



Population & Sociétés

En France, environ une femme sur cinq vivra une fausse couche au cours de sa vie

M C Compans*, Hélène Malmanche* et Heini Väisänen*

Toutes les grossesses ne donnent pas lieu à une naissance. Certaines, comme les fausses couches, sont interrompues de manière spontanée. Comment définit-on une fausse couche et mesure-t-on sa fréquence dans la population ? Le risque de fausse couche varie-t-il selon l'âge ou le niveau d'études ? Quelle est l'expérience des femmes quant à leur prise en charge médicale ? Les autrices répondent à ces questions en s'appuyant sur plusieurs sources de données complémentaires⁽¹⁾.

Une fausse couche, c'est-à-dire un arrêt précoce et spontané de grossesse, est un événement fréquent mais encore peu étudié. Le sujet est d'importance car l'expérience d'une fausse couche n'est pas banale et peut affecter durablement la vie des femmes et hommes concernés. La prise en charge médicale de ces fausses couches est aussi d'actualité : le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) révisé actuellement ses recommandations sur la prise en charge des arrêts spontanés de grossesse du premier trimestre. Les recherches de l'équipe Social Inequalities in the Risk and Aftermath of Miscarriage (SOC-MISC) apportent ici des éléments nouveaux sur cette thématique⁽²⁾.

Qu'est-ce qu'une fausse couche ?

Dans le langage courant, « fausse couche » désigne un arrêt de grossesse précoce et spontané. Cette expression est cependant remise en question (encadré 1) car elle peut laisser entendre que la grossesse n'est pas réelle ou que le sentiment de perte est illégitime. Nous la retenons malgré tout parce qu'elle est la forme la plus largement comprise et englobe la plus grande diversité d'expériences. En France, le périmètre de sa définition a évolué au fil du temps : entre 1993 et 2001, les arrêts spontanés de grossesse jusqu'à vingt-huit semaines d'aménorrhée (durée

Encadré 1. Évolutions de la terminologie dans la langue française

La qualification des grossesses dont le développement s'arrête spontanément avant qu'une naissance viable ne soit possible a largement évolué au cours du temps. La médecine du XVIII^e siècle distinguait déjà les « faux germes » – masses informes sans embryon reconnaissable – des « fausses couches », terme alors synonyme d'avortement spontané. Cette coexistence persiste aujourd'hui : si l'expression « fausse couche » s'est imposée dans le langage courant, « avortement spontané » reste l'emploi médical de référence dans la Classification internationale des maladies (CIM-10, codes O03). Les formulations telles que « perte de grossesse » ou « arrêt précoce de grossesse » sont apparues plus récemment ; elles traduisent une volonté, d'une part, de mieux rendre compte de la diversité des situations cliniques et des vécus et, d'autre part, de les distinguer d'autres situations comme les interruptions volontaires de grossesse (IVG ou avortements) ou les interruptions médicales de grossesse (IMG, lorsque la grossesse est volontairement arrêtée pour des raisons liées à la viabilité ou à la santé materno-fœtale). Ces évolutions de la terminologie témoignent des transformations du regard social et de la médecine sur cet événement reproductif. En l'absence de consensus quant aux autres formulations, sur les plans scientifique et clinique, et aussi du point de vue des expériences individuelles, nous avons choisi d'utiliser ici l'expression courante « fausse couche », qui présente également l'avantage d'englober la plus grande diversité d'expériences.

(1) Données des figures au format Excel disponibles dans la rubrique « Données associées » (sur www.ined.fr).

(2) Remerciements : Cette recherche a été financée par l'Union européenne (European Research Council, SOC-MISC, convention de subvention n° 101077594). Les points de vue et opinions exprimées sont toutefois celles des autrices et ne reflètent pas nécessairement celles de l'Union européenne ou de l'Agence exécutive du Conseil européen de la recherche. Ni l'Union européenne ni l'autorité subventionnaire ne peuvent en être tenues pour responsables. Les autrices remercient également la Fondation Solimut Mutuelle de France pour son soutien à la réalisation de l'étude qualitative de ce projet.

