



Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP  
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

# Pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud

Stéphanie Locicero, Brenda Spencer

RAISONS DE SANTÉ 244 – LAUSANNE

*Unil*  
UNIL | Université de Lausanne



## Raisons de santé 244

**Étude financée par :** Canton de Vaud, Service de la Santé Publique (SSP)

**Citation suggérée :** Locicero S, Spencer B. Pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016. (Raisons de santé 244).

<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/244>

**Remerciements :** Nous remercions Anne-Sophie Rioux pour son travail sur la législation (Chapitre 8).

Nous souhaitons également remercier les gynécologues, les conseillers.ères en santé sexuelle et nos experts pour avoir accepté de participer à cette étude.

**Date d'édition :** Avril 2016

# Table des matières

1	Résumé.....	7
2	Introduction .....	13
2.1	Le monitoring des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud.....	15
2.2	Etudes antérieures.....	15
2.3	Questions de recherche .....	17
3	Méthode .....	19
3.1	Informatrices clés.....	21
3.2	Cartographie des acteurs impliqués .....	22
3.3	Echantillonnage des institutions et des personnes impliquées.....	23
3.4	Entretiens semi-directifs.....	26
3.4.1	Grille d'entretien.....	26
3.4.2	Déroulement des entretiens et le traitement des données.....	26
4	Résultats .....	27
4.1	Les consultations pour une interruption de grossesse .....	29
4.1.1	Lieux de consultations.....	29
4.1.2	Les différentes étapes pour une interruption de grossesse .....	29
4.1.3	Première étape : constatation de la grossesse et détection des ambivalences.....	30
4.1.4	Deuxième étape : intervention .....	31
4.1.5	Troisième étape : contrôle après l'interruption de grossesse.....	37
4.1.6	Prises en charge spécifiques.....	38
4.1.7	Nombre de rendez-vous et délai de prise en charge .....	41
4.1.8	Un délai de réflexion est-il imposé aux femmes ? .....	42
4.1.9	A partir de combien de semaines d'aménorrhée une interruption est-elle possible ?.....	44
4.1.10	Entourage de la femme : seule ou accompagnée ?.....	44
4.1.11	La contraception .....	45
4.1.12	Coût d'une interruption de grossesse .....	45
4.2	Les femmes ont-elles le choix de la méthode pour interrompre leur grossesse ?.....	47
4.3	Diffusion de la méthode médicamenteuse dans les différents établissements .....	48
4.4	Accès à l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud.....	50
4.5	Démarches administratives .....	55
4.6	Relations entre les professionnels concernés par l'interruption de grossesse sur le canton de Vaud.....	58
5	Discussion .....	61
5.1	Accès à l'interruption de grossesse .....	63
5.2	Complexité de la prise en charge.....	64
5.2.1	Délai de prise en charge.....	64
5.2.2	Méthodes et protocoles d'interruption de grossesse .....	66
5.2.3	Déclaration obligatoire .....	67
6	Références.....	69
7	Annexes.....	73
7.1	La législation.....	75

7.1.1	Interruptions de grossesse et principes éthiques.....	75
7.1.2	Interruption et cadre légal.....	76
7.1.3	Assurance Maladie et IG.....	78
7.2	Formulaire de déclaration.....	79

## Liste des tableaux

Tableau 1	Plan d'échantillonnage prévu et entretiens réalisés avec des médecins gynécologues et conseillères en santé sexuelle .....	25
Tableau 2	Protocoles recommandés et protocoles suivis pour les interruptions de grossesse médicamenteuses .....	33
Tableau 3	Avantages et inconvénients des méthodes d'interruption de grossesse : médicamenteuse vs. chirurgicale .....	35
Tableau 4	Nombre de rendez-vous pour une interruption de grossesse .....	42

## Liste des figures

Figure 1	Répartition des acteurs impliqués dans les interruptions de grossesse sur le canton de Vaud (données search.ch au 13.11.2014) .....	23
Figure 2	Les différentes étapes pour une interruption de grossesse jusqu'à 12 SA .....	30
Figure 3	Diffusion de la méthode médicamenteuse par lieu d'intervention, 2006-2012 .....	48
Figure 4	Proportion des interruptions de grossesse par lieu d'intervention et par année (2006-2012) .....	52



# 1

## Résumé



# 1 Résumé

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) est chargé depuis 1993 par le Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) de réaliser le suivi statistique des interruptions de grossesse effectuées dans le canton de Vaud. L'analyse des tendances épidémiologiques, avec des données disponibles depuis plus de 20 ans, a fait l'objet d'un précédent rapport : « Evolution de l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud 1990-2012 ». Nous y avons également présenté les données statistiques concernant la pratique des différentes institutions déclarant des interruptions de grossesse : importance de la pratique, caractéristiques des femmes concernées, méthodes d'intervention, durée de grossesse. Il est apparu que nous ne disposions pas de suffisamment d'éléments de contexte permettant d'expliquer les données présentées. Ces constats nous ont amené à réaliser une étude qualitative auprès des acteurs du système de soins pratiquant des interruptions dans le canton de Vaud. Cette étude cherche à déterminer les pratiques et logiques à l'œuvre dans les différentes institutions du canton de Vaud. Dans ce contexte, par "institution", nous comprenons aussi bien les cabinets de gynécologues installés en ville que les hôpitaux publics et les cliniques privées. Les questions de recherche sont :

- Comment se passe **la consultation** lorsque la femme demande une interruption ? Quelle procédure est suivie et sur quelle base ?
- Concernant le **choix de la méthode**, qui décide et sur quels critères ? Dans quelle mesure ce choix relève-t-il de la volonté de la patiente et dans quelle mesure d'une logique institutionnelle ?
- Comment se passe **la saisie de la déclaration** ? Qui le fait, à quel moment et à quel endroit ? Qui est responsable pour l'exactitude des données ? Qui se charge d'envoyer le formulaire ? Quelles informations/quelle formation reçoivent les personnes concernées pour le faire ?

Des entretiens individuels semi-directifs approfondis ont été conduits auprès de professionnels concernés par les interruptions de grossesse dans le canton de Vaud, à savoir les gynécologues installés en cabinet privé et/ou exerçant au sein d'un hôpital régional, en clinique ou au CHUV et les conseillers en santé sexuelle et reproductive. La grille d'entretien a été établie en fonction des questions de recherche. Elle a été construite à partir des données de surveillance, des entretiens auprès des informatrices-clés et de la documentation et littérature disponibles. Le plan d'échantillonnage des acteurs à interviewer, établi selon une approche dite raisonnée, a été décidé sur la base d'une cartographie prenant en compte le type d'acteur et d'établissement ainsi que la répartition géographique et l'importance du nombre d'interruptions pratiquées. Au final, onze médecins et deux conseillères en santé sexuelle ont été interviewés.e.s. Hormis un seul district, tous les districts du canton de Vaud ont pu être couverts. Les entretiens, menés entre janvier et juin 2014, ont été conduits sur le lieu de travail de l'interviewé.e. Enregistrés avec le consentement des personnes interrogées, retranscrits et codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MaxQDA®, leur contenu a fait l'objet d'une analyse thématique.

