risque dépend des critères que l'on utilise pour définir une grossesse. Le développement de tests de grossesse ultra-sensibles permettant de détecter des grossesses très précoces (22 jours après les dernières règles) augmente considérablement le nombre de fausses couches détectées.

L'âge de la femme enceinte joue un rôle important dans le risque de faire une fausse couche : dans la population âgée de 20-29 ans le risque est de 12%, ce risque passe à 65% chez les femmes âgées de plus de 45 ans. Le risque est plus bas chez celles qui n'ont jamais présenté de fausse couche (11%) et augmente de 10% à chaque fausse couche pour atteindre 42% chez les femmes en ayant déjà présenté 3 ou plus. Le surpoids entraîne également une augmentation du risque car l'on observe que les fausses couches sont le moins fréquentes dans la catégorie des femmes qui ont un BMI entre 18,5 et 24,9. L'origine ethnique de la patiente influence également ce chiffre : être de couleur de peau noire augmente le risque de faire une fausse couche. Enfin si l'homme est âgé de plus de 40 ans cela augmente aussi le risque de faire une fausse couche.

Il existe plusieurs facteurs de risque de fausse couche sur lesquels il est possible d'agir : la diminution du stress, la réduction du travail de nuit, l'abstention tabagique, l'abstinence alcoolique ainsi que la diminution de l'exposition aux pesticides en lavant les fruits et légumes.

La menace de fausse couche a également un effet sur les possibles complications futures de la grossesse : ils notent une augmentation du risque d'hémorragie anténatale, due au placenta prævia ou sans cause mise en évidence.

Quenby et al (10) établissent un lien entre la menace de fausse couche et la rupture prématurée des membranes, les naissances prématurées et le retard de croissance intra-utérin. Ils établissent également une différence significative entre les femmes qui ont présenté une menace de fausse couche et celles qui n'en ont pas présenté au niveau du taux de mortalité périnatale ainsi que sur les faibles poids de naissance.

3.1.2 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Coomarasamy et al.(2) publient une revue où ils énoncent les symptômes et les risques de faire une fausse couche ainsi que les critères échographiques d'un diagnostic de fausse couche. Ils précisent que le risque de fausse couche dépend de différents symptômes et signes cliniques. Lors de saignements au début de la grossesse, la quantité de sang est importante pour déterminer le risque de faire une fausse couche. Si c'est une petite quantité, cela n'est pas en faveur d'un grand risque de fausse couche contrairement à une grande quantité. La présence de nausées et de vomissements est en faveur d'une grossesse viable car ce sont des symptômes d'une concentration importante d'hormones de grossesses dans le sang.

Hendriks et al. (11) ont également rédigé une revue sur ce sujet. Ils recommandent l'utilisation du taux de β -HCG avant 10 semaines de gestation. Pour les femmes présentant des symptômes de menace de fausse couche, en fonction du taux de β -HCG de base, il doit augmenter chaque 48h selon un pourcentage : si l'on prend un taux de départ < 1500 mIU/ml il va augmenter d'au moins 49%, s'il est entre 1500 et 3000 IU/ml il va augmenter de 40%, s'il est au-delà de 3000 IU/ml il augmentera de 33%. Un taux d'élévation augmentant de manière plus faible sur 48h suggère par conséquent une fausse couche ou une grossesse ectopique. À partir de 10 semaines, le taux atteint un plateau qui ne permet plus de déterminer si la grossesse est évolutive ou non, il faut donc s'en référer à l'échographie.

Selon Coomarasamy et al. (2), le taux de progestérone dans le sang est également un marqueur qui peut aider au diagnostic. Hendriks et al. (11) avancent eux une méta-analyse qui permet de prédire la viabilité de la grossesse chez les femmes qui présentent des saignements au premier

trimestre sur base du taux de progestérone : si celui-ci est inférieur à 6ng/ml cela exclut une grossesse évolutive avec une valeur prédictive négative de 99%. Un taux de progestérone bas mais pas <6ng/ml lui ne permet pas de faire la distinction entre une grossesse évolutive et intra-utérine ou une grossesse ectopique.

Tous ces éléments peuvent nous orienter mais le diagnostic de la fausse couche nécessite une échographie selon ces deux études (2,11).

Coomarasamy et al.(2) ainsi que Hendriks et al. (11) établissent les mêmes critères diagnostiques échographiques : un sac gestationnel vide d'un diamètre de 25mm ou plus, ou un embryon de longueur couronne-croupe de 7mm sans activité fœtale. Hendriks et al. (11) ajoutent 2 autres critères qui peuvent être utilisés : absence d'activité fœtale cardiaque chez un embryon plus de 11 jours après une échographie qui a montré un sac gestationnel ainsi qu'une vésicule vitelline ou plus de 2 semaines après une échographie qui a montré un sac gestationnel mais sans vésicule vitelline.

Hendriks et al. (11) concluent qu'en cas de menace de fausse couche, si une grossesse intra-utérine est visible à l'échographie et qu'aucun des critères diagnostiques de fausse couche n'est présent mais que la viabilité n'est pas certaine, il faut refaire une échographie dans les 7 à 10 jours pour pouvoir déterminer si la grossesse est évolutive. Dans ce cas l'élévation normale d'un β -HCG et un taux de progestérone normal peut être rassurant.

3.1.3 MANAGEMENT PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Dans l'éditorial du Lancet (4), sont évoqués un manque de statistiques épidémiologiques et un manque d'études sur le management et la prévention qu'il est important de combler. Les rédacteurs estiment également que l'idée du management à minima de la fausse couche est idéologique et non evidence-based et qu'il est donc important de faire des études afin de déterminer le management adéquat.

GESTION AU CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Selon l'étude menée par deFiebre et al. (12) la plupart des médecins généralistes estiment que la prise en charge de la fausse couche est une composante importante de la pratique de médecine générale. Ils expriment également l'importance du rôle du médecin traitant car celui-ci possède un lien thérapeutique déjà établi avec leur patiente.

Selon Prendiville et al. (13) en cas de menace de fausse couche, 50% des médecins généralistes gèrent à domicile, 10 % proposent de faire une échographie et 40% des médecins généralistes réfèrent leur patiente à l'hôpital.

Selon McLaren et Shelley (14) si les patientes présentent des hémorragies, des douleurs pelviennes ou si la grossesse est non viable, les médecins généralistes ont tendance à envoyer la patiente en gynécologie. Les médecins traitants de cette étude utilisent l'échographie afin d'établir un diagnostic pour les douleurs pelviennes ainsi que les hémorragies. En cas de forte hémorragie, ils envoient leur patiente aux urgences sans passer par l'échographie. Ils ont pu remarquer une différence dans l'envoi en gynécologie entre les médecins de ville et ceux de la campagne : ceux de la ville réfèrent plus facilement leurs patientes. Ils se rendent également compte dans leurs études que parmi les médecins, les femmes qui ont répondu font plus attention aux critères échographiques. Ces médecins femmes sont proportionnellement plus jeunes que le reste des médecins qui ont répondu au questionnaire. Elles étaient également plus promptes à répondre à ce questionnaire.