* Institut national d'études démographiques (Ined).

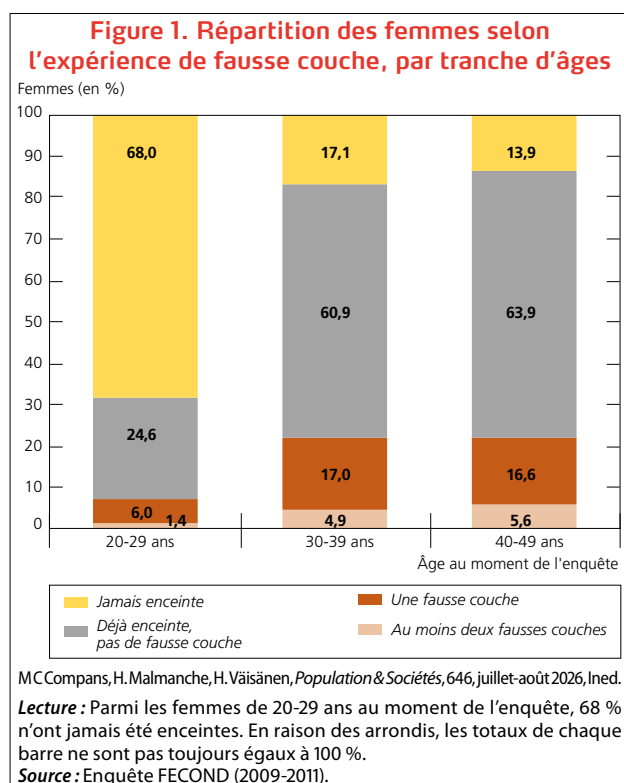
depuis le premier jour des dernières règles) étaient considérés comme des fausses couches. En 2001, les critères ont été modifiés de sorte que seuls les arrêts de grossesse jusqu'à vingt-deux semaines d'aménorrhée sont désormais inclus. Au-delà, on parle d'enfants mort-nés (mortinaissances). En outre, depuis 2008, une fausse couche dite tardive (entre quatorze et vingt-deux semaines d'aménorrhée) peut être déclarée à l'état civil comme un enfant mort-né [1 ; 2].

Environ une femme sur quatre ayant déjà été enceinte a fait un jour l'expérience d'une fausse couche

L'enquête Fécondité, contraception, dysfonctions sexuelles (FECOND, 2009-2011) permet de reconstituer l'historique des grossesses déclarées par les personnes interrogées. Ainsi, parmi les femmes de 40-49 ans au moment de l'enquête, qu'elles aient déjà été enceintes ou non, plus d'une sur cinq (22 %) a vécu au moins une fausse couche. Plus précisément, 17 % ont fait l'expérience d'une seule fausse couche, et 6 % en ont connu deux ou plus (figure 1). En revanche, seules 7 % des femmes de 20-29 ans au moment de l'enquête avaient vécu au moins une fausse couche, mais plus de la moitié de ces répondantes (68 %) n'avaient jamais été enceintes. Enfin, parmi les femmes de 30-39 ans au moment de l'enquête, 17 % ont vécu une fausse couche et 5 % en ont vécu plusieurs (figure 1).

Ainsi, parmi les femmes de 40-49 ans ayant déjà été enceintes, environ un quart a déjà fait l'expérience d'une fausse couche.

Des données de nature différente permettent de mesurer la prévalence des fausses couches, c'est-à-dire le risque qu'une grossesse se termine de cette façon. Ces données présentent chacune leurs avantages et limites, mais leur articulation permet de mieux quantifier ce risque.



D'après l'enquête FECOND (encadré 2), 14 % des grossesses déclarées par les enquêtées de tous âges se terminent par une fausse couche (figure 2) ; ce chiffre est cohérent avec les estimations de la littérature internationale, qui situent souvent cette proportion entre 12 % et 19 % [3]. En outre, parmi ces fausses couches, 8 % sont (au-delà de quatorze semaines aménorrhée) tardives, de sorte que 0,6 % de toutes les grossesses déclarées se sont terminées par une fausse couche tardive. La grande majorité des fausses couches identifiées a donc lieu pendant le premier trimestre de la grossesse.