Les résultats de cette étude fournissent une description détaillée du parcours de la femme depuis son premier contact avec les services de santé jusqu'à l'interruption de sa grossesse. Sa prise en charge est décrite par étape : constatation de la grossesse et de la demande d'interruption, intervention, contrôle après l'interruption de grossesse. Le parcours diffère selon le contexte institutionnel et géographique et selon le type d'intervention qui sera adopté, ainsi que, dans une moindre mesure, selon certaines caractéristiques de la femme elle-même. Quant à la méthode d'interruption, les différents facteurs pouvant intervenir dans son choix ont été mis en évidence. Le contexte de la saisie du formulaire de déclaration obligatoire ainsi que d'autres démarches administratives ont également été clarifiés. L'étude a permis à toutes les étapes de la prise en charge de clarifier les différentes logiques institutionnelles à l'œuvre.

Au vu des données de surveillance, on peut conclure que le système en place dans le canton pour l'interruption de grossesse fonctionne relativement bien. Par ailleurs, les indicateurs ne montrent pas d'inégalités en termes d'accès à cette prestation selon les caractéristiques de la femme. La présente étude n'a pas démenti cette impression : en examinant de plus près le contexte, le système s'avère efficace dans son ensemble et permet à toute femme souhaitant terminer sa grossesse de le faire dans le cadre de la loi en vigueur. Néanmoins, un approfondissement de la situation, rendu possible par la présente étude, a relevé un certain nombre de contraintes dans le système qui empêchent un fonctionnement tout à fait optimal.

On constate, par exemple, une inégalité en termes de facilité d'accès à l'interruption, surtout si une femme cumule un certain nombre de caractéristiques telles que vivre en zone rurale, être mineure, ne pas être déjà patiente d'une gynécologue. La mise en place de la méthode médicamenteuse est hétérogène entre les différents établissements de santé et les différents praticiens. Sa diffusion s'est passée de façon inégale selon le type d'établissement. Néanmoins, quel que soit le lieu de l'intervention depuis 2006, cette méthode est de plus en plus utilisée. Différentes hypothèses pouvant expliquer les différences constatées ont émergé de la recherche. Dans la majorité des cas, les femmes peuvent choisir la méthode, mais jusqu'à une certaine limite. Elles ont le choix en fonction de ce qui est possible médicalement par rapport au stade de leur grossesse, mais également selon les compétences de leur médecin vis-à-vis de certaines pratiques. Dans certains cas, la perception du médecin de la capacité de sa patiente à suivre le protocole pour la prise de médicaments à la maison joue aussi un rôle.

Par ailleurs, selon le lieu ou le médecin rencontré, la méthode médicamenteuse sera proposée jusqu'à 9 semaines ou alors uniquement jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. Il existe aussi des disparités dans les protocoles suivis pour l'administration de la méthode médicamenteuse et dans la technique d'interruption chirurgicale utilisée. Enfin, à cause des différentes logiques de prise en charge, un accompagnement psychosocial ne sera pas toujours proposé à la femme concernée. Le rôle de la conseillère en santé sexuelle et reproductive semble peu valorisé au sein des différents établissements de santé, sauf au CHUV. Les établissements travaillent parfois en relation, de manière informelle ou formelle, avec les centres de consultation de Profa, mais dans l'ensemble, le réseau est morcelé et tous les acteurs liés de près ou de loin à l'interruption de grossesse n'ont pas conscience de l'existence de ce réseau. Il serait nécessaire de le développer et le renforcer afin qu'il soit plus efficace dans la prise en charge des femmes concernées et dans l'égalité d'accès à l'interruption de grossesse sur tout le territoire vaudois.

Le caractère obligatoire de la déclaration de certaines données socio-démographiques, de données sur la fécondité, au recours antérieur à l'interruption de grossesse, de caractéristiques de l'interruption et du lieu d'intervention semble acquis mais l'intérêt de le faire n'est pas forcément compris. Une certaine frustration liée à une perception de "paperasse supplémentaire" peut se faire sentir. Il serait donc important de trouver des moyens pour mieux impliquer les acteurs de terrain dans le monitoring des interruptions de grossesse, par exemple, en identifiant les modes de diffusion des statistiques vaudoises les plus susceptibles de susciter leur attention.

En conclusion, le système actuel, bien que robuste, pourrait bénéficier de certaines modifications afin de régulariser les disparités constatées. Afin que les modifications soient faisables et acceptables par les acteurs concernés par l'interruption de grossesse dans le canton, elles devraient être élaborées par des représentant.e.s de toutes les parties prenantes, informé.e.s par les données quantitatives et qualitatives maintenant disponibles.



# 2

# Introduction



## 2 Introduction

### 2.1 Le monitoring des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) est chargé depuis 1993 par le Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) de réaliser le suivi statistique des interruptions de grossesse<sup>a</sup> effectuées dans le canton de Vaud. Ce mandat de suivi comprend la collecte des formulaires de déclaration d'interruptions de grossesse, la saisie de ces informations dans une base de données informatique, la production et la valorisation d'un rapport annuel sur l'évolution des recours à l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud ainsi que la participation aux discussions sur les orientations de prévention découlant des analyses statistiques.

L'analyse des tendances épidémiologiques, avec des données disponibles depuis plus de 20 ans, a fait l'objet d'un précédent rapport<sup>1</sup>. Nous y avons également présenté les données statistiques concernant la pratique des différentes institutions déclarant des interruptions de grossesse : importance de la pratique, caractéristiques des femmes concernées, méthodes d'intervention, durée de grossesse. Il est apparu que nous ne disposions pas de suffisamment d'éléments de contexte permettant d'expliquer les données présentées. Cela a été particulièrement frappant lorsque nous avons voulu analyser la diffusion de la méthode médicamenteuse selon l'établissement de santé<sup>2</sup>. Le monitoring des interruptions a permis de mettre en évidence des différences dans la diffusion de cette méthode dans le canton de Vaud, mais les déterminants des différences observées nécessitent une investigation particulière. Ces constats nous ont emmené à mener une étude qualitative auprès des acteurs du système des soins, notamment les gynécologues pratiquant des interruptions dans le canton de Vaud.

### 2.2 Etudes antérieures

L'interruption de grossesse est un thème largement étudié dans la littérature, notamment sous l'angle de la prise en charge (facilité d'accès, proposition d'un entretien pré-intervention), de l'efficacité des méthodes d'interruption (médicamenteuse ou chirurgicale), de la qualité des soins ou du libre choix de la femme quant à la méthode d'interruption. Cependant, une analyse de la prise en charge liée au contexte, par exemple, la procédure à suivre ou la faveur d'une méthode plutôt qu'une autre en fonction du lieu où se passe l'intervention, se fait plus rare. Les constats des quelques études ayant examiné ces thèmes en Suisse et en France (pays culturellement et géographiquement proche de la Suisse Romande) sont résumés ci-dessous.

---

<sup>a</sup> Dans le cadre de ce rapport, l'expression « interruption de grossesse » est préférée à « interruption volontaire de grossesse », compte tenu du fait que certaines interruptions sont motivées par des motifs strictement médicaux (maladie de la mère ou du fœtus).

