

Prise en charge des pertes de grossesses précoces : obstacles et enjeux lors du deuil prénatal

Edgar Maeva, Jörg Justine, Pasche Noémie, Rajaratnam Aaranii, Robiolio Samantha

Introduction

L'interruption spontanée et précoce d'une grossesse, survenant avant la vingt-deuxième semaine de gestation (1), est une complication fréquente. Selon la littérature, cet événement concernerait entre 15 et 25 % des grossesses (2). De nombreuses études soulignent l'impact émotionnel profond de cet incident sur les parents, ainsi que ses conséquences à long terme (3). Cependant, il convient de noter qu'il existe encore des lacunes dans la littérature, notamment en Suisse où les articles sont rares. De plus, ceux-ci ne prennent souvent pas en compte les différences culturelles, socio-économiques et religieuses, qui peuvent pourtant fortement influencer l'expérience du deuil. En outre, les articles mettent davantage l'accent sur les obstacles au deuil que sur les moyens de l'accompagner. Il apparaît donc essentiel de s'intéresser aux obstacles à la résolution du deuil prénatal, notamment chez les mères, en raison du lien corporel qu'elles entretiennent avec le fœtus et des attentes sociétales spécifiques qui pèsent sur leur rôle de génitrice. Ce travail s'inscrit dans cette perspective et vise à répondre à la question suivante : Quels sont les obstacles qui entravent le processus du deuil prénatal lors des pertes de grossesses précoces spontanées et quelles sont les solutions qui peuvent être mises en place pour les surmonter ?

Méthode

Notre travail a comme objectif d'identifier les mécanismes et les enjeux susceptibles d'impacter négativement le vécu des fausses couches par les mères, ainsi que d'évaluer les solutions existantes en mettant en évidence leurs bénéfices et limites. Pour ce faire, nous avons effectué une revue de la littérature, complétée par une collecte de données dans le cadre d'une étude qualitative. Celle-ci se base sur des entretiens semi-dirigés, enregistrés avec le consentement des participant·e·s et structurés selon une approche en entonnoir. Un échantillonnage raisonné a permis d'inclure 12 intervenant·e·s de profils variés. Ainsi ont été interrogé·e·s des professionnel·le·s de santé (une obstétricienne, deux sage-femmes, une infirmière urgentiste), des spécialistes du soutien psychologique (deux pédopsychiatres, un anthropologue, une aumônière), des associations (Adessia et Naïtr'Étoile), ainsi que des actrices engagées (journaliste et artiste). Les entretiens ont été menés par les cinq membres de l'équipe de recherche, sans supervision externe. L'analyse des données collectées a suivi une approche de contenu en identifiant les thèmes récurrents à travers les récits recueillis.

Résultats

Lors d'une perte de grossesse précoce, les femmes sont accueillies en première ligne par le personnel médico-soignant aux urgences de la maternité. Une diversité de professionnel·le·s intervient, chacun·e avec un rôle spécifique : les infirmier·ère·s, sages-femmes et gynécologues assurent les soins initiaux et le soutien immédiat. Selon les besoins exprimés, des aumônier·ère·s peuvent être sollicités pour un accompagnement spirituel ou émotionnel. Un soutien psychologique peut être proposé par des psychologues ou pédopsychiatres. Par la suite, certaines associations spécialisées offrent une écoute active et un accompagnement au deuil. D'autres professionnel·le·s de santé – médecin généraliste, doulas, ostéopathes, kinésithérapeutes ou praticien·ne·s en médecines intégratives – peuvent également être consulté·e·s. Des ressources complémentaires, telles que les chambres mortuaires, cérémonies du souvenir ou réseaux sociaux, peuvent aussi contribuer à l'élaboration du deuil.

Malgré la diversité d'acteur·rice·s, la prise en charge demeure insuffisante. Le manque de coordination entre les soutiens disponibles et l'absence de centralisation des ressources rendent leur accès plus difficile. Les femmes doivent fréquemment les rechercher par leurs propres moyens – via Internet, leur entourage, les réseaux sociaux ou leur médecin traitant. Cette absence de repères renforce leur isolement dès le retour à

domicile, d'autant que la mort prénatale demeure un tabou social. Le deuil est souvent banalisé par l'entourage qui peut se montrer maladroit dans les termes employés. Chaque femme vivant cette perte de manière unique, un accompagnement individualisé s'avère essentiel.

Les obstacles identifiés dans notre travail relèvent à la fois de dimensions structurelles, sociétales et personnelles. Sur le plan des soins, le vocabulaire utilisé peut se révéler inadapté, voire blessant. La cohabitation dans les services hospitaliers entre les femmes vivant une perte et celles accouchant d'un enfant vivant renforce la solitude et la douleur ressenties. Nos entretiens avec les professionnel-le-s de santé soulignent par ailleurs un manque de formation spécifique sur le deuil prénatal. D'un point de vue sociétal, le silence entourant les trois premiers mois de grossesse rend la perte moins visible, et les injonctions à "tourner la page" ou "retenter rapidement" compliquent le processus de deuil (4). Enfin, le système de santé tend à renforcer les inégalités : les frais liés aux soins en cas de perte précoce ne sont pas systématiquement couverts comme ceux d'une grossesse menée à terme. Pour beaucoup de femmes, la perte s'accompagne d'un sentiment de culpabilité et de trahison corporelle. Ce fait souligne l'urgence d'un accompagnement empathique, structuré et reconnu à sa juste mesure par les institutions de santé.