Selon Ducarme et al (6) le recours aux urgences gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes dépend du degré de formation du médecin généraliste qui permet de diminuer ce nombre en cas de retard de règles, de grossesse intra-utérine mais pas en cas de douleurs pelviennes. La complexité du cas fait également varier l'envoi aux urgences. Cette étude souligne que les médecins généralistes montrent un intérêt grandissant pour la gynécologie dans leur pratique.

FREINS À LA PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Selon deFiebre et al. (12) le principal frein à la prise en charge est le manque de formation adéquat pour la gestion de ce genre de situation. Ils se sentent tous capables de soigner leur patiente dans une attitude attentiste, mais pas de manière proactive. Certains auraient aimé

développer durant leurs années de formations les compétences pour réaliser des échographies.

Certains expriment également à travers leurs réponses dans l'étude de deFiebre et al. (12) que la logistique et l'organisation de soins ont un impact sur leur prise en charge. En effet si le cabinet est déjà doté des équipements nécessaires (notamment d'un échographe), les médecins s'y mettent plus facilement. Disposer d'un échographe dans son cabinet est perçu comme très important pour pouvoir soigner ces patientes.

Selon l'étude menée par Ducarme et al (6) la prise en charge des métrorragies au premier trimestre est freinée principalement par le délai de l'obtention de l'échographie.

AIDE À LA PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Une référence facilitée dans le réseau gynécologique aide à la prise en charge selon l'étude de deFiebre et al. (12)

L'assurance d'un réseau de soins de santé de qualité ainsi que l'accès à l'échographie selon Ducarme et al. (6) sont les points clés essentiels pour aider à la prise en charge.

FORMATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Les résultats de l'étude de deFiebre et al. (12) démontrent que la formation clinique dont bénéficient les médecins durant leur cursus ne suffit pas à permettre une bonne prise en charge de ces plaintes au cabinet, il faut ajouter à cela une formation continue avec une assistance technique (ex. : formation à l'échographie).

Cette affirmation est corroborée par l'étude de Ducarme et al. (6). pour qui la formation continue des médecins généralistes à la gynécologie-obstétrique semble être une aide obligatoire à la prise en charge de ces patients. En effet selon cette étude elle permet de réduire l'admission aux urgences. Selon eux, la principale proposition d'amélioration de la prise en charge est la formation à l'échographie.

Une étude quasi expérimentale a été réalisée par Varner et al.(15) sur une formation certificative de 2 jours sur la prise en charge de la menace de fausse couche avec un accent mis sur l'échographie. Les résultats ont démontré qu'instaurer ce genre de cours permet d'augmenter la qualité des soins et de réduire les délais pour traiter les patientes qui présentent des plaintes lors de leur premier trimestre de grossesse.

RENDEZ-VOUS DE SUIVI EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Moscrop et al. (16) ont réalisé une étude sur le suivi en médecine générale des femmes qui ont réalisé une échographie lors d'une menace de fausse couche. La majorité de ces femmes ont consulté la première ligne qui les a référées pour l'échographie mais très peu d'entre elles avaient un rendez-vous de suivi prévu (moins d'1/10). Pourtant 37% des femmes interrogées auraient trouvé cela approprié. Elles trouvaient que cela pouvait potentiellement les aider.

Ils conseillent donc aux médecins généralistes de proposer un rendez-vous de suivi de manière systématique après avoir envoyé une patiente à l'échographie, que la grossesse soit évolutive ou non.

3.1.4 QUEL TRAITEMENT PROPOSER ?

L'administration de progestérone dans le cas de menace de fausse couche a été étudiée dans plusieurs articles :

Selon Coomarasamy et al. (2) il existe une haute évidence que l'administration de progestérone vaginale augmente le taux de grossesse évolutive et de naissance par la suite en cas de saignements durant la grossesse précoce. Cela se marque surtout chez les patientes ayant déjà présenté au moins une fausse couche (15% de grossesses évolutives en plus par rapport au placebo) mais c'est efficace dès le premier épisode (5% de grossesses évolutives en plus par rapport au placebo).

Selon Wahabi et al. (17), une revue systématique Cochrane, le traitement de la menace de fausse couche par la progestérone réduit probablement le risque de faire une fausse couche. Ils ont pris des études qui utilisaient n'importe quel progestatif, synthétique ou naturel, peu importe la dose et le type. La voie d'administration a également été étudiée. Il y existe une preuve de qualité modérée que la voie orale d'administration de progestérone diminue le risque de fausse couche. Par voie vaginale, les études reprises n'ont démontré que peu ou pas d'effet. Cependant, ils ont réalisé un test pour savoir s'il existait une réelle différence quant au moyen d'administration de la progestérone et cette différence s'est révélée non significative. Ils se sont également penchés sur l'impact que la progestérone a dans la suite de la grossesse et se sont rendus compte que cela a peu ou pas d'effet sur les naissances prématurées. L'administration de progestérone pose également la question de savoir s'il existe plus

d'anomalies congénitales à la naissance liée à celle-ci, dans cette revue ils n'ont pas trouvé de certitude quant à cette question.

Le NCCWCH (1) a également mené une étude sur le sujet : selon eux, la progestérone réduit l'incidence de fausse couche lors de la prise orale de manière statistiquement significative contrairement à la prise par voie vaginale de progestérone qui elle, ne donne pas de résultat statistiquement significatif sur la diminution du risque de fausse couche. Ils établissent que le taux de grossesse à 20 semaines est plus élevé chez les femmes qui ont reçu de la progestérone que chez celles qui n'en ont pas reçu. Ils se sont également intéressés aux complications pouvant survenir durant la grossesse (ex. : hypertension, cholestase, diabète...) et ont établi que la prise de progestérone n'augmente pas le risque de complications. Ils n'établissent également pas de conclusion concernant les anomalies congénitales.

Dans cette étude ils établissent que l'administration de progestérone en cas de menace de fausse couche est économiquement rentable : cela fait gagner en QALY et cela entraîne un gain de 49£ par femme qui présente une menace de fausse couche.

Une autre étude menée par Hendriks et al. (11) ne recommande pas l'administration de la progestérone car ils n'ont pas pu démontrer de preuve d'efficacité. Cependant, cette étude ne présente pas la même qualité méthodologique que les trois autres citées ci-dessus. En effet, ils n'ont pas essayé de minimiser le risque d'erreurs lors de l'extraction des données et n'ont pas étudié les possibilités de biais qui existaient dans l'étude.

Hendriks et al. (11) ne recommandent pas le repos au lit en cas de menace de fausse couche et Coomarasamy et al. (2) ont établi un faible niveau de preuve d'efficacité de cette mesure.