Une étude de Perrin et al., réalisée en Suisse Romande entre 2005 et 2010, s'est intéressée d'une part au parcours des femmes ayant eu une interruption<sup>3</sup> et, d'autre part, au point de vue des professionnels de la santé et du social dans le cadre des nouvelles dispositions du Code pénal (Art. 119-120 CP, 02.06.2002)<sup>4</sup>. Le parcours des femmes a été analysé par un questionnaire en face à face avec des femmes ayant eu une interruption dans le délai des 12 semaines d'aménorrhée (SA) et ayant consulté un centre de planning familial (281 femmes ont pu être interviewées). Quatre indicateurs principaux décrivant le parcours des femmes ont été mesurés : le nombre de jours d'attente entre la prise de décision et l'intervention (12 jours en moyenne) ; le nombre de rendez-vous avant l'intervention (3 en moyenne) ; la méthode d'intervention ; le coût (1360 CHF en moyenne). Il est ressorti de cette étude que les lois cantonales ainsi que la taille des établissements de santé jouaient un rôle important dans le parcours des femmes. Concernant l'avis des professionnels de santé, tous étaient d'accord sur la suppression de la seconde opinion d'un gynécologue pour pouvoir accorder une interruption à une femme<sup>4</sup>. En revanche, leurs avis divergeaient concernant l'exigence d'un temps de réflexion avant l'intervention, l'accès des mineurs sans consentement parental, l'accès à la méthode médicamenteuse et le droit de refuser de pratiquer une interruption de grossesse pour des raisons personnelles au sein d'un hôpital public. La loi prévoit une clause de conscience pour le médecin, mais il doit informer au plus vite la patiente de son refus de pratiquer une interruption de grossesse (détails en **annexe 8.1**). Perrin et al. ont montré que les professionnels ne remettaient pas en question le droit à l'interruption de grossesse jusqu'à 12 SA mais étaient cependant en désaccord entre eux sur les procédures et pratiques concernant cette intervention.

Sept ans après la votation du régime du délai, Rey et Seidenberg, membres de l'Association de professionnels de l'avortement et de la contraception, ont analysé les pratiques des hôpitaux et cliniques en Suisse notamment sur les méthodes utilisées et la pratique des interruptions au-delà des 12 SA (Rey & Seidenberg, 2010<sup>5</sup>). Ils concluent que sur les 93 établissements de santé pratiquant des interruptions, la très grande majorité pratique aussi bien la méthode médicamenteuse que chirurgicale au cours du premier trimestre de grossesse. Un peu moins de la moitié des établissements ont accepté la raison d'une détresse psychologique profonde de la femme pour réaliser une interruption au-delà des 12 SA.

L'étude COCON (Cohorte Contraception), une enquête socio-épidémiologique réalisée entre 2000 et 2004 avec un échantillon représentatif de femmes de 18 à 44 ans, a étudié les pratiques contraceptives et le recours à l'interruption volontaire de grossesse en France. A partir de ces données, Lelong et collaborateurs ont publié des conclusions quant à la prise en charge de l'interruption de grossesse (Lelong et al., 2005<sup>6</sup>). Ils montrent, entre autre, que pour tous les établissements de santé, publics ou privés, un peu moins d'une interruption sur cinq a été réalisée avec la méthode médicamenteuse. Comme le relèvent les auteurs, ces résultats sont différents de la statistique annuelle des établissements de santé en France qui a montré, comme pour la Suisse, une diffusion plus lente de la méthode médicamenteuse dans les établissements privés. Elle montre en effet que la proportion des interruptions médicamenteuses est plus importante dans le secteur public (30%) que dans le secteur privé (23%) en 2000. Cela pourrait s'expliquer par des questions de remboursement de l'intervention.

Une autre enquête française, réalisée en 2007 par la DRESS<sup>b</sup> auprès des structures et des praticiens réalisant des interruptions a montré que le délai de prise en charge est variable et dépend en grande partie de la méthode et du lieu choisi pour l'intervention<sup>7, 8</sup>. Les chercheurs ont également mis en évidence que *le nombre et la dispersion des centres prenant en charge des interruptions, mais aussi la part du secteur public, la taille, les installations et les choix organisationnels des établissements, la formation et l'orientation des équipes* avaient une influence sur les pratiques<sup>9</sup>. Il faut aussi préciser que le secteur public utilise plus la méthode médicamenteuse que le privé (46% vs 38%) et la méthode médicamenteuse est également plus employée dans les petits établissements (moins de 250 interruptions par an) que dans les gros (plus de 1000 interruptions par an).

## 2.3 Questions de recherche

Cette étude qualitative auprès des acteurs impliqués dans la déclaration et la pratique des interruptions de grossesse, menée en complément au monitoring statistique, cherche à déterminer les pratiques et logiques à l'œuvre dans les différentes institutions du canton de Vaud. Dans ce contexte, par "institution", nous comprenons aussi bien les cabinets de gynécologues installés en ville que les hôpitaux publics et les cliniques privées. Les questions de recherche sont :

- Comment se passe **la consultation** lorsque la femme demande une interruption ? Quelle procédure est suivie et sur quelle base ?
- Concernant le **choix de la méthode**, qui décide et sur quels critères ? Dans quelle mesure ce choix relève-t-il de la volonté de la patiente et dans quelle mesure d'une logique institutionnelle ?
- Comment se passe **la saisie de la déclaration** ? Qui le fait, à quel moment et à quel endroit ? Qui est responsable pour l'exactitude des données ? Qui se charge d'envoyer le formulaire ? Quelles informations/quelle formation reçoivent les personnes concernées pour le faire ?

---

<sup>b</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé, France (DRESS).



# 3

## Méthode



## 3 Méthode

La méthode d'investigation proposée est basée sur une approche qualitative, à savoir des entretiens individuels semi-directifs auprès de professionnels concernés par les interruptions de grossesse dans le canton de Vaud : gynécologues installés en cabinet privé et/ou exerçant au sein d'un hôpital régional, en clinique ou au CHUV, conseillers en santé sexuelle et reproductive; ainsi que sur une analyse des documents leur servant de cadre à la pratique des interruptions de grossesse.

La méthode a consisté en diverses étapes :

- L'identification des informatrices clés : la conduite des entretiens servant à approfondir la connaissance des enjeux et du contexte
- La cartographie des acteurs afin de définir le plan d'échantillonnage des entretiens
- La définition de la grille d'entretien
- La conduite, transcription et analyse des entretiens

### 3.1 Informatrices clés

Deux informatrices clés ont été sélectionnées pour leurs connaissances spécialisées et approfondies des interruptions de grossesse : la D<sup>re</sup> Kulier du Service de consultations de santé sexuelle – planning familial de la Fondation Profa<sup>c</sup> – et la D<sup>re</sup> Renteria, médecin adjointe responsable Policlinique au Département de gynécologie-obstétrique du CHUV. Ce choix nous a permis de bénéficier des conseils d'une experte du contexte communautaire et d'une experte du contexte hospitalier. L'entretien avec la D<sup>re</sup> Kulier a été réalisé sur son lieu de travail à Nyon ; nous avons également pu assister à la partie anamnèse d'une consultation pour une interruption de grossesse<sup>d</sup>.

En règle générale, les entretiens avec les informateurs clés nous ont permis de discuter spontanément du sujet et ainsi de construire notre guide d'entretien et faciliter la formulation des questions. Après les premiers entretiens, ces expertes ont également été consultées tout au long de l'étude pour la clarification des questions pointues.

En première instance, les buts principaux des entretiens auprès de ces expertes étaient :

- de comprendre le déroulement d'une consultation pour une demande d'interruption de grossesse à la consultation de santé sexuelle de Profa et au CHUV ; quels sont les professionnels rencontrés par la femme/la femme mineure ;

---

<sup>c</sup> <http://www.profa.ch/fr/>

<sup>d</sup> Après consentement de la patiente.