Discussion et conclusion

Nos résultats montrent que, malgré de nombreuses ressources disponibles, celles-ci sont peu coordonnées et rarement proposées de manière proactive. Ce sont les mères qui doivent les rechercher, ce qui ajoute une charge supplémentaire dans une période déjà difficile. Notre revue de littérature et nos interviews révèlent une lacune dans la formation du personnel de santé sur l'accompagnement du deuil ainsi qu'une omniprésence d'un tabou autour de celui-ci (3). Créer une guideline pour les professionnels de santé en première ligne serait alors bénéfique. Plusieurs hôpitaux distribuent des flyers orientant vers différentes ressources. Le CHUV, par exemple, propose un flyer redirigeant vers un site internet regroupant diverses aides (associations, planning familial/santé sexuelle, aumônier-ère-s), mais ce dernier est peu utilisé par les mères et mériterait d'être complété. Les associations ont actuellement peu de contact avec les hôpitaux ; une solution serait d'instaurer une permanence d'associations spécialisées pour faciliter le suivi après la sortie. La création d'un centre d'accompagnement au deuil serait également pertinente même si cela reste une option compliquée et cher. La mise en place d'une évaluation psychologique à l'arrivée aux urgences puis à leur sortie permettrait d'identifier les situations nécessitant une intervention pluridisciplinaire plus poussée. De plus, les mères devraient pouvoir éviter une hospitalisation en maternité, à proximité de grossesses sans complication (4). En conclusion, malgré une amélioration notable et une offre assez complète, la coordination entre les acteurs reste à renforcer, tout comme le rôle proactif des soignants.

Références

1. CHUV. Médecine de la fertilité et endocrinologie gynécologique [en ligne]. [cité le 5 mars 2025]. Disponible: <https://www.chuv.ch/fr/fertilite/umr-home/consultations-specialisees/fausses-couches-a-repetition>
2. Bilardi JE, Temple-Smith M. We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support? *Fertil Steril*. 2023;120(5):937-939. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2023.08.951.
3. Brier N. Grief Following Miscarriage : A comprehensive Review of the literature. *Journal Of Women's Health* [En ligne]. 2008 [cité le 18 juin 2025]; 17(3): 451-64. Disponible: https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2007.0505?casa_token=r-Hry8AoM4UAAAAA%3AKqYHpo9cnhcG45M2QmdGAAZORB6AcBJmJLqq9w3tCafZbf_yHd3aySOQ_tDx8Jb7_2C-BNPOCtIhzlvq
4. Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M et al. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22(270). DOI : 10.1186/s12884-022-04585-3

Mots clés

Perte de grossesse précoce ; Deuil prénatal ; Obstacles ; Enjeux ; Accompagnement des mères

Le 30 juin 2025



PERTES DE GROSSESSES PRÉCOCES : OBSTACLES ET ENJEUX

MAEVA EDGAR, JUSTINE JÖRG, NOÉMIE PASCHE, AARANII RAJARATNAM, SAMANTHA ROBIOLIO



DE QUOI PARLONS-NOUS ?

Les pertes spontanées de grossesses précoces, aussi appelées fausses couches, désignent l'interruption spontanée d'une grossesse avant la 22^e semaine. Cet événement, souvent banalisé, peut être traumatisant. Un accompagnement inadapté peut entraîner des conséquences psychologiques importantes; stress, anxiété, dépression, culpabilité, et perturbation du rapport au corps.

POURQUOI S'Y INTÉRESSER ?

> 15% des grossesses

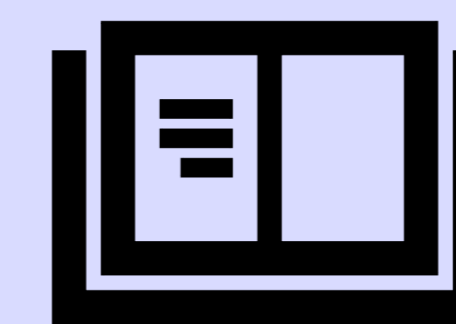
Sujet tabou

Peu de recherches
suisses

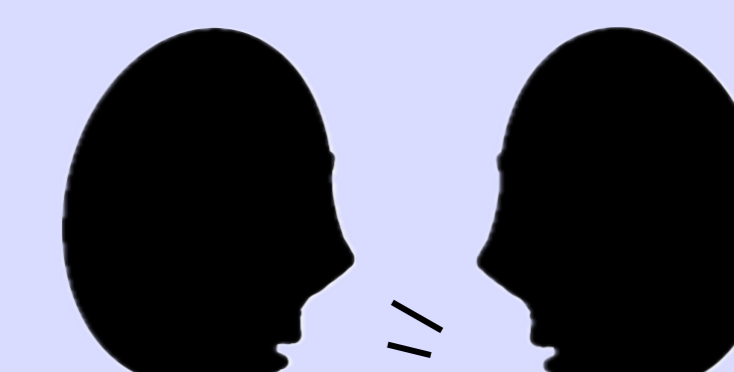
Banalisation

« Fausse couche » suggère une faute, renforçant la culpabilité maternelle. Adopter des mots plus neutres et respectueux comme perte spontanée de grossesse précoce permet une meilleure reconnaissance de la souffrance.