Encadré 2. Données utilisées

a) L'enquête Fécondité, contraception et dysfonctions sexuelles (FECOND), 2009-2011

L'enquête FECOND a été réalisée en 2009-2011 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut national d'études démographiques (Ined) auprès de 5 275 femmes et 3 373 hommes âgés de 15 à 49 ans. Elle porte sur plusieurs thématiques de santé sexuelle et reproductive et permet de reconstituer rétrospectivement l'historique des grossesses déclarées par les personnes interrogées. Après avoir indiqué le nombre de grossesses déjà vécues, les répondantes ont été interrogées sur l'issue de chacune de leurs grossesses, l'une des catégories étant « une fausse couche ou un œuf clair ». Le questionnaire complet est disponible sous ce lien : <https://data.ined.fr/index.php/catalog/61>

b) Les données administratives du Système national des données de santé (SNDS), 2013-2023

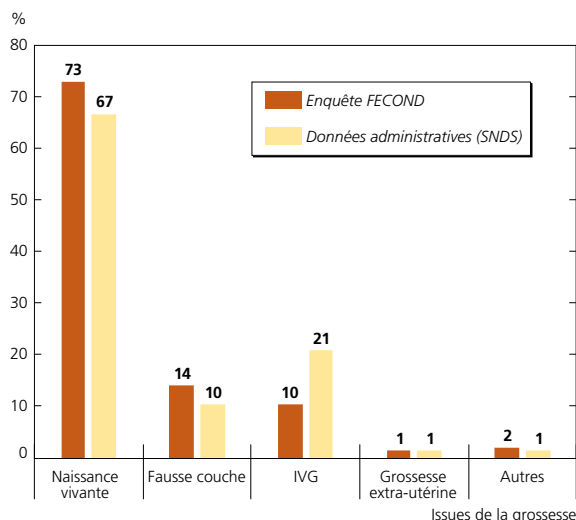
Le SNDS regroupe plusieurs bases de données de santé, notamment celles de l'Assurance maladie et des hôpitaux (Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]). Il couvre l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance maladie en France. Lorsqu'une fausse couche a donné lieu à un séjour à l'hôpital, elle est directement identifiée à partir des codes de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) dans le PMSI. Pour celles qui n'entraînent pas de séjour à l'hôpital, on procède à une identification indirecte à partir des parcours d'échographie qui s'interrompent après le premier trimestre de grossesse, ou de grossesses déclarées à l'Assurance maladie mais qui n'ont pas donné lieu à un accouchement [4]. Ces données ne permettent donc pas de capter les fausses couches qui n'ont pas engendré de prise en charge médicale pouvant servir à les identifier. De plus, ces informations n'étant disponibles qu'à partir de 2013, on n'observe pas l'ensemble de l'historique de grossesse des femmes, mais seulement celles survenues depuis cette date. Les données de 2023 sont les plus récentes disponibles au moment de l'analyse.

c) L'enquête Fausses couches et inégalités sociales (Fiso), 2025

L'enquête Fiso est une enquête qualitative par entretiens semi-directifs menée en 2025 par les membres de l'équipe SOC-MISC (Ined). Elle a permis de recueillir quarante et un entretiens avec des femmes ayant connu une fausse couche au cours des cinq dernières années en France hexagonale. Les personnes interrogées ont été recrutées grâce à un appel à témoignage diffusé dans des salles d'attente de lieux de soins dans quatre départements ($n = 20$), à une communication sur les réseaux sociaux ($n = 15$) et par l'effet boule de neige ($n = 6$). Cette enquête a pour objectif de documenter la diversité des situations et des vécus de la fausse couche en France. Elle s'intéresse plus particulièrement aux perceptions et définitions individuelles de la fausse couche par les personnes concernées pour améliorer le suivi des fausses couches dans les enquêtes épidémiologiques ; à l'expérience de la prise en charge médicale afin de mieux comprendre les parcours de soin dans le système français ; et, enfin, aux conséquences des fausses couches sur la santé mentale ainsi que leur retentissement à moyen et long terme.