- d'affiner notre liste de personnes/médecins gynécologues pratiquant des interruptions à interroger ;
- d'identifier les protocoles suivis ou utilisés par les médecins ;
- de mieux comprendre le « réseau » vaudois des professionnels concernés et de cerner la place et le rôle de Profa et du CHUV ;
- d'avoir un aperçu général des relations entre les différents acteurs du canton quant à la prise en charge des femmes ;
- d'être éclairé quant aux types de parcours vécus par les femmes désirant interrompre leur grossesse.

## 3.2 Cartographie des acteurs impliqués

Une femme souhaitant interrompre sa grossesse dans le canton de Vaud a le choix entre plusieurs acteurs ou lieux d'intervention. Elle peut choisir de consulter un.e gynécologue installé.e en cabinet privé, s'orienter vers un des six hôpitaux régionaux, dans une des trois cliniques privées ayant un service de gynécologie ou aller au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne. Elle peut également commencer son chemin par une consultation au Service de consultations de santé sexuelle – planning familial de Profa.

Au CHUV, le Lieu d'Informations et de Soins relatifs à l'Interruption de grossesse (LISI) « propose un accompagnement global afin de répondre au mieux aux besoins des femmes et des hommes confrontés à une grossesse non-désirée ou une grossesse non-voulue ». Ce lieu regroupe une équipe pluridisciplinaire de sages-femmes, conseillères en santé sexuelle et reproductive<sup>e</sup>, médecins gynécologues, échographistes, assistantes sociales, psychologue ou psychiatre.

Les six hôpitaux régionaux sont situés en ville de Morges, Nyon, Vevey, Aigle, Payerne et Yverdon-les-Bains. Les deux cliniques principales sont celle de La Source et la clinique Cecil, toutes deux situées à Lausanne. Celle du Genolier réalise ponctuellement des interruptions. Certains médecins installés en cabinet privé ont leur cabinet au sein même d'un établissement hospitalier ou dans l'environnement très proche d'une clinique.

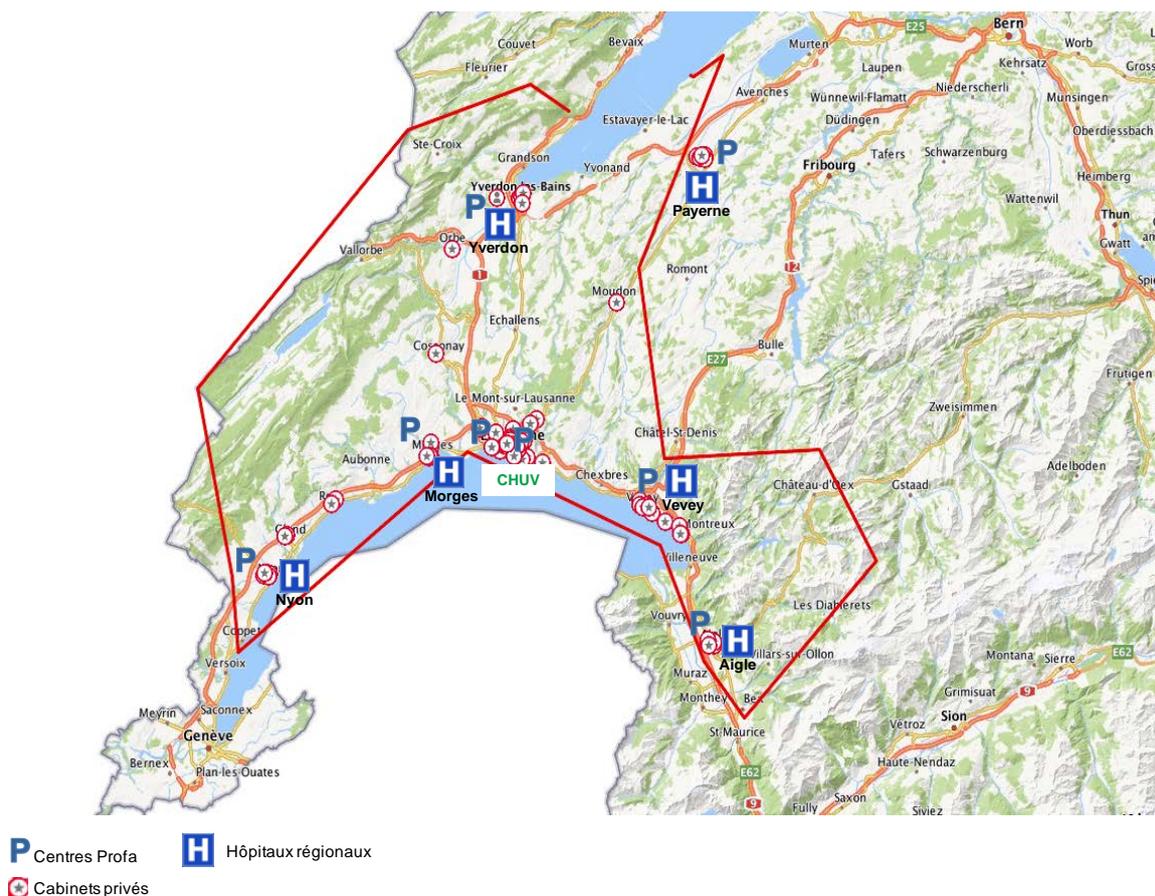
Une simple recherche internet dans un répertoire téléphonique (search.ch) permet d'avoir un aperçu – grossier mais éclairant – de la répartition des gynécologues installés en cabinet privé et inscrits dans l'annuaire, sur le canton de Vaud (**Figure 1**). Les limites du canton ont été tracées en rouge à la main afin d'avoir un aperçu du territoire vaudois et ne reflètent pas exactement la réalité de ses frontières. Au nombre de 138<sup>f</sup>, les gynécologues sont majoritairement répartis sur l'arc lémanique et dans les grandes villes du canton. Sur 10 districts que compte le canton de Vaud, on observe une très faible couverture dans ceux du Jura-Nord Vaudois, le Gros-de-Vaud, la Broye-Vully et le Pays-d'Enhaut. Les zones rurales des districts de Morges, Nyon et Aigle sont également dépourvues de gynécologues.

<sup>e</sup> [www.artcoss.ch/fr/notre-profession-r.html](http://www.artcoss.ch/fr/notre-profession-r.html)

<sup>f</sup> En date du 13.11.2014

Lorsqu'une femme décide d'interrompre sa grossesse sur le canton de Vaud, elle peut également se tourner vers une des 8 consultations en santé sexuelle de la Fondation Profa. Elle pourra y faire constater sa grossesse par un médecin et/ou être reçue par un.e conseiller.ère en santé sexuelle afin d'être accompagnée et connaître les différentes options possibles dans sa situation<sup>9</sup>.

**Figure 1** Répartition des acteurs impliqués dans les interruptions de grossesse sur le canton de Vaud (données search.ch au 13.11.2014)



### 3.3 Echantillonnage des institutions et des personnes impliquées

Les statistiques sur les interruptions de grossesse de 2012 permettent d'obtenir la répartition des interruptions réalisées par lieux d'intervention<sup>10</sup>. En 2012, un peu plus d'une intervention sur

<sup>9</sup> <http://www.profa.ch/fr/themes/maternite//grossesse-non-desiree-0-38>

deux (53.5%) a été pratiquée au CHUV<sup>h</sup> ; un quart (24.4%) des interruptions ont eu lieu dans un hôpital régional, 12.2% en cabinet médical et 6.8% en clinique privée.