Hendriks et al. (11) ne mettent pas en évidence un bénéfice à l'administration du RhoGam® en cas de menace de fausse couche chez les femmes Rhésus-négative. Dans l'étude menée par McLaren et Shelley (14) ils n'établissent pas de consensus sur le RhoGam® mais notent que 57% des médecins généralistes le proposent en cas de menace de fausse couche. Ils se basent notamment sur les guides de pratique australiens qui recommandent l'administration de RhoGam® en cas de menace de fausse couche chez une patiente rhésus négatif bien qu'ils reconnaissent que les preuves d'un bénéfice soient limitées.

3.1.5 IMPACT PSYCHOLOGIQUE

Selon Zhu et al. (3) la proportion des femmes présentant des affects dépressifs et des symptômes d'anxiété est significativement plus élevée chez les femmes qui durant leur grossesse ont présenté une menace de fausse couche par rapport à celles qui ont eu une grossesse stable. L'étude menée par Moscrop et al. (16) établit qu'après le bilan échographique dans une menace de fausse couche, moins d'un tiers des femmes présentent des symptômes significatifs de détresse (symptômes surtout anxieux) dans le groupe des femmes qui présentent une grossesse viable à l'échographie. Ils soulignent qu'il n'y a pas d'études sur ce qu'expérimentent ces femmes qui ont vécu le stress de la menace de fausse couche et qui ont finalement un diagnostic de grossesse évolutive. Ceci est également mis en avant par San Lazaro Campillo et al. (18) qui énoncent le besoin de faire plus d'études sur leur sujet car dans leur revue, aucune des études sélectionnées n'est parvenue à remplir les critères qu'ils avaient établis.

Deux études se sont également intéressées au ressenti des partenaires : selon Zhu et al. (3) il n'y a pas de preuves solides que la menace de fausse couche provoque des affects dépressifs et de l'anxiété chez eux. Eckert et Coquillat (19) décrivent eux des sentiments similaires chez les partenaires que ceux que les femmes ressentent lorsqu'ils sont confrontés à cela mais avec une intensité et une durée moindre que celles-ci.

L'importance de considérer l'aspect psychologique dans la prise en charge par le personnel soignant est soulignée dans l'article d'Eckert et Coquillat (19) qui insistent sur la mise en place de soins structurés avec des équipes de soignants qui sont entraînés à la communication empathique. Dans l'éditorial du Lancet (4), ils énoncent une banalisation du phénomène de la fausse couche par le personnel soignant. Tournebise (20) exprime l'importance de comprendre et de prendre en compte la différence entre la conception du personnel soignant qui parle d'abord d'un embryon, puis d'un fœtus et enfin d'un enfant à la naissance alors que pour la mère il est directement considéré comme un enfant dès la conception. Il dit également qu'objectiver les choses d'un point de vue scientifique est contre-productif dans l'explication et la justification de la perte d'une grossesse. Il suggère d'établir un dialogue et de répondre aux questions de manière empathique, tout en acceptant le deuil que doit faire la patiente. Dans l'étude de San Lazaro Campillo et al. (18) malgré le manque d'études répondant aux

critères, ils ont pu établir une tendance générale qui dit qu'un support psychologique permet d'augmenter la sensation de bien-être chez la femme.

Eckert et Coquillat (19) soulignent également l'importance d'une démarche préventive de la part de l'équipe soignante dans le suivi car le couple ne sera pas à l'initiative.

La question du suivi à proposer a été abordée dans plusieurs études :

Selon l'étude menée par le NCCWCH (21), chez les femmes qui présentent des douleurs et/ou des saignements, un suivi psychologique n'a pas beaucoup d'impact au niveau du stress et de l'anxiété mais ils considèrent que le bénéfice que cela peut apporter à certaines femmes dépasse le risque d'un impact négatif que cela pourrait avoir sur d'autres. Il est donc important d'en proposer un. Dans cette étude ils décrivent que les femmes qui ont eu un rendez-vous de suivi médical ont apprécié et que celles qui n'en ont pas eu auraient souhaité en avoir la possibilité. Ils relèvent également que les femmes bénéficient souvent d'autres ressources (famille, amis ...) et n'ont donc pas toujours besoin d'un rendez-vous médical de suivi comme soutien. Ils mettent également en évidence qu'un rendez-vous de suivi chez le gynécologue peut être mal vécu à cause de l'ambiance qui y règne (femmes enceintes dans la salle d'attente,...). Le médecin généraliste qu'elles connaissent bien peut être plus adapté. Ils proposent donc de prévoir un rendez-vous de suivi mais de laisser le choix à la patiente du professionnel de la santé qui lui semble le plus approprié.

3.1.6 UNITÉ DE SOINS SPÉCIFIQUE AU 1^{ER} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Selon Coomarasamy et al. (2) des unités de soins spécifiques au premier trimestre de la grossesse sont mises en place dans plusieurs pays (Canada, Irlande, Royaume Unis, les Pays-Bas et l'Australie). Ces unités s'occupent spécifiquement des problèmes liés au premier trimestre et permettent selon leur étude de réduire le nombre d'admissions à l'hôpital ainsi que de diminuer le recours à la chirurgie dans cette population-là. Ils ont également dans leurs études mis en évidence que la mise en place de ce type de structure représentait un gain financier. Une étude qui a été reprise dans leur revue montre l'importance accordée à ces unités par les femmes enceintes et met en lumière des éléments d'amélioration à apporter

notamment dans la prise en charge, dans l'information donnée et dans le support émotionnel qu'elles et leur partenaire reçoivent.

Cette revue systématique étant basée sur d'autres études uniquement observationnelles, cela apporte un faible niveau de certitude.

Une autre étude menée par Tunde-Byass et Cheung (22) a étudié l'impact de l'implantation d'un centre de soins pour les grossesses au premier trimestre. Il en ressort que cela n'a pas d'impact significatif sur le nombre de consultations aux urgences pour saignements, fausse couche ou grossesse extra-utérine. Cependant le nombre de passages répétés pour le même motif a lui significativement diminué avec cette implantation.

3.2 TABLEAU RÉCAPITULATIF : RÉSULTATS ET MÉTHODOLOGIE

Tableau 1. Résumé des résultats et analyse de la qualité méthodologique.

