

Pertes de grossesse au premier trimestre: vécu et expérience socio-économique des femmes

Cet article présente les résultats d'un travail de Master en Sciences de la Santé réalisé à la Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. Il explore l'expérience des femmes ayant vécu une perte de grossesse au premier trimestre, en mettant en lumière les dimensions socio-économiques de cette expérience et les inégalités d'accès aux soins.

TEXTE:

EMMANUELLE BUACHE, LYNE FILLON, ISABELLE PROBST, DIANE WALLER

La perte de grossesse du premier trimestre (PGPT) est la complication de grossesse la plus fréquente, touchant environ 15 % des grossesses cliniquement confirmées (Quenby *et al.*, 2021). Elle engendre d'importantes conséquences sur la santé physique et mentale des femmes (Galeotti *et al.*, 2023), ainsi que des répercussions sociales et financières encore peu étudiées (Ross *et al.*, 2024), surtout par des sages-femmes.

Contexte économique suisse

En Suisse, une distinction majeure subsiste actuellement: avant 13 semaines d'aménorrhée (SA), les frais liés aux pertes de grossesse, y compris les soins prodigués par des sages-femmes, sont à la charge des personnes enceintes, à concurrence de la franchise et de la quote-part. Alors que passé ce terme, les soins sont intégralement pris en charge jusqu'à 56 jours post-partum (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2018). Toutefois, un changement de la LaMal (voir encadré p. 59) modifiera prochainement cette disposition.

La situation actuelle est préoccupante. En effet, la majorité des personnes âgées de 26

à 40 ans optent, pour des raisons économiques, pour une franchise de 2500 CHF lorsqu'elles souscrivent à leur assurance maladie (OFSP, 2024; Pirolet, 2024). Or, 18,9 % de la population suisse ne peut faire

Les disparités en matière d'arrêt de travail, de soutien social ou conjugal, ainsi que de ressources économiques sont des déterminants sociaux qui ont impacté le vécu des participantes et altéré leur qualité de vie.

face à une dépense imprévue de ce montant (Office fédéral de la statistique [OFS], 2023), alors que les frais liés à une PGPT peuvent rapidement le dépasser. Par ailleurs, en cas de perte de grossesse avant 23 SA, aucun congé de maternité ni arrêt de travail stan-

dardisé n'est prévu (Secrétariat d'État à l'économie, 2024).

C'est dans ce contexte que ce travail de master analyse comment les femmes vivant une perte de grossesse au premier trimestre en Suisse perçoivent leur expérience, et comment leurs parcours de soins ainsi que leurs décisions thérapeutiques sont influencés par leurs conditions socio-financières.

Profil des participantes

Des entretiens qualitatifs ont exploré l'expérience et le processus décisionnel de femmes ayant vécu une perte de grossesse avant 13 SA. Dix femmes volontaires, âgées de 20 à 50 ans, toutes ayant la nationalité suisse (certaines avaient une double nationalité), ayant un CFC ou un titre universitaire et actives professionnellement ont été interrogées. Leurs revenus mensuels variaient de moins de 4000 CHF à 8000 CHF. Huit avaient une franchise à 2500 CHF; deux à 1000 CHF. Les participantes ont vécu différents types de PGPT, dont certaines plus rares, telles que des grossesses extra-utérines ou molaires, et ont expérimenté diverses modalités thérapeutiques. Les frais engagés allaient de 600 CHF à 4900 CHF. L'analyse a fait émerger deux dimensions principales: l'accès inégal aux soins en lien avec les déterminants sociaux de la santé, et la nécessité d'améliorer la prise en charge à l'aide d'une approche centrée sur la femme.

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (Organisation mondiale de la Santé, 2023), influençant directement l'état de santé, l'accès aux soins, ainsi que la qualité et l'espérance de vie (Weber, 2020).