Le tableau 1 présente le plan d'échantillonnage prévu ainsi que le nombre d'entretiens finalement réalisés. Afin de structurer notre échantillon, nous avons pris en compte le type d'institution et d'acteurs ainsi que la région géographique. Nous avons ainsi défini un échantillon raisonné des acteurs du domaine. Néanmoins, la confrontation avec le terrain nous a parfois amené à modifier l'échantillon initialement prévu. Ainsi, l'échantillon a été défini de la manière suivante :

Pour chaque district :

- Un.e ou deux médecins installé.e.s en cabinet privé si le nombre d'interruptions réalisées en 2012 était supérieur à 5 ;
- un gynécologue responsable et/ou un.e assistant.e au sein de chaque hôpital régional ; dès les premiers entretiens, il s'est avéré suffisant en terme d'information récoltée de n'interviewer qu'un gynécologue au sein des établissements de santé ;

De plus, pour le district de Lausanne, nous désirions également échantillonner :

- deux gynécologues travaillant en clinique ;
- la médecin responsable ainsi que le responsable en santé sexuelle et reproductive de Profa ; une médecin de Profa pratiquant dans un autre district que celui de Lausanne ;
- une conseillère en santé sexuelle du LISI au CHUV (une médecin du CHUV ayant déjà été interviewée en tant qu'informatrice clé).

Afin de sélectionner les gynécologues installés en cabinet privé, nous avons utilisé la base de données des interruptions de grossesse réalisées dans le canton de Vaud en 2012. Celle-ci nous permet en effet de connaître le nom des gynécologues ayant interrompu une grossesse cette année-là ainsi que le nombre de fois qu'ils l'ont fait. Trois points importants sont ressortis de cette analyse :

- Sur 138 gynécologues installé.e.s en cabinet privé et répertorié.e.s dans l'annuaire<sup>i</sup>, 40 ont réalisé une interruption en 2012 (environ 29%).
- Les gynécologues installé.e.s en cabinet qui réalisent le plus d'interventions travaillent également avec un hôpital régional ou une clinique. La pratique exclusive au cabinet est minoritaire puisque environ les trois quarts des professionnels réalisent parallèlement des interruptions dans un hôpital régional ou une clinique.

Lors des premières prises de contact, il s'est avéré difficile de rencontrer des médecins installé.e.s en cabinet privé. Les raisons essentielles invoquées étaient les suivantes : faire très peu d'interruptions de grossesse et ne pas avoir de temps à accorder à cette recherche. Un médecin a déclaré refuser l'entretien car celui-ci n'était pas rémunéré.

---

<sup>h</sup> Note : 2008 : 50.8% ; 2009 : 49.4 % ; 2010 : 55.5% ; 2011 : 56.6%.

<sup>i</sup> [www.search.ch](http://www.search.ch) (résultats au 13.11.2014)

**Tableau 1** Plan d'échantillonnage prévu et entretiens réalisés avec des médecins gynécologues et conseillères en santé sexuelle

Districts vaudois	Cabinet privé	Clinique privée	Hôpital régional ou CHUV (Lausanne)	Profa	Nombre total d'entretiens prévus	Nombre total d'entretiens réalisés	Remarques
<b>Aigle</b>	1	X	1	-	2	1	Le médecin interviewé exerçait en cabinet ET à l'hôpital.
<b>Broye-Vully</b>	1	X	1	-	2	0	Impossibilité de prendre rendez-vous malgré plusieurs relances.
<b>Gros-de-Vaud</b>	X	X	X	-	0	0	
<b>Jura-Nord vaudois</b>	1	X	1	-	2	1	Difficulté à trouver un médecin en cabinet acceptant de participer.
<b>Lausanne</b>	2	2	3	2	9	7	dont 1 experte (CHUV), 1 CSS CHUV et 1 CSS Profa. Un des médecins interviewés exerçait en cabinet ET en clinique.
<b>Lavaux-Oron</b>	X	X	X	-	0	0	
<b>Morges</b>	1	X	1	-	2	1	Le médecin interviewé exerçait en cabinet ET à l'hôpital.
<b>Nyon</b>	1	X	1	1	3	2	dont 1 experte (Profa). Le médecin interviewé exerçait en cabinet ET à l'hôpital.
<b>Ouest lausannois</b>	1	X	X	-	1	0	Toutes les IG du médecin ont été faites en clinique et nous avons assez d'informations
<b>Riviera-Pays-d'Enhaut</b>	1	X	1	-	2	1	Le médecin interviewé exerçait en cabinet ET à l'hôpital
<b>Total :</b>					<b>23</b>	<b>13</b>	

Note : CSS : conseiller.ères en santé sexuelle et reproductive.

X : IG<5 en 2012

- : Entretiens prévus uniquement avec le médecin responsable et le responsable en santé sexuelle et reproductive de Profa.

Nous avons commencé par interviewer les médecins installé.e.s en cabinet privé et avons rapidement découvert que tous travaillaient également au sein même d'un hôpital ou dans le giron d'une clinique.

Au final, onze médecins (y compris les deux expertes) et deux conseiller.ères en santé sexuelle ont été interviewé.e.s. Tous les districts du canton de Vaud ont pu être couverts, hormis celui de la Broye-Vully où aucun interlocuteur n'a pu être trouvé (Tableau 1).

## 3.4 Entretiens semi-directifs

### 3.4.1 Grille d'entretien

Une grille d'analyse a été élaborée préalablement aux entretiens. Informée par les données de surveillance, les entretiens auprès des informatrices-clés et la documentation et littérature disponibles, la grille a été établie en fonction des questions de recherche et aborde un certain nombre de thèmes :

- La consultation : son déroulement, les délais, les procédures suivies, les actes médicaux de routine, les types d'anesthésie ;
- Les prises en charge spécifiques : femmes ayant un/des antécédent(s) d'interruptions de grossesse, mineures, avec antécédents psychiatriques ;
- Les méthodes d'intervention : selon le stade de la grossesse, lieux où elles sont pratiquées, critères de l'interruption de grossesse à domicile ;
- Le choix de la méthode d'intervention : libre choix de la patiente, coût d'une interruption ;
- L'après intervention : prise en charge particulière, contrôles gynécologiques, contraception ;
- La saisie du formulaire de déclaration obligatoire : qui, où, quand ;
- L'accès à l'interruption de grossesse : facile/difficile, nombre de gynécologues qui pratiquent l'interruption, relation entre les différents intervenants.

### 3.4.2 Déroulement des entretiens et le traitement des données

Les entretiens ont eu lieu entre janvier et juin 2014. Ils ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées et retranscrits. Bien qu'ils soient basés sur la grille d'entretien, les échanges pouvaient néanmoins aborder des sujets annexes estimés pertinents par l'interviewé.e.