Les données administratives du Système national des données de santé (SNDS) indiquent une proportion de grossesses se terminant par une fausse couche de l'ordre de 10 % pour la période 2013-2023 ; c'est donc une proportion inférieure à celle de l'enquête FECOND, en très légère diminution au cours de la période. Cet écart de niveau avec les résultats de l'enquête s'explique par le fait que ces données administratives identifient un peu moins bien les fausses couches (voir encadré 2), mais

Figure 2. Répartition des grossesses selon leur issue



MC Compans, H. Malmanche, H. Väisänen, *Population & Sociétés*, 646, juillet-août 2026, Ined.

Lecture : Parmi les grossesses déclarées dans l'enquête FECOND, 73 % se terminent par une naissance vivante.

Note : Une seule issue par grossesse est enregistrée. La catégorie « autres » comprend les interruptions médicales de grossesse (IMG), les grossesses molaïres (œuf anormal avec dégénérescence proliférative du placenta) et les mortinaissances.

Champ : Toutes les grossesses de femmes de 15-49 ans.

Sources : Enquête FECOND (2009-2011) et Système national des données de santé (SNDS), 2013-2023.

enregistrent mieux les interruptions volontaires de grossesse (IVG) que les enquêtes (où celles-ci tendent à être sous-déclarées) [5]. Ces deux effets conduisent à une part plus faible des fausses couches dans le total des grossesses dans les données administratives par rapport aux données d'enquêtes.

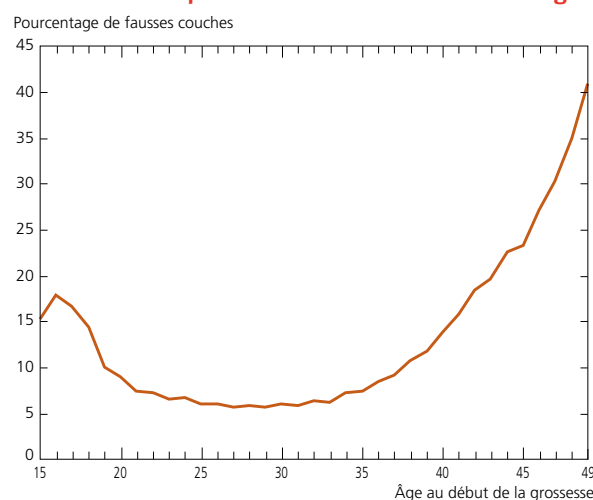
Un risque de fausse couche plus élevé avant 20 ans et surtout après 34 ans

L'âge est le principal facteur de risque de fausse couche. Nous mobilisons ici les données administratives en raison de trop faibles effectifs pour chaque âge précis au début de la grossesse dans les données d'enquête. La probabilité qu'une grossesse se termine par une fausse couche est relativement élevée, dépassant 10 % chez les femmes de moins de 20 ans, puis diminue avec l'âge, avant d'augmenter de nouveau à partir de 34 ans (figure 3). Cette courbe en J correspond aux résultats de la littérature internationale [3]. Ainsi, chez les femmes enceintes de 35 ans, 8 % des grossesses identifiées dans le SNDS se terminent par une fausse couche, tandis que cette proportion atteint 14 % pour celles survenues à 40 ans, 23 % à 45 ans et encore plus au-delà.

Le risque de fausse couche varie peu selon le niveau de diplôme ou la situation financière

Selon l'enquête FECOND, le taux de fausse couche est similaire, de l'ordre de 14 %, quel que soit le niveau d'études des femmes [6]. Par ailleurs, les grossesses de femmes qui rapportent ne pas avoir eu de difficultés financières au moment de la conception présentent un risque de fausse couche légèrement plus élevé que celles qui en ont eu, mais ces différences ne sont pas significatives. Ces résultats sont similaires, que l'on ajuste ou non par l'âge (figure 4).