Les disparités en matière d'arrêt de travail, de soutien social ou conjugal, ainsi que de ressources économiques sont des déterminants sociaux qui ont impacté le vécu des participantes et altéré leur qualité de vie. Certaines ont confié les privations mises en place pour financer leurs soins et ont exprimé une souffrance renforcée par l'isolement ou l'absence d'accompagnement, dans un contexte où les enjeux socio-financiers sont rarement explorés par les prestataires de santé. Le coût des soins, tout

comme la spécificité de la participation financière en cas de PGPT, n'a jamais été abordé en amont. En d'autres termes, la majorité des participantes ont découvert

leur reste à charge au moment de recevoir la facture, parfois plusieurs mois après la perte, ce qui a suscité colère et sentiment d'injustice. Comme en témoigne une de nos



iStock



Révision partielle de la LAMal: une meilleure prise en soins pour les coûts de maternité

Le Parlement suisse a adopté en mars 2025 une révision partielle de la LAMal, incluant la prise en charge des soins de maternité. Dès qu'une grossesse est confirmée par un médecin ou une sage-femme, tous les frais médicaux liés seront entièrement couverts, quelle que soit l'évolution de la grossesse¹. Cette révision n'est toutefois pas encore entrée en vigueur, la date d'application sera fixée par le Conseil fédéral. Une avancée positive pour réduire les obstacles financiers mais cela ne permet pas encore de répondre à l'ensemble des inégalités sociales de santé, comme l'absence de congé maladie payé ou la prise en charge des soins complémentaires non remboursés par la LaMal.



¹ www.rts.ch

participantes, Kim: «J'étais vraiment hyper énervée contre le système à ce moment-là (...) parce que je me disais: je paie tous les mois cette assurance, je ne suis jamais en retard (...) Et en fait, au moment où ça m'arrive et que je n'y peux rien, personne n'est là pour m'aider quoi.»

Inégalité d'accès aux soins

Les résultats de la recherche renforcent le constat selon lequel les personnes en situation socio-économique défavorisée rencontrent davantage de difficultés d'accès aux soins et sont plus susceptibles d'y renoncer, notamment pour des raisons économiques, comme l'ont rapporté plusieurs participantes. L'une d'entre elles a exprimé son choix de ne pas consulter de gynécologue avant 13 SA lors de la grossesse qui a suivi la PGPT, consciente qu'elle devrait financer elle-même les soins. De plus, en raison du manque de la prise en charge limitée des

traitements par la LaMal et des franchises élevées, certaines options, comme un suivi psychologique ou le recours à des médecines complémentaires, ne sont accessibles

L'analyse met en lumière une forme d'inégalité d'accès aux soins en cas de PGPT, malgré un échantillon majoritairement non précarisé et non stigmatisé.

qu'aux femmes disposant de ressources suffisantes et/ou d'une assurance complémentaire, renforçant ainsi les inégalités déjà présentes.

La durée de l'arrêt de travail après une perte de grossesse dépendait souvent de l'évaluation et de la décision du médecin. L'une des participantes, Thaée, a pris du Cytotec® pendant ses jours de congé et a eu le sentiment de s'être imposé un retour immédiat au travail, malgré les pertes de sang et les douleurs qui ont suivi.

L'analyse met donc en lumière une forme d'inégalité d'accès aux soins en cas de PGPT, malgré un échantillon majoritairement non précarisé et non stigmatisé.

Un besoin de soins centrés sur la femme

Les participantes ont souligné le rôle déterminant des prestataires de santé dans leur vécu de la PGPT. Elles ont exprimé un besoin accru d'informations concernant la PGPT, les effets secondaires des traitements, les douleurs, les saignements, la fatigue, les ressources disponibles, le deuil périnatal, ainsi que les modalités de financement et le