Les enregistrements ont été retranscrits à l'aide d'un guide utilisé à l'Université de Lausanne, et leur contenu a fait l'objet d'une analyse thématique. Un des entretiens a été codé de manière indépendante par deux chercheurs qui ont ensuite comparé et argumenté les codes appliqués afin de les valider. Il s'agit de la méthode du *crosschecking* qui nous a permis d'établir une liste de codes faisant consensus au sein de l'équipe de recherche. Les entretiens ont ensuite été codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative MaxQDA® (v.11). Dans le présent rapport, cette analyse figure soit sous forme de synthèse (lorsqu'il est question de décrire des procédures) ou est illustrée par les citations des personnes interviewées (lorsqu'il est question de mise en paroles des perceptions ou logiques).

Tous les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail du médecin à savoir au cabinet privé ou à l'hôpital. Les entretiens ont duré en moyenne une heure (minimum 30 minutes ; maximum 1h25).

# 4

# Résultats



# 4 Résultats

## 4.1 Les consultations pour une interruption de grossesse

### 4.1.1 Lieux de consultations

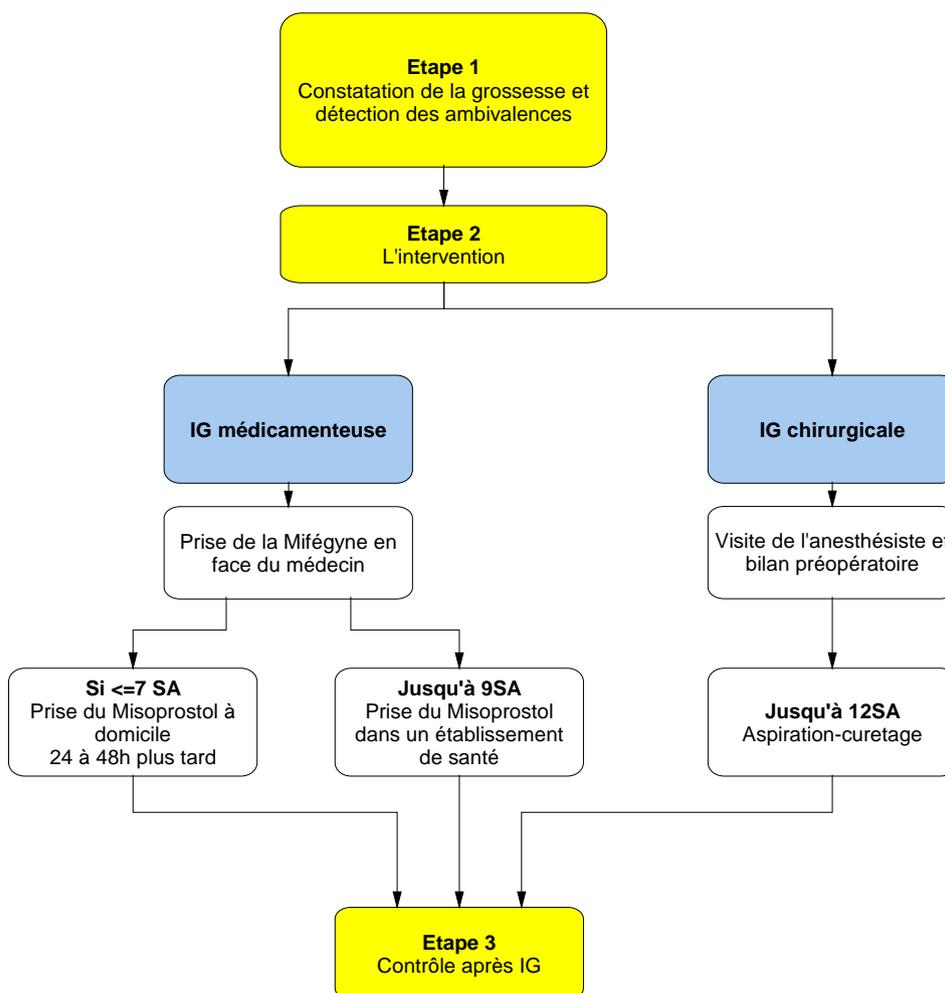
Mise à part le CHUV, qui a les moyens financiers et structurels d'avoir un espace dédié à l'accueil des femmes désirant interrompre leur grossesse, tous les autres établissements hospitaliers prennent en charge les femmes concernées au sein même de leur service de gynécologie obstétrique. Elles peuvent ainsi se retrouver en salle d'attente au milieu des femmes enceintes ou ayant un nouveau-né.

### 4.1.2 Les différentes étapes pour une interruption de grossesse

La figure 2 présente schématiquement les différentes étapes menant à l'interruption de grossesse. Elle sert de trame pour la suite de ce chapitre dans lequel les différentes étapes seront décrites et détaillées.

Le parcours de certaines personnes en situation particulière, comme c'est le cas par exemple pour les mineures, s'écarte un peu du schéma. Ceci est expliqué dans la section 4.1.6.

Figure 2 Les différentes étapes pour une interruption de grossesse jusqu'à 12 SA



### 4.1.3 Première étape : constatation de la grossesse et détection des ambivalences

Lors de la **première consultation** avec la patiente, les gynécologues rencontrés, quel que soit le lieu d'intervention, procèdent tous aux mêmes examens de routine. Ils vérifient avant toute chose qu'il s'agit bien d'une grossesse intra-utérine évolutive et déterminent l'âge gestationnel (examen gynécologique, frotti si nécessaire, échographie, date des dernières règles, groupe sanguin et facteur Rhésus). En fonction de cet âge gestationnel, les méthodes d'interruption possibles (médicamenteuse et chirurgicale) sont présentées avec leurs avantages et inconvénients<sup>11-13</sup>. Tous les professionnels interrogés discutent également des méthodes de contraception lors de ce premier entretien qui dure en moyenne 30 minutes à une heure selon le cas. Si la patiente est décidée à interrompre sa grossesse, elle signe le formulaire de demande d'interruption de grossesse et le médecin ou une secrétaire remplit le formulaire de déclaration obligatoire destiné au Médecin cantonal. Ces formulaires sont parfois signés lors du deuxième entretien. Si la patiente se révèle toujours ambivalente, un deuxième rendez-vous pourra être donné.

La plupart des gynécologues déclarent s'assurer que la femme a eu toutes les informations nécessaires pour prendre sa décision (cf. 4.1.8). Il faut mentionner le cas particulier du CHUV avec le Lieu d'information et de soin relatif à l'interruption de grossesse (LISI) du Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG). La patiente a en effet un premier rendez-vous systématique avec une conseillère en santé sexuelle avec laquelle elle va pouvoir aborder toutes les questions en rapport avec son choix d'interrompre sa grossesse. Il y a une réelle place à la détection des ambivalences, aux éventuelles pressions exercées par un/des tiers. Au cours de cet entretien, elle ira passer une échographie pour dater la grossesse et ainsi connaître les méthodes d'interruption qui peuvent lui être proposées. Elle rencontrera le médecin dans un second temps, lorsque la décision d'interrompre sera prise.

Suite à cette première consultation, si la patiente veut toujours interrompre sa grossesse, le gynécologue lui fixera un deuxième rendez-vous soit au cabinet (méthode médicamenteuse à domicile), soit directement dans un établissement de santé (méthodes médicamenteuse et chirurgicale).

Il est également possible, si la femme a déjà pris sa décision et que rien ne s'oppose du point de vue médical à une interruption médicamenteuse, que la femme reçoive les comprimés de Myféquine à la fin de ce premier rendez-vous. Certains gynécologues installés en cabinet privé disposent de ces médicaments. Sinon, selon l'établissement hospitalier, la femme doit se rendre soit aux urgences, soit à l'hôpital de jour.