Références	Thème	Test	Modèle	Résultats	Score qualité méthodologique
Coomarasa my et al. (2) 2021 UK	<p>Importance de proposer des soins efficaces pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le diagnostic des fausses couches - La prévention des fausses couches - L'organisation et les dispositions à mettre en place pour prendre en charge les fausses couches ainsi que les menaces de fausse couche. 		Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Un diagnostic précis se base sur une échographie de haute qualité ainsi que l'utilisation d'un algorithme diagnostic validé : sac gestationnel vide d'un diamètre de 25mm ou >, un embryon d'une taille de 7mm ou > sans activité cardiaque sont considérés comme des critères suffisamment précis pour établir le diagnostic de fausse couche. - Haute évidence que la progestérone vaginale augmente le taux de grossesse évolutive et de naissance en cas de saignement dans la grossesse précoce, surtout chez les femmes ayant déjà fait plusieurs fausses couches (+ 15% par rapport au placebo) mais également chez celles dont c'est le premier épisode (+5% par rapport au placebo). La progestérone orale montre aussi des effets mais doit être mieux étudiée. - Le repos au lit ne montre pas d'évidence. - Les soins pour les fausses couches/menaces de fausse couche doivent être donnés par des infirmiers et des médecins formés spécifiquement dans les soins du 1^{er} trimestre de grossesse et dans des « early pregnancy unit » qui sont efficaces et rentables. 	<p>9/11</p> <p>Les critères pour l'évaluation des études ne sont pas mentionnés, pas de possibilité donc de les évaluer.</p> <p>La méthode pour minimiser les erreurs d'extraction des données n'est pas mentionnée.</p>
Quenby et al. (10) 2021 UK	Facteurs de risque pour une fausse couche : démographiques, habitudes de vie, cliniques et environnementaux		Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de faire une fausse couche lors d'une grossesse reconnue : 15,3%. 11% chez celles qui n'en ont jamais fait, 10% de risque en plus à chaque fausse couche additionnelle, atteignant jusqu'à 42% chez celles qui en ont fait 3 ou >. 	<p>10/11</p> <p>La méthode pour minimiser les erreurs d'extraction des données n'est pas mentionnée.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - L'âge augmente le risque : risque plus faible chez les 20-29 ans à 12%, 65% chez les femmes de plus de 45 ans. Si le partenaire est un homme de > de 40 ans cela augmente aussi le risque de fausse couche. Avoir un BMI entre 18,5 et 24,9 est associé avec le moins de fausses couches. Être d'ethnie noire augmente également le risque. - Le tabac et la consommation d'alcool augmentent le risque de fausse couche tout comme l'exposition à la pollution ou aux pesticides. Le stress persistant ainsi que le travail de nuit augmentent également le risque. 	
Zhu et al. (3) 2018	Lien entre la menace de fausse couche et la dépression anténatale et l'anxiété dans une population asiatique obstétrique	Cross-sectionnal studies	<ul style="list-style-type: none"> - La proportion de femmes avec des affects dépressifs majeurs et des symptômes d'anxiété est significativement plus élevée chez les femmes qui ont présenté des menaces de fausses couches par rapport à une grossesse stable. - Pour les partenaires il n'y a pas de haute évidence que cela provoque des affects dépressifs ou de l'anxiété. 	8/8
Wahabi et al. (17) 2018	Déterminer l'efficacité et la sécurité de la progestérone dans le traitement de la menace de fausse couche	Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Le traitement de la menace de fausse couche par la progestérone réduit probablement le risque de fausse couche. L'administration par voie orale a une haute évidence de preuve de la réduction de la fausse couche, par voie vaginale cela a un peu ou pas d'effet. Un test a été réalisé pour voir s'il existait une différence quant au moyen d'administration (oral ou vaginal), différence qui s'est révélée non significative. - Le traitement par progestérone a peu ou pas d'effet pour réduire le risque de naissance prématurée. - Pas de certitude quant à l'effet sur le taux des anomalies congénitales. 	11/11
Hendriks et al. (11) 2019	Recherches pour établir des recommandations cliniques en cas de	Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Il faut considérer le B-HCG au départ et voir s'il augmente. En fonction du taux de départ on évalue après 48h son augmentation. 	6/10 Les critères pour l'évaluation des études

	menace de fausse couche.			<ul style="list-style-type: none"> - Il faut administrer du RhoGam® chez les patientes Rh-négative qui expérimente une fausse couche surtout si cela arrive dans la fin du premier trimestre. Il n'y a pas d'évidence suffisante pour ou contre lors de la menace de fausse couche. La dose à administrer varie en fonction du nombre de semaines de grossesse. - Diagnostic échographique d'une fausse couche : sac gestationnel de 25mm de diam ou > vide ou pas d'activité cardiaque lorsque l'embryon fait > 7mm. Il doit y avoir un sac gestationnel si le B HCG est entre 1500 et 3000 mIUper mL. - Ni le repos au lit ni l'administration de progestérone ne sont recommandés pour prévenir la fausse couche car il n'y a pas de preuves d'efficacité. 	ne sont pas mentionnés, pas de possibilité donc de les évaluer. La méthode pour minimiser les erreurs d'extraction des données n'est pas mentionnée. La possibilité d'avoir des biais n'a pas été étudiée. Ils ne mentionnent pas avoir fait la recherche par 2 auteurs ou plus de manière indépendante.
Eckert et Coquillat (19) 2022 Suisse	Mise en lumière de la détresse ressentie par les couples lors de pertes de grossesses précoces		Text and opinion	<ul style="list-style-type: none"> - Évènement souvent minimisé qui laisse des traces chez la femme et chez l'homme. - Importance de la mise en place de soins structurés avec une équipe entraînée à la communication empathique. Importance d'une démarche préventive de la part de l'équipe soignante car le couple ne sera pas à l'initiative. 	5/6 Les différences avec la littérature ou les sources ne sont pas mises en évidence ni défendues.
deFiebre et al. (12) 2021 USA	La gestion de la fausse couche précoce et les facteurs qui l'empêchent ou qui le favorisent parmi les médecins formés à la FC précoce dans leur internat.	Est-ce que la formation clinique est suffisante pour être capable de procurer des soins adaptés ?	Mixed research methods	<ul style="list-style-type: none"> - Parmi les médecins, la plupart assurent la gestion de la fausse couche de manière expectative. - 47,2% assurent la gestion médicamenteuse et 11% la gestion instrumentale. - Les points clés challengeant et ce qui facilite la prise en charge : la référence facile en gynécologie, l'entraînement, l'accès à l'échographie ainsi que les problèmes liés à l'organisation du système de soins de santé. 	16/17 Les divergences et les inconsistances entre la recherche qualitative et quantitative n'ont pas été mises en évidence.