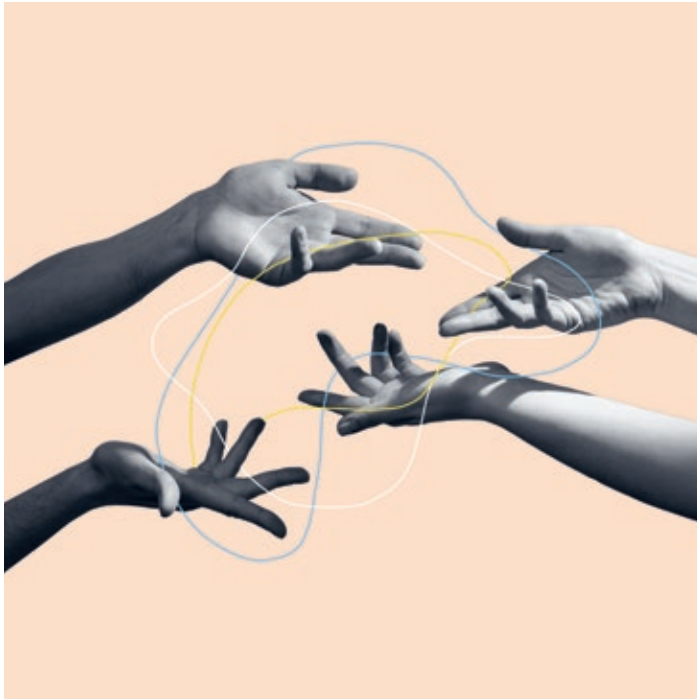
Documentaire *Fausse couches, ce que cachent nos silences*



Avoir actuellement sur www.rts.ch, le documentaire d'Alena Avdija *Fausse couches, ce que cachent nos silences*. Synopsis: Les fausses couches font partie intégrante de la maternité, mais restent entourées de silence. A travers des témoignages intimes, des éclairages de professionnelles et des archives, la réalisatrice cherche à faire la lumière sur ces pertes de grossesse et à comprendre ce qui se cache derrière ce tabou. Pour Julie Flohic, sage-femme maître d'enseignement à la Haute école de santé Vaud et membre du comité rédactionnel d'*Obstetrica*, «c'est un film documentaire à visée sociologique, sur un thème qu'il importe de traiter tant pour les femmes et les professionnel-le-s que, plus largement, pour la société dans son entier: toute personne devrait pouvoir être sensibilisée à ce sujet, afin de lutter contre l'invisibilisation de ces pertes de grossesse. On peut d'ailleurs s'interroger sur le choix du titre de ce documentaire: pourquoi le terme de "fausses couches", certes connu du grand public mais contre lequel on essaie justement de lutter aujourd'hui? Il induit l'idée de quelque-chose de faux – alors qu'il n'y a rien de plus vrai que ce que les femmes vivent! Je pense aussi que les pertes de grossesse précoces sont encore parfois banalisées sur le terrain, car nous avons tendance à en voir régulièrement. Ce film, avec des témoignages très forts, nous invite à méditer sur nos pratiques et à réinventer notre culture de soins. Les pertes de grossesse ne doivent pas être mises sous silences mais constituent une expérience de la vie des femmes, à accompagner avec dignité.»



Fausse couches, ce que cachent nos silences, Alena Avdija, IDIP Films, 2025, 60 min. A voir en replay jusqu'au 30 mars 2026 sur www.rts.ch



iStock

coût des soins. Elles ont également souligné l'importance d'une continuité dans la prise en charge. De manière générale, le premier trimestre est apparu comme une période peu considérée par les prestataires de santé, contrairement au reste de la grossesse, ce que certaines participantes ont déploré. «Je ne sais pas, comme si c'était quelque chose que les sages-femmes ou les internes en gynéco n'aimaient pas faire (...). Comme si c'était un peu laissé-pour-compte comme ça. Puis ouais, ils sont toujours très gentils quand il y a un bébé mais (...). Je ne sais pas si c'est [la prise en charge des pertes de grossesse] trop commun pour eux justement. Ou oui, je ne sais pas, j'ai l'impression que les professionnel-le-s ne sont pas au courant de l'impact que ça a (...).» (Jeanne) Au regard des résultats, les soins centrés sur la femme (*woman-centred care*, WCC) ainsi que la prise de décision partagée apparaissent comme des approches pertinentes pour améliorer la qualité des soins, notamment en garantissant un consentement aux soins véritablement éclairé. En adoptant une posture centrée sur la femme, les prestataires de santé peuvent reconnaître chaque expérience comme singulière, sans imposer de cadre émotionnel préétabli ou stéréotypé. Le modèle du WCC met l'accent sur les besoins de la femme, plutôt que sur ceux des prestataires de santé ou des institutions (Leap, 2009).