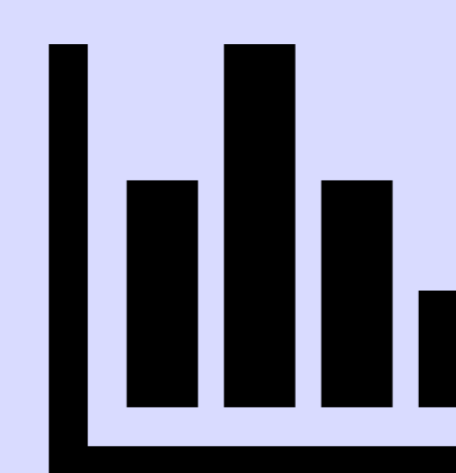
COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?



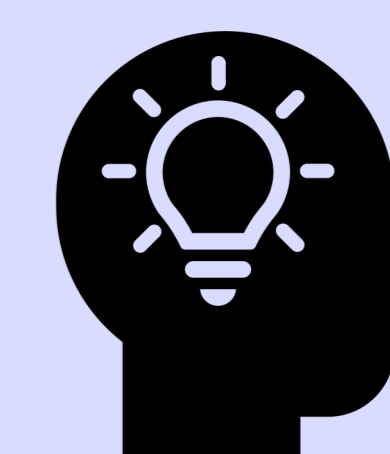
Revue de la littérature



12 interviews



Analyse des données



Élaboration de solutions

QUELS OBSTACLES FREINENT LE DEUIL PRÉNATAL D'UNE PERTE DE GROSSESSE PRÉCOCE ET QUELLES SONT LES SOLUTIONS QUI PERMETTRAIENT DE LES SURMONTER ?

QUE RETENIR ?

« C'est forcément
un truc que j'ai fait »

« Vous êtes jeune,
vous allez retomber
enceinte assez
facilement »

« Vous venez de perdre
quelque chose dont vous
rêviez, alors la dernière chose
que vous voulez entendre est :
Oh, eh bien, vous pouvez
réessayer. »

- Maladresse des soignant·es et des proches
- Manque de coordination entre les ressources
- Solitude des mères
- Tabou autour de la mort
- Pression sociale
- Contraintes administratives
- Même lieu de prise en charge que les femmes enceintes sans complication

- Personnel médical
- Intervenants paramédicaux et associés
- Suivi possible à long terme
- Rituels
- Associations
- Flyers
- Site internet

RESSOURCES

OBSTACLES

« Je veux juste que les
gens en parlent, parce
que c'est, je veux dire, je
trouve que c'est un sujet
vraiment tabou »

Le lit volant de Frida Kahlo



ET MAINTENANT ?

- Formation à l'accompagnement du deuil (écoute active, vocabulaire adéquat, pas de banalisation)
- Mise en place d'une permanence des associations spécialisées dans le deuil prénatal (Adessia, Naitr'étoile)
- Complémentation du soutien immédiat avec divers professionnels dont un·e psychologue, un·e aumônier·ère et les associations intervenant dès l'annonce de la perte de grossesse
- Unité dédiée à la prise en charge des pertes de grossesses (centre du deuil)
- Création d'une guideline pour la prise en charge des pertes de grossesses précoces dédiée aux professionnel·les de la santé

RÉFÉRENCES

- Galeotti M, Mitchell G, Tomlinson M et al. Factors affecting the emotional wellbeing of women and men who experience miscarriage in hospital settings: a scoping review. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22(270). DOI : 10.1186/s12884-022-04585-3
- Eckert V, Coquillat F. Perte de grossesse précoce: un deuil invisible. Revue d'information sociale (en ligne). 10 janvier 2022 (cité le 19 juin 2025). Disponible: <https://www.reiso.org/document/8409uu>
- Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. "It's just one of those things people don't seem to talk about..." women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. BMC Womens Health. 2018;18(1):176. DOI :10.1186/s12905-018-0672-3

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement l'ensemble des intervenant·es ainsi que notre tuteur, Charles Bonsack, pour leur précieuse contribution.

CONTACTS

maeva.edgar@unil.ch, justine.jorg@unil.ch, noemie.pasche@unil.ch, aaranii.rajaratnam@unil.ch, samantha.roboliolo@unil.ch