				<ul style="list-style-type: none"> - L'apprentissage clinique seul ne suffit pas à pouvoir procurer des soins de qualité, il faut continuer à avoir des formations techniques postresidency. 	
Ducarme et al. (6) 2019 France	Analyse du parcours en soins primaires lors de métrorragies au 1 ^{er} trimestre, envoi aux urgences. Objectif secondaire : obstacles à la gestion en médecine de ville, ressenti des MG, comment améliorer le parcours de soins ?		Qualitative research	<ul style="list-style-type: none"> - La formation des médecins généralistes joue un rôle important dans la diminution du recours aux urgences en fonction de la complexité du cas, surtout en cas de retard de règle et de grossesse intra-utérine mais pas en cas de douleur pelvienne - Le principal frein à la prise en charge des métrorragies du 1^{er} trimestre est le délai pour obtenir une échographie. - La principale proposition d'amélioration est la formation des MT à l'échographie. - Indispensables : formation continue en gynécologie, l'assurance d'un réseau de soins de santé de qualité ainsi que l'utilisation de l'échographie. 	8/10 On ne situe pas les chercheurs sur le plan culturel et théorique L'influence des chercheurs sur la recherche et vice versa n'est pas explicitée.
Varner et al. (15) 2016 Canada	Former les médecins généralistes à l'échographie	Cours de 2 jours avec un certificat à la fin	Quasi-experimental studies	<ul style="list-style-type: none"> - Instaurer ce genre de cours permet d'augmenter la qualité des soins et de réduire les délais pour traiter les patientes qui ont des plaintes au premier trimestre. 	6/9 Pas de groupe contrôle. L'analyse statistique n'est pas explicitée. Un point sur les traitements et soins similaire reçu par les participants en dehors de ce qui est étudié n'est pas applicable.
Moscrop et al. (16) 2013	Étudier l'étendue du suivi en première ligne et les résultats en matière de santé mentale chez les patientes qui sont envoyés à l'échographie suite à des douleurs ou à des saignements dans la grossesse précoce.		Quantitative study	<ul style="list-style-type: none"> - <1/10 a un rendez-vous de suivi prévu chez son MG lors de la demande d'échographie. - La plupart des femmes ayant eu un rendez-vous de suivi avec leur MG ont trouvé que c'était utile. Un petit nombre de celles qui n'en avaient pas de prévu avaient l'impression que cela aurait pu être utile. - Après l'échographie, <1/3 des femmes présentaient des symptômes significatifs de détresse (surtout d'anxiété) dans le groupe des femmes qui avaient une 	5/7 Il n'est pas explicite que l'échantillon est représentatif. Le risque de biais de non-réponse est élevé.

				grossesse viable et dans celui des grossesses non viables.	
Tunde-Byass et Cheung (22) 2009 USA	Évaluation d'une EPAC ainsi que de l'impact sur les inscriptions aux urgences entre l'année avant l'instauration et l'année de l'instauration de cette structure.		Quasi-experimental study	- Pas de changement significatif du nombre d'admissions aux urgences concernant les saignements durant la grossesse, fausse couche et GEU mais il y avait une diminution significative du nombre de passage aux urgences répétées pour ces motifs-là.	8/9 Un point sur les traitements et soins similaire reçu par les participants en dehors de ce qui est étudié n'est pas applicable.
McLaren et Shelley (14) 2002 Australie	Décrire le management des saignements au premier trimestre par des médecins généralistes de Victoria, Australie	Questionnaire envoyé par mail à des médecins traitants	Qualitative research	- L' échographie est souvent utilisée pour le diagnostic des hémorragies et des douleurs pelviennes. - Envoi en gynéco si hémorragies et douleur ou si la grossesse est non viable. En cas de forte hémorragie, les généralistes envoient aux urgences plutôt que de recommander une échographie. - Pas de consensus sur le RhoGam® , 57% des généralistes le proposent en cas de menace de fausse couche.	7/10 On ne situe pas les chercheurs sur le plan culturel et théorique L'influence des chercheurs sur la recherche et vice versa n'est pas explicitée. Ils n'ont pas d'approbation éthique par un organisme approprié.
Prendiville et al. (13) 1997 Irlande	Évaluer l'accès aux gynécologues et à l'échographie. Évaluation de leur pratique concernant la gestion des fausses couches.	Questionnaire envoyé aux médecins traitants par mail	Qualitative research	- En cas de menace de fausse couche, 50% des médecins gèrent à domicile 10% envoient faire une échographie et 40% réfèrent à l'hôpital. - 73% des médecins ont un accès rapide à l'échographie - Les médecins aimeraient un accès direct à l'échographie pour pouvoir évaluer rapidement la viabilité du fœtus.	7/10 On ne situe pas les chercheurs sur le plan culturel et théorique L'influence des chercheurs sur la recherche et vice versa n'est pas explicitée. Ils n'ont pas d'approbation éthique par un organisme approprié.

NCCWCH (2012) (21) UK	Quelles sont les interventions qui permettent le mieux d'améliorer la santé psychologique et émotionnelle d'une femme après des saignements, des douleurs ou une fausse couche lors du premier trimestre.	Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les femmes avec des douleurs et des saignements, un suivi psychologique n'a pas beaucoup d'impact sur le niveau de stress et d'anxiété qui n'est par ailleurs pas très haut dans cette population. Le bénéfice que cela peut apporter dépasse le risque d'un impact négatif. Il est donc important d'en proposer un. - Les femmes ayant eu un rendez-vous de suivi médical ont apprécié et celles à qui l'on n'en a pas proposé auraient souhaité en avoir la possibilité. Les femmes ont d'autres ressources (famille, ami.e.s, réseaux..), le nombre de consultations ne serait donc pas trop élevé, c'est tenable pour la première ligne de le proposer. - Le fait de retourner en rendez-vous de suivi chez le gynécologue peut-être mal vécu pour certaines femmes à cause de l'ambiance qui y règne de plus elles ont souvent un lien particulier avec leur généraliste qui peut donc être plus adapté pour ce genre de situation. D'où l'importance de laisser le choix du professionnel de santé pour le suivi. 	9/11 La méthode pour minimiser les erreurs d'extraction des données n'est pas mentionnée. La probabilité d'avoir des biais n'a pas été évaluée.
NCCWCH (2012) (1) UK	Quelle est l'efficacité de la progestérone chez les femmes présentant une menace de fausse couche	Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de l'incidence des fausses couches lors de la prise orale de progestérone (statistiquement significatif). Pour la prise vaginale de progestérone il n'y a pas de différence statistiquement significative. - Le taux de grossesse à 20 semaines est plus élevé chez celles qui ont reçu de la progestérone. - L'impact économique de l'administration de progestérone en cas de menace de fausse couche est rentable : cela fait gagner en QALY et cela entraîne un gain de 49£. - N'augmente pas les complications de la grossesse (hypertension, cholestase, diabète...) - Pas de conclusion sur les anomalies congénitales. 	9/11 La méthode pour minimiser les erreurs d'extraction des données n'est pas mentionnée. La probabilité d'avoir des biais n'a pas été évaluée.

The Lancet 2021 (4) UK		Text and opinions	<ul style="list-style-type: none"> - Le deuil vécu en isolement et les fausses croyances peuvent mener à ce que les femmes et leur partenaire se sentent coupables. - Banalisation de la fausse couche par le personnel soignant. - Carence épidémiologique et d'études sur le management et la prévention - L'idée que cela doit être géré à minima est idéologique et non evidence-based donc il est important de faire des études pour déterminer le management adéquat. 	4/6 Les différences avec la littérature ou les sources ne sont pas mises évidence ni défendues. Pas de références à la littérature.
Tournebise (20) 2009 France		Text and opinion	<ul style="list-style-type: none"> - Différence entre la conception scientifique de l'embryon puis du fœtus puis de l'enfant et de la mère qui projette directement un enfant. - Objectiver les choses pour diminuer la perte est contre-productif. 	2/6 Les différences avec la littérature ou les sources ne sont pas mises évidence ni défendues. Pas de références à la littérature. L'opinion exprimée n'est pas le résultat d'un processus analytique. Les sources de cette opinion ne sont pas clairement identifiées.
San Lazaro Campillo (18) 2017	Évaluer les effets des différentes interventions pour réduire le stress chez les femmes enceintes qui ont une histoire de fausse couche.	Systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de faire plus d'études dessus car aucune étude ne remplissait les critères. - La tendance qu'ils en ont tirée est qu'un support psychologique permet d'augmenter le sentiment de bien-être psychologique chez les femmes 	9/11 La méthode pour minimiser les erreurs d'extraction des données n'est pas mentionnée. La probabilité d'avoir des biais n'a pas été évaluée.