Figure 3. Pourcentage de grossesses se terminant par une fausse couche selon l'âge

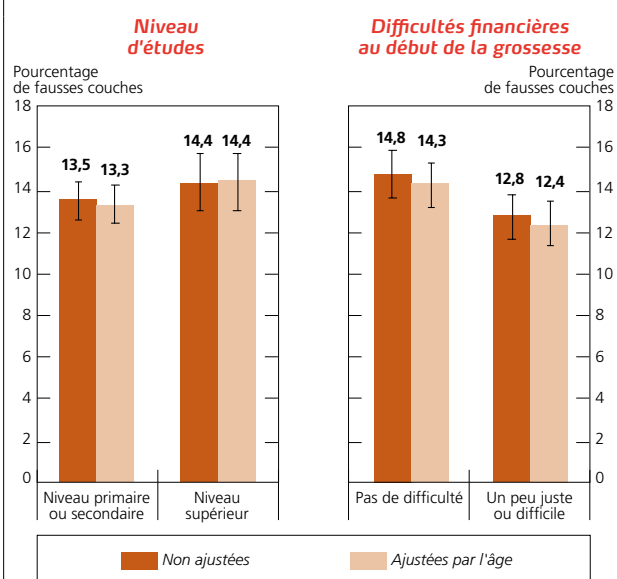


MC Compans, H. Malmanche, H. Väisänen, *Population & Sociétés*, 646, juillet-août 2026, Ined.

Lecture : Près de 15 % des grossesses chez les femmes enceintes à l'âge de 15 ans se terminent par une fausse couche, par opposition à une autre issue de la grossesse (naissance vivante, avortement, grossesse extra-utérine, mortinaissance, interruption médicale de grossesse ou autre arrêt de la grossesse).

Source : Système national des données de santé (SNDS), 2013-2023.

Figure 4. Probabilités qu'une grossesse se termine par une fausse couche selon le niveau d'études et la situation financière



MC Compans, H. Malmanche, H. Väisänen, *Population & Sociétés*, 646, juillet-août 2026, Ined.

Lecture : Parmi les femmes ayant un niveau d'études primaire ou secondaire, 13,5 % connaissent une fausse couche. À âge donné, le pourcentage pour cette même catégorie est de 13,3 %. Les barres représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Champ : Toutes les grossesses de femmes de 15-49 ans.

Source : Enquête FECOND (2009-2011).

Les soins à la suite d'une fausse couche

Lorsque les fausses couches font l'objet d'une prise en charge médicalisée, les standards médicaux internationaux définissent trois attitudes possibles : l'expectative (abstention d'intervention), le traitement médicamenteux (principalement par misoprostol) et le traitement chirurgical (aspiration). Il se peut

aussi que la fausse couche soit déjà achevée au moment de la consultation. Dans ce cas, aucun traitement n'est nécessaire et l'examen médical permet de confirmer le diagnostic de fausse couche.

En France, que la fausse couche donne lieu à une hospitalisation ou à un traitement par un médecin en cabinet, elle est prise en charge par la Sécurité sociale. En pratique, très peu de fausses couches font l'objet de soins en cabinet uniquement : soit les personnes se rendent directement aux urgences, soit elles y sont envoyées par un praticien exerçant en cabinet afin que le diagnostic soit confirmé et/ou que les éventuels traitements soient mis en place.

Par ailleurs, la part des fausses couches donnant lieu à des hospitalisations tend à diminuer. C'est le cas en France ainsi que dans d'autres pays européens [4], ce qui reflète probablement le choix croissant de l'expectative ou du traitement médicamenteux plutôt que de l'intervention chirurgicale. Ces deux premières options sont moins invasives et permettent d'éviter un séjour à l'hôpital.

Une partie des fausses couches se déroule également sans aucune consultation médicale, mais elle est difficile à quantifier, faute de données. L'enquête qualitative Fausses couches et inégalités sociales (Fiso), menée en 2025 (voir encadré 2), montre que certaines femmes choisissent de ne pas consulter lorsque la fausse couche survient très tôt après la découverte de la grossesse, lorsqu'elles n'ont pas de doute sur ce qu'elles vivent, ou encore lorsqu'elles rattachent l'événement à un « processus naturel » ne nécessitant pas de prise en charge médicale.