La Fondation Profa occupe une place particulière au sein des acteurs de la filière des interruptions de grossesse. Lorsque Profa intervient, c'est le plus souvent parce que la femme s'est dirigée vers ses services en premier lieu et plus rarement parce qu'elle a été référencée par un gynécologue installé en cabinet. La patiente est alors reçue dans un premier temps par un médecin qui pourra effectuer un test de grossesse, évaluer l'âge gestationnel par un examen gynécologique et la date des dernières règles. Dans un second temps et le même jour, dans le prolongement de la visite médicale, la patiente rencontre une conseillère en santé sexuelle et reproductive auprès de laquelle elle pourra trouver un soutien dans son processus de prise de décision et être accompagnée dans son choix. La conseillère pourra démêler les ambivalences, lui présenter les méthodes d'interruptions, discuter contraception, des difficultés financières etc. Si la femme est décidée à interrompre sa grossesse, elle sera alors orientée, selon le stade de sa grossesse et/ou la disponibilité des praticiens, vers un gynécologue en cabinet privé ou un établissement de santé.

#### 4.1.4 Deuxième étape : intervention

##### La méthode médicamenteuse

Les protocoles et techniques concernant les interruptions de grossesse ont déjà été présentés et discutés dans un premier rapport<sup>11</sup> et seront donc brièvement rappelés ici. La méthode médicamenteuse a pour but de provoquer des contractions de l'utérus qui vont permettre d'expulser l'embryon. Elle est autorisée jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée mais peut être pratiquée jusqu'à 9 semaines selon l'appréciation du médecin [Avis d'expert N°15, SSGO<sup>14</sup>]. Le Compendium Suisse des Médicaments® ainsi que la Société suisse de gynécologie & obstétrique

recommandent 3 comprimés de Myféline (Mifepristone) à 200mg suivis, 48 heures plus tard, de 2 comprimés de Misoprostol (Cytotec®) à 400µg. Le **tableau 2** présente les posologies appliquées par les gynécologues et établissements rencontrés. Il existe une diversité de protocoles, que ce soit en termes de limite d'âge gestationnel ou de doses de Myféline et de Misoprostol.

Au niveau international, l'OMS émet des recommandations dans son rapport de 2012, *Safe abortion : technical and policy guidance for health systems*<sup>12</sup>. Dans ce document, les recommandations portent sur l'avortement chirurgical, l'avortement médicamenteux, les méthodes abortives recommandées pour des grossesses d'âge gestationnel supérieur à 12–14 semaines, ainsi que les soins précédant un avortement provoqué ou encore les soins postérieurs à un avortement. Ces recommandations sont accompagnées d'un commentaire sur la force d'application de ces dernières et sur la qualité des preuves scientifiques dont elles sont tirées.

La plupart des praticiens interrogés utilisent plutôt des pratiques proches de celles recommandées par l'OMS ou mise en place au CHUV (Tableau 2).

Hormis un établissement qui pratique la méthode médicamenteuse jusqu'à 7 semaines et un autre allant jusqu'à 12 semaines, la majorité s'accorde à appliquer la méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée.

**Tableau 2** Protocoles recommandés et protocoles suivis pour les interruptions de grossesse médicamenteuses

	Age gestationnel	Mifegyne (Mifépristone) Etape 1	Misoprostol (Cytotec®)		Délai après Myfégyne	Lieu
			Dose	Voie		
<b>OMS</b>	< 7 semaines	1 cp de 200mg par voie orale	800µg (4cp de 200 µg)	Vaginale, buccale ou sublinguale	24 à 48h	A domicile
			400µg (2 cp. de 200µg)	Orale		
	< 9 semaines		800µg (4cp de 200 µg)	Vaginale, buccale ou sublinguale		
	Entre 9 et 12 semaines	1 cp de 200mg par voie orale	800µg (4cp de 200 µg)	Vaginale	36 à 48h	En établissement de santé
<b>Compendium et SSGO</b>	< 7 semaines	600mg (3 cp de 200mg) par voie orale en prise unique	400µg (2 cp. de 200µg)	Orale	36 à 48h	En observation durant 3-4h
<b>Cabinet privé et certains hôpitaux régionaux</b>	< 12 semaines	1 cp de 200mg par voie orale	800µg (4cp de 200 µg)	Vaginale	24-48h	Expulsion à l'hôpital si âge gestationnel > 9 semaines, autrement peut être proposé à domicile sous conditions
<b>Cabinet privé et clinique</b>	< 9 semaines	1 cp de 200mg par voie orale	800µg	Vaginale	36 à 48h	A domicile sous conditions
<b>Un hôpital régional</b>	< 9 semaines	600mg (3 cp. de 200mg) par voie orale en prise unique	400µg (2 cp. de 200µg)	Orale	36 à 48h	Expulsion à l'hôpital, si ≤ 7 semaines, possibilité à domicile sous conditions
<b>CHUV</b>	< 9 semaines	1 cp de 200mg par voie orale	400µg (2 cp. de 200µg)	Orale	36 à 48h	Expulsion à l'hôpital, si ≤ 7 semaines, possibilité à domicile sous conditions
<b>Un hôpital régional</b>	< 7 semaines	1 cp de 200mg par voie orale	800µg (4cp de 200 µg)	Orale		Expulsion à l'hôpital

Lors de **la deuxième consultation**, si la décision a été prise d'utiliser la méthode médicamenteuse, la patiente signe la *feuille d'informations sur l'interruption médicamenteuse de la grossesse* émise par la SSGO. Elle reçoit alors de son gynécologue la Myfégyne qu'elle prend par voie orale en face de lui. Selon l'âge gestationnel et le choix de la femme, la prise de Misoprostol (par voie orale ou vaginale) pourra avoir lieu soit à son domicile, soit dans un établissement de santé. Dans ce dernier cas, un troisième rendez-vous est alors organisé dans les 24-48h selon le protocole suivi.

#### **L'interruption de grossesse médicamenteuse dans un établissement de santé :**

Si la femme se trouve en dessous des 7 semaines d'aménorrhée (SA) et qu'elle le désire, l'interruption de grossesse peut avoir lieu à l'hôpital. Si la grossesse est entre 7 et 9 SA, elle doit se faire dans un établissement hospitalier.

En cas de **troisième consultation dans un établissement de santé**, la patiente est accueillie dans une chambre individuelle comportant une salle de bain. L'expulsion interviendra en général au bout de 3-4 heures après la prise de Mifepristone. La patiente, qui peut être accompagnée ou pas, sera encadrée par le personnel soignant tout au long de la procédure et recevra également les antidouleurs appropriés. Sans autre complication, elle pourra rentrer chez elle le jour même.

On perçoit une évolution des pratiques concernant les protocoles suivis ou la prise en charge des femmes. Le CHUV a parfois été cité comme référence quant aux protocoles suivis dans le canton pour les interruptions de grossesse. Par exemple, un des hôpitaux régionaux a mentionné utilisé un seul comprimé de MyféGINE au lieu de trois suite au changement de protocole du CHUV.