4. DISCUSSION

AIDE À LA PRISE EN CHARGE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

En Belgique, il n'existe pas de lignes directrices établies sur la prise en charge de la menace de fausse couche en médecine générale.

D'après Ducarme et al. il existe un intérêt grandissant pour ce type de prise en charge par le médecin généraliste, particulièrement chez les femmes (6).

Ce travail met en évidence que ce sujet a été peu étudié et qu'il reste encore beaucoup de zones d'ombres. Les études utilisées notamment par rapport au traitement démontrent des tendances qui sont à appliquer mais nécessitent encore des études approfondies pour que l'on puisse établir des certitudes. Quant à la prise en charge après la menace de fausse couche et au suivi psychologique, trop peu d'études ont été menées pour établir l'impact que cela a sur les femmes. Cependant grâce aux articles déjà disponibles, on sait qu'il est important de s'y intéresser car il est réel et sous-estimé par le personnel soignant (4).

L'épidémiologie et les facteurs de risques lors d'une menace de fausse couche sont importants à avoir en tête pour pouvoir prendre en charge correctement la patiente. L'âge de la patiente, les antécédents de fausses couches, l'origine ethnique, l'âge du conjoint sont des facteurs de risques importants mais sur lesquels on ne sait pas agir (10). Par contre le tabac, la consommation d'alcool, le stress, les pesticides (notamment présents sur les fruits et légumes) ainsi que les horaires de nuits sont des facteurs de risques sur lesquels nous pouvons sensibiliser (10). Cela permet de proposer des éléments concrets aux patientes pour diminuer leur risque de faire une fausse couche.

Dans la prise en charge diagnostique, si des saignements vaginaux sont présents, on peut se référer dans un premier temps à la quantité de sang que perd la patiente. En effet si elle est faible cela plaide moins en faveur d'une fausse couche. La présence concomitante de nausées et/ou vomissements plaide également pour une grossesse viable car ce sont les symptômes d'une concentration d'hormones de grossesse importante. (2)

A propos des hormones de grossesses, l'augmentation du taux de β -HCG dans le sang en 48h est un indicateur de grossesse évolutive. Mesurer le taux de progestérone permet également

d'avoir un indice diagnostique : si celui-ci est faible (<6 ng/mL) la probabilité que la patiente fasse une fausse couche est très élevée. (11)

Pour un diagnostic clair, une échographie est nécessaire. Le médecin peut référer la patiente pour une échographie pelvienne. Les critères pour diagnostiquer une fausse couche sont les suivants : un sac gestationnel vide d'un diamètre de 25mm ou plus, ou un embryon de longueur couronne-croupe de 7mm sans activité fœtale. Ou alors l'absence d'activité fœtale cardiaque chez un embryon plus de 11 jours après une échographie qui a montré un sac gestationnel ainsi qu'une vésicule vitelline ou > 2 semaines après une échographie qui a montré un sac gestationnel mais sans vésicule vitelline. Si le diagnostic n'est pas clair à l'échographie, il est conseillé d'en refaire une 7 à 10 jours plus tard et de doser le β -HCG ainsi que la progestérone dans le sang pour avoir une idée du pronostic. (2,11)

Pour pouvoir prendre cela en charge au cabinet, il faut que les médecins généralistes soient formés à l'échographie et disposent d'un échographe. Il serait donc intéressant de développer ce genre de formation en Belgique et d'étudier si en pratique cela permettrait une meilleure prise en charge de ces patientes dans notre réseau de soins car les études qui l'abordent ont toutes été menées dans des pays anglo-saxons. Cela dépend également du matériel dont dispose le médecin généraliste, en effet l'échographe ne fait pas partie des outils de base et cela pose donc la question de la mise en pratique de ce genre de formation.

Lorsque le diagnostic de menace de fausse couche est établi, il n'existe pas de consensus clair quant à l'administration de la progestérone. Cependant la tendance qui émane des études conseille d'en administrer. L'administration par voie orale semble être la meilleure option, bien qu'une étude privilégie elle la voie vaginale, pour permettre de diminuer le risque de faire une fausse couche. Cette administration semble sûre tant pour la mère que pour le fœtus dans la suite de la grossesse. Cependant il manque des données quant à l'impact de la progestérone sur la poursuite de la grossesse ainsi que sur les anomalies congénitales. Il n'existe par ailleurs pas de guidelines établies quant au type de progestérone à administrer, les études reprises ici ont pris en compte tout type de progestatif sans distinction. (1,2,17) L'administration de RhoGam® chez les patientes rhésus négatif est également à envisager bien qu'il n'y ait pas de preuves établies. Le repos au lit quant à lui n'est pas recommandé. (11)

Il est également important de proposer un suivi aux patientes et ce dès que le médecin la réfère pour l'échographie. Le suivi doit être d'une part médical car présenter une menace de fausse couche augmente le risque d'avoir des complications futures durant la grossesse (hémorragies, retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, faible poids de naissance, mortalité périnatale plus élevée ...). D'autre part l'aspect psychologique que présente la menace de fausse couche ne doit pas être sous-estimé. Une menace de fausse couche n'est pas dénuée de conséquences même si la grossesse s'avère viable par la suite. Il est important de garder en tête que le stress, l'anxiété ainsi que les affects dépressifs sont des symptômes qui sont plus fréquemment présents dans cette population et que cela peut avoir des conséquences néfastes sur le développement du bébé ainsi que sur l'état psychologique de la mère. Un suivi avec un psychologue ne semble pas nécessaire lors de la menace de fausse couche mais il est important de pouvoir proposer à la patiente un suivi avec le professionnel qu'elle désire. (3,21)

Enfin, il est important de prendre en charge la patiente avec un discours empathique et de s'être formé à l'annonce de mauvaise nouvelle. Il est également important de se rappeler que pour la patiente c'est un enfant dès la conception contrairement au personnel médical qui lui fait la distinction entre grossesse chimique, embryon, fœtus puis enfant. Lorsque la patiente présente une menace de fausse couche, le stress qu'elle subit est celui de risquer de perdre son enfant. Il est donc primordial que le personnel soignant ne banalise pas cet épisode. (19,20)

Le manque d'études sur ce sujet signe un désintérêt de la communauté scientifique de ce phénomène (4). Phénomène qui selon les éléments qui viennent d'être détaillés ci-dessus, est une épreuve psychologique pour la patiente qui mène parfois à un deuil. Étudier et analyser les ressentis des patientes afin de pouvoir les objectiver permettrait probablement de faire changer les mentalités des soignants face à ce phénomène.