Recommandations pour la pratique sage-femme

Aujourd'hui, les pertes de grossesse sont principalement prises en charge par les gynécologues-obstétricien-ne-s. Pourtant, les sages-femmes, responsables de la santé gynésique des femmes de la période préconceptionnelle au post-partum, sont pleinement compétentes pour accompagner les PGPT (*International Confederation of Mid-*

wives, 2024). Leur approche holistique en fait des professionnelles pertinentes, en structure hospitalière comme à domicile. Dans cette perspective, la présence des sages-femmes pourrait être systématiquement proposée et devrait être remboursée dès le diagnostic de grossesse. Cela permettrait d'améliorer la qualité des soins dès les premières semaines, en offrant un accompagnement précoce, individualisé et sensible aux enjeux physiques, psychiques, sociaux et financiers. Il est d'ailleurs essentiel d'intégrer l'ensemble de ces dimensions dans nos anamnèses, afin de garantir une prise en charge véritablement holistique. ☉

Buache, E. & Fillon, L. (2025). Perte de grossesse au premier trimestre et expérience des femmes au regard de leurs conditions socio-financières: un éclairage sage-femme [Travail de master, HES-SO Master orientation sage-femme, Université de Lausanne]. Direction: Probst, I. (PhD); codirection: Waller, D. (MSc).

AUTRICES

Emmanuelle Buache, infirmière sage-femme clinicienne spécialisée MScSa, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Lyne Fillon, sage-femme MScSa, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Isabelle Probst, psychologue PhD, professeure associée à la Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale
Diane Waller, sage-femme et maître d'enseignement HES à la Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale

Références

Galeotti, M., Mitchell, G., Tomlinson, M. & Aventin, Á. (2022) Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: A scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 22(1), 270. <https://doi.org>
 Leap, N. (2009) Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*; 17(1), 12-16. <https://doi.org>
 Office fédéral de la statistique (2023) Revenus, pauvreté et conditions de vie en 2021. www.bfs.admin.ch
 Office fédéral de la santé publique (2018) Lettre d'information: Prestations en cas de maternité et participation aux coûts. www.bag.admin.ch
 Office fédéral de la santé publique (2024) Distribution des franchises selon la classe d'âge et le sexe Année d'exercice 2023. www.bag.admin.ch
 Organisation mondiale de la Santé (2023) Déterminants sociaux de la santé. Progrès dans l'établissement du rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé. Rapport du Directeur général. <https://apps.who.int>
 Pirolet, S. (2024) Franchises élevées: Ces assurés qui renoncent à se faire soigner faute de moyens. Radio Télévision Suisse. www.rts.ch
 Quenby, S., Gallos, I. D., Dhillon-Smith, R. K., Podesek, M., Stephenson, M. D., Fisher, J., Brosens, J.

J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E. S., McCoy, R. C., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D. A., Rai, R., Christiansen, O. B. & Coomarasamy, A. (2021) Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*; 397(10285), 1658-1667. <https://doi.org>
 Ross, E., Ireson, J., Singh, K. & Winter, M. C. (2024) Molar pregnancy: A qualitative study of personal experiences and societal narratives of loss. *British Journal of Midwifery*; 32(7), 342-351. <https://doi.org>
 s. a. (2025) Le Parlement valide le deuxième volet de mesures pour freiner la hausse des coûts de la santé. Radio Télévision Suisse et Agence télégraphique suisse. www.rts.ch
 Secrétariat d'Etat à l'économie (2024) Protection de la maternité—Informations à l'intention des salariées enceintes, venant d'accoucher ou qui allaitent. www.seco.admin.ch
 Weber, D. (2020) Egalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques. Promotion Santé Suisse. <https://gesundheitsfoerderung.ch>
 International Confederation of Midwives (2024) Essential Competencies for Midwifery Practice. <https://internationalmidwives.org>