#### **L'interruption de grossesse médicamenteuse à domicile :**

Jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, la plupart des gynécologues proposent que leur patiente interrompe leur grossesse à domicile. La femme prend alors la MyféGINE au cabinet ou à l'hôpital puis rentre chez elle avec un protocole très clair à suivre quant à la date de prise de la Mifepristone et une prescription pour des antidouleurs. L'expulsion aura alors lieu à son domicile. Néanmoins, plusieurs conditions implicites, et évaluées par le médecin lors de son entretien avec la patiente, doivent être remplies pour une interruption à domicile : la femme doit être proche d'un hôpital (selon les praticiens : 20min à 1h au maximum en cas de problèmes, hémorragie, malaise vagal etc...), être si possible accompagnée d'un adulte et ne pas avoir d'enfants autour d'elle, être jugée psychologiquement stable et capable de le faire, être à même de comprendre et reproduire le protocole (ce qui exclut les femmes ne parlant pas français en général).

#### **La méthode chirurgicale**

Pour une interruption chirurgicale, l'OMS recommande fortement la technique par aspiration jusqu'à un âge gestationnel de 12 à 14 SA. *Cette intervention ne doit pas être systématiquement complétée par un curetage. La méthode par dilatation et curetage (D&C), dans la mesure où elle est encore pratiquée, doit être remplacée par l'aspiration<sup>12</sup>.* Cependant, dans la pratique, la majorité des médecins interrogés pratiquent l'aspiration-curetage et le terme "curetage" revenait souvent dans les récits des personnes interviewées.

*« On devrait dire aspiration-curetage. Cela veut dire : vous introduisez dans l'utérus une sorte de canule qui aspire et, avec un instrument qu'on appelle la curette, on vérifie encore que tout soit enlevé. On doit faire les deux en même temps. C'est l'aspiration-curetage proprement dit. »*

Les gynécologues interrogés proposent cette méthode dès 6-7 semaines d'aménorrhée en général et jusqu'à 12 semaines. Un hôpital propose l'interruption chirurgicale jusqu'à 18-22 semaines. Ce choix semble plus tenir à un gynécologue expérimenté qu'à une politique institutionnelle.

La méthode chirurgicale consiste en une phase de dilatation, aspiration et parfois curetage du contenu de l'utérus. Un priming avec 400µg de Misoprostol semble être fréquemment utilisé et a pour effet de préparer le col et donc de diminuer le temps d'intervention. La méthode chirurgicale nécessite une narcose ou une anesthésie loco-régionale. L'interruption doit être programmée en fonction de la place disponible au bloc opératoire, de la disponibilité du

gynécologue et de l'anesthésiste. **La deuxième consultation** pour interruption de grossesse chirurgicale consiste donc à rencontrer le médecin anesthésiste et faire un bilan préopératoire. A titre indicatif, en 2007, un peu moins de 70% des interruptions chirurgicales pratiquées en France avaient lieu sous anesthésie générale<sup>j</sup> 15. Cette donnée n'est pas recueillie dans le formulaire de déclaration obligatoire des interruptions en Suisse. L'interruption de grossesse peut parfois être effectuée le même jour mais la plupart du temps, **une troisième consultation** est fixée pour l'intervention en elle-même. Sans autre complication, la patiente pourra rentrer chez elle le jour même.

### Perceptions des avantages et inconvénients de la méthode médicamenteuse par rapport à la chirurgicale

Dans une revue Cochrane<sup>k</sup> datant de 2002 (mise à jour en 2010 sans changement dans les conclusions initiales), Say et al. ont étudié les avantages et inconvénients des méthodes médicamenteuses et chirurgicales d'interruptions de grossesse au cours du premier trimestre<sup>16</sup>. Les différentes méthodes ont surtout été analysées du point de vue de leur efficacité et des effets cliniques (durée des saignements, volumes des pertes sanguines, vomissements...). Aucun des essais randomisés retenus n'a présenté de données sur l'acceptabilité de la méthode par les femmes concernées. Vekemans, de l'International Planned Parenthood Federation, publie en 2008 un tableau plus complet prenant également en compte d'autres facteurs tels que la rapidité de l'intervention ou le ressenti des femmes<sup>13</sup>. Ce tableau est présenté en français ci-dessous (notre traduction).

**Tableau 3** Avantages et inconvénients des méthodes d'interruption de grossesse : médicamenteuse vs. chirurgicale

	Méthode médicamenteuse (Mifépristone et prostaglandine)	Méthode chirurgicale par aspiration intra-utérine
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de chirurgie ni d'anesthésie</li> <li>• Plus « naturel », comme des règles</li> <li>• Emotionnellement plus facile pour certaines femmes</li> <li>• Plus d'intimité et d'autonomie ; peut être fait à la maison</li> <li>• Meilleure que la chirurgicale en cas de très jeune âge gestationnel, ou dans les cas d'obésité sévère (BMI&gt;30) sans autres facteurs de risque cardiovasculaire</li> <li>• Aucun risque de blessures du col de l'utérus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus rapide</li> <li>• Plus probable d'avoir une interruption totale réussie du premier coup</li> <li>• Emotionnellement plus facile pour certaines femmes</li> <li>• A lieu dans un établissement hospitalier<sup>l</sup></li> <li>• Peut être réalisée jusqu'à 12 semaines</li> <li>• La stérilisation peut être réalisée simultanément</li> </ul>

<sup>j</sup> Seule type d'anesthésie faisant l'objet d'un recueil systématique.

<sup>k</sup> Une revue systématique Cochrane est le fruit d'une démarche scientifique rigoureuse constituée de plusieurs étapes bien définies, incluant une recherche de littérature systématique, une évaluation de la qualité de chaque étude, une synthèse, quantifiée ou non, des résultats obtenus. Cf. <http://swiss.cochrane.org/fr>

<sup>l</sup> Dans le sens où l'encadrement médical peut procurer un sentiment de sécurité.

	Méthode médicamenteuse (Mifépristone et prostaglandine)	Méthode chirurgicale par aspiration intra-utérine
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignements, crampes, nausées, diarrhées</li> <li>• Attente, incertitude</li> <li>• Plus de rendez-vous</li> <li>• Peut être réalisée jusqu'à 9 semaines uniquement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invasive</li> <li>• Faible risque de blessure du col de l'utérus</li> <li>• Risque d'infection</li> <li>• Moins d'intimité et d'autonomie</li> <li>• Peut être coûteuse</li> </ul>

Tout comme la littérature, les praticiens interrogés s'accordent à dire que chaque méthode a ses avantages et inconvénients qui seront perçus et donc vécus différemment selon les femmes. L'avantage indéniable de la méthode médicamenteuse est qu'il n'y a pas de narcose, pas d'intervention médicale invasive. En revanche, les médecins soulignent le problème de la gestion de la douleur, des saignements et de la pleine conscience de ce qui est en train de se passer. La méthode chirurgicale aurait, d'après les gynécologues interrogés, l'avantage d'avoir une procédure plus rapide où la femme subit moins de désagréments physiques et peut-être même psychologiques.

Les citations suivantes illustrent la compréhension des avantages et inconvénients tels que perçus par les personnes interviewées.

*« Je pense qu'en dessous de 7 semaines effectivement, une myfépristone, c'est provoquer une fausse couche, c'est moins agressif, il n'y a pas d'anesthésie, on ne va pas cureter, on ne va pas lui gratter, c'est quand-même moins invasif. Je leur explique qu'il y a le risque qu'effectivement ça