FORCES ET FAIBLESSES DE CE TRAVAIL

Une revue de la littérature narrative est par essence une revue qui subit le biais de l'auteur et qui est difficile à juger au niveau de la qualité pour le lecteur. Cependant dans ce travail, une méthodologie a été instaurée avec un essai de systématisation de sélection des articles. Des critères d'inclusions et d'exclusions ont également été établis. Cette méthodologie rigoureuse permet de diminuer au maximum les biais liés à ce type d'étude. Plusieurs bases de données

ont été interrogées avec la volonté d'inclure chaque article couvrant le sujet. Cependant les MeSH n'étant pas nombreux il a été nécessaire de faire des recherches à base de mots clés. Ceci entraîne la diminution de l'exhaustivité de la recherche avec la possibilité de ne pas trouver tous les articles correspondants au sujet.

La revue propose une analyse de la qualité méthodologique des articles qu'elle inclut. Bien que cette analyse méthodologique ait été réalisée par mes soins et que mes compétences en la matière sont limitées, cela permet de donner une valeur scientifique aux résultats qui sont énoncés. Malgré le peu d'articles qui existent sur le sujet, la plupart des articles qui ont été intégrés à ce travail présentent une haute qualité méthodologique. Ceci permet de donner des résultats fiables sur ce sujet. La description méthodologique précise qui est réalisée permet également de réaliser ce travail en toute transparence ce qui augmente la crédibilité du travail à défaut de pouvoir évaluer sa qualité.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

L'importance du rôle du médecin généraliste est souligné dans ce travail et permet ainsi au généraliste de se sentir à sa place dans la prise en charge de ce genre de situation.

Ce travail permet d'établir un plan d'action lorsqu'une femme se présente avec des symptômes de menace de fausse couche, il établit des critères diagnostiques et aborde la question du traitement médicamenteux. L'impact psychologique que cela peut avoir sur les patientes est également souligné et permet de les prendre en charge en ayant toutes les clés en mains pour pouvoir être le plus complet et adéquat possible.

PERSPECTIVES

Ce travail met en lumière un sujet qui est encore peu connu. Par conséquent plusieurs perspectives de recherches peuvent en être tirées. L'utilisation de la progestérone pose question à plusieurs niveaux, il serait intéressant d'établir s'il existe une réelle différence d'efficacité entre l'administration de la progestérone orale ou vaginale. Il faut également réaliser des études afin de définir quel type de progestérone est la plus efficace dans cette situation et à quelle dose. L'impact de la progestérone sur les anomalies congénitales à la naissance est également un sujet à explorer. La nécessité d'administrer du RhoGam® en cas de menace de fausse couche chez les femmes rhésus négatif est également à investiguer.

L'impact psychologique que la menace de fausse couche représente chez les femmes qui en sont victimes doit être déterminé. Établir des unités de soins spécifiques au premier trimestre de la grossesse a un intérêt particulier au niveau de la santé publique et pourrait être étudié au niveau du système belge afin de voir s'il serait bénéfique d'en développer.

5. CONCLUSION

La prise en charge de la menace de fausse couche au cabinet du médecin généraliste est complexe et nécessite encore des recherches futures. Elle suscite un intérêt chez les médecins qui estiment que cela fait partie de leur rôle, elle répond à une demande de la part des patientes qui se présentent de manière spontanée chez leur médecin traitant pour ces plaintes. Des étapes dans la prise en charge diagnostique sont établies et permettent de s'assurer de la viabilité de la grossesse.

L'échographie est un pilier pour pouvoir établir le diagnostic, il est donc important de former les médecins généralistes à cela. La mise en pratique dans le système de soins de santé belge nécessite une réflexion approfondie.

Au niveau du traitement, une tendance claire se dégage quant à l'administration de progestérone. Cependant il est encore trop tôt pour pouvoir être confiant sur la voie d'administration et des recherches doivent encore être réalisées sur le type de progestérone à administrer et sur l'impact que cela pourrait avoir sur les maladies congénitales. Des réponses à ces questions-là permettraient au médecin généraliste de se sentir à même de prescrire ces médicaments en étant certain d'aider au mieux la patiente.

L'impact psychologique que cela provoque sur les patientes et leur partenaire est réel et important à prendre en compte. En effet, une menace de fausse couche et une fausse couche en tant que telle sont des événements qui sont discrets, pourtant ce sont des événements qui peuvent impliquer un deuil pour la patiente. Ce deuil qui est d'autant plus difficile à vivre et à comprendre car c'est un phénomène invisible. Il serait dès lors intéressant d'en savoir plus sur le ressenti de ces patientes afin de mieux les prendre en charge.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Management of threatened miscarriage and miscarriage [Internet]. Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management in Early Pregnancy of Ectopic Pregnancy and Miscarriage. RCOG Press; 2012 [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132781/>
2. Coomarasamy A, Gallos ID, Papadopoulou A, Dhillon-Smith RK, Al-Memar M, Brewin J, et al. Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. *The Lancet*. mai 2021;397(10285):1668-74.
3. Zhu CS, Tan TC, Chen HY, Malhotra R, Allen JC, Østbye T. Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. *J Affect Disord*. sept 2018;237:1-9.
4. The Lancet. Miscarriage: worldwide reform of care is needed. *The Lancet*. mai 2021;397(10285):1597.
5. Seuntjens L, Neirinckx J, Mackelenbergh AV, Royen PV, Vervaeck N, Jacquemyn Y, et al. Recommendations de Bonne Pratique: Suivi de la grossesse.
6. Ducarme G, Ricordeau A, Grange J, Vital M. Prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse par le médecin généraliste, avec ou sans recours aux urgences gynécologiques. *Presse Médicale*. nov 2019;48(11):1337-9.
7. Saracci DC, Mahamat M. Comment rédiger un article -scientifique de type revue narrative de la littérature ? *Rev MÉDICALE SUISSE*. 2019;5.
8. Critical Appraisal Tools | JBI [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
9. mixedmethodsappraisaltoolpublic [licensed for non-commercial use only] / Download the MMAT [Internet]. [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/127425845/Download%20the%20MMAT>
10. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*. mai 2021;397(10285):1658-67.
11. Hendriks E, MacNaughton H, MacKenzie MC. First Trimester Bleeding: Evaluation and Management. 2019;99(3).
12. deFiebre G, Srinivasulu S, Maldonado L, Romero D, Prine L, Rubin SE. Barriers and Enablers to Family Physicians' Provision of Early Pregnancy Loss Management in the United States. *Womens Health Issues*. janv 2021;31(1):57-64.
13. Prendiville W, O'Kelly F, Allwright S, McGuinness N. The management of first trimester miscarriage by general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci*. janv 1997;166(1):3-6.
14. McLaren B, Shelley JM. Reported management of early-pregnancy bleeding and miscarriage by general practitioners in Victoria. *Med J Aust*. janv 2002;176(2):63-6.
15. Varner C, Bearss E, Hu S, McLeod SL, Lee S. P138: The Family Medicine Obstetrical Ultrasound (FaMOUS) course: a model for training office-based family physicians in first trimester

point of care ultrasound. *Can J Emerg Med.* mai 2016;18(S1):S124-S124.