Vers une meilleure prise en charge médicale : l'amorce d'un changement

La prise en charge aux urgences gynécologiques est souvent vécue comme inadaptée par celles qui y sont accueillies. Ainsi, pour la très grande majorité des quarante et une femmes interrogées lors de l'enquête qualitative Fiso, il existe un décalage entre leurs attentes ainsi que leurs besoins et les soins qui leur sont délivrés à l'hôpital : attente dans un environnement partagé avec des femmes enceintes ou en travail ; manque d'information sur le déroulement des soins et les suites prévisibles – notamment lors d'une expulsion de l'embryon ou du fœtus ; absence de proposition d'arrêt de travail ou d'orientation vers un soutien psychologique ; paroles maladroites, voire blessantes, de la part des praticiens ; absence de suivi médical après la fausse couche.

Ces constats soulignent la nécessité de repenser les soins délivrés lors d'un arrêt précoce de grossesse. Des évolutions sont déjà en cours, tant au niveau institutionnel que des pratiques cliniques. Depuis septembre 2024, un congé sans jour de carence (indemnisé dès le premier jour d'arrêt) est accessible aux femmes ayant vécu une fausse couche, mais cette mesure reste encore peu connue des soignants et soignantes. En outre, la rédaction des nouvelles recommandations pour la pratique

clinique de la prise en charge des fausses couches, à laquelle l'équipe SOC-MISC a participé, pourrait contribuer à l'amélioration du vécu des parcours de soin pour les personnes concernées. Enfin, faire l'expérience d'une fausse couche pourrait aussi avoir des répercussions sur les comportements et les intentions ultérieures en matière de fécondité, ainsi que sur la santé mentale et physique. Ces questions restent à explorer dans de futurs travaux.

Références

- [1] Garabedian C., Sibiude J., Anselem O., Attie-Bittach T., Bertholdt C. et al. 2024. Mort fœtale : consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français. *Gynécologie, obstétrique, fertilité et sénologie*, 52(10), 549-611. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.07.005>
- [2] Taviani A., Tomkinson J. et Breton D. 2024. L'enfant sans vie en France : plus d'une femme sur deux a au moins un autre enfant par la suite. *Population et sociétés*, 624. <https://doi.org/10.3917/popsoc.624.0001>
- [3] Quenby S., Gallos I., Dhillon-Smith R. K., Podesek M., Stephenson M. D. et al. 2021. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397, 1658-1667. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- [4] Compans M.-C., Malmanche H. et Väisänen H. 2026. *Clinical and sociodemographic determinants of miscarriage hospitalisation: Evidence from French healthcare records*. SocArXiv. https://doi.org/10.31235/osf.io/ud76b_v1
- [5] Scott R. H., Bajos N., Wellings K. et Slaymaker E. 2019. Comparing reporting of abortions in three nationally representative surveys: methodological and contextual influences. *BMJ Sexual and Reproductive Health*, 45(3), 213-219. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2019-200321>
- [6] Compans M.-C. et Väisänen H. 2025. Social patterns of miscarriage reporting and risk: insights from survey data in France. *European Journal of Public Health*, 35(5), 954-959. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf099>

Résumé

En France, plus d'une femme de 40-49 ans sur cinq a déjà vécu une fausse couche, soit une femme sur quatre ayant déjà été enceinte. Les fausses couches terminent ainsi entre 10 et 14 % des grossesses. Le risque augmente avec l'âge à partir d'environ 34 ans, mais n'est pas lié au niveau d'études ni aux difficultés financières. La prise en charge médicale aux urgences gynécologiques des hôpitaux est souvent vécue comme inadaptée par les patientes. Des évolutions récentes (congé sans carence) et à venir (nouvelles recommandations pour la pratique médicale) amorcent un changement nécessaire.

Mots-clés

fausse couche, France, arrêt précoce de grossesse, santé reproductive, SNDS, enquête FECOND, prise en charge médicale