16. Moscrop A, Harrison S, Heppell V, Heneghan C, Ward A. Primary care follow-up and measured mental health outcomes among women referred for ultrasound assessment of pain and/or bleeding in early pregnancy: a quantitative questionnaire study. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002595.
17. Wahabi HA, Fayed AA, Esmaeil SA, Bahkali KH. Progestogen for treating threatened miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2018 [cité 25 févr 2023];2018(8). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd005943.pub5>
18. San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open.* sept 2017;7(9):e017802.
19. Eckert V, Coquillat F. Détresse des couples lors de pertes de grossesse précoces. *Rev Médicale Suisse.* 2022;18(795):1723-5.
20. Tournebise T. ARTICLE: Fausse Couche - un deuil à prendre en compte [Internet]. [cité 25 févr 2023]. Disponible sur: https://www.maieusthesie.com/nouveautes/article/fausse_couche.htm#
21. National Collaborating Centre for Women's and Children's. Emotional support and information giving [Internet]. *Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management in Early Pregnancy of Ectopic Pregnancy and Miscarriage.* RCOG Press; 2012 [cité 23 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132777/>
22. Tunde-Byass M, Cheung V. P461 The value of the early pregnancy assessment clinic in the management of early pregnancy complications. *Int J Gynecol Obstet.* oct 2009;107:S544-S544.

7. ANNEXES

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer Sophie Xhrouet Date 12/02/23

Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care, *Coomarasamy et al. (2)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultat: 9/11

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss; *Quenby et al (10)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultat: 10/11

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer Sophie Khoury Date _____

Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women

Author Zhu et al (3) Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats : 8/8

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Progesterone for threatening threatened miscarriage, *Wohlschlag et al (17)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 11/11

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

First trimester bleeding: evaluation and management *Hendricks et al (11)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 6/10

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR TEXT AND OPINION PAPERS

Détresse des couples lors de pertes de grossesses précoces, *Eckert et Coquillot (18)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there reference to the extant literature?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 5/6

Bowles and Enoblers to family Physicians' provision of early pregnancy loss management in the US
 De Fiche et al. (12)

Part I: Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018

Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative non-randomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	X			
	4.2. Is the sample representative of the target population?	X			
	4.3. Are the measurements appropriate?	X			
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	X			
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	X			
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	X			
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?		X		
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Prise en charge des métrorragies du premier trimestre de la grossesse par le médecin généraliste avec ou sans recours aux urgences gynécologiques; *ducom et d (6)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 8/10

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

The Family Medicine Obstetrical Ultrasound course : a model for training office based family physicians in first trimester point of care ultrasound, *Voum et al (15)*

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 6/9

Primary care follow-up and measured mental health outcomes among women referred for ultrasound.
 Nesic et al (16).

Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 - Outil d'évaluation de la qualité méthodologique des études qualitatives, quantitatives et mixtes

Catégories d'études	Critères de qualité méthodologique	Réponses			
		Oui	Non	Ne sait pas	Commentaires
Questions préliminaires (triage)	P1. Est-ce que les questions de recherche sont claires?	X			
	P2. Est-ce que les données collectées permettent de répondre aux questions de recherche?	X			
	<i>L'évaluation de la qualité méthodologique avec le MMAT ne peut pas être poursuivie si la réponse est « Non » ou « Ne sait pas » à l'une ou aux deux questions.</i>				
1. Études qualitatives	1.1. L'approche qualitative est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?				
	1.2. Les méthodes de collecte de données qualitatives sont-elles adéquates pour répondre à la question de recherche?				
	1.3. Les résultats émanent-ils adéquatement des données?				
	1.4. L'interprétation des résultats est-elle suffisamment étayée par les données?				
	1.5. Y a-t-il une cohérence entre les sources, la collecte, l'analyse et l'interprétation des données qualitatives?				
2. Essais à répartition aléatoire	2.1. La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée?				
	2.2. Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention)?				
	2.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
	2.4. Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quelle intervention)?				
	2.5. Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée?				
3. Études quantitatives sans répartition aléatoire	3.1. Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible?				
	3.2. Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition)?				
	3.3. Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes?				
	3.4. Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données?				
	3.5. Pendant l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu?				
4. Études quantitatives descriptives	4.1. La stratégie d'échantillonnage est-elle pertinente pour répondre à la question de recherche?	X			
	4.2. L'échantillon est-il représentatif de la population cible?			X	
	4.3. Les mesures sont-elles appropriées?	X			
	4.4. Le risque de biais de non-réponse est-il faible?		X		
	4.5. L'analyse statistique est-elle appropriée pour répondre à la question de recherche?	X			
5. Études utilisant les méthodes mixtes	5.1. La justification de l'utilisation des méthodes mixtes pour répondre à la question de recherche est-elle adéquate?				
	5.2. L'intégration des diverses composantes de l'étude a-t-elle été effectuée de manière à répondre à la question de recherche?				
	5.3. La résultante (<i>outputs</i>) de l'intégration des composantes quantitatives et qualitatives est-elle adéquatement interprétée?				
	5.4. Les divergences et les contradictions entre les résultats quantitatifs et qualitatifs sont-elles abordées de façon adéquate?				
	5.5. Les différentes composantes de l'étude adhèrent-elles aux critères de qualité des traditions méthodologiques concernées?				

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

The value of the early pregnancy assessment clinic in the management of early pregnancy complications

Tunde-Byron & Cheung (22)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 8/9

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reported management of early pregnancy bleeding and miscarriage by GP in Victoria

McLennan & Shelley (14)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 7/10

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

The Management of first trimester Miscarriage by general practitioners in Ireland

Prendiville et al (13)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 7/10

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Emotional Support and information giving

National Collaborating Centre for Women's and Children's. (21)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 9/11

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Management of threatened miscarriage and miscarriage

National Collaborating center for women's and children's health (1)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats : 9/11

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR TEXT AND OPINION PAPERS

Miscarriage: worldwide reform of care is needed

The Lancet (2021), (4)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there reference to the extant literature?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 4/6

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR TEXT AND OPINION PAPERS

Fausse couche, un deuil à prendre en compte

Toussaint (20)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the source of the opinion clearly identified?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Does the source of opinion have standing in the field of expertise?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there reference to the extant literature?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is any incongruence with the literature/sources logically defended?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultat: 2/6

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review

Son Lozano Compelle (18)

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Résultats: 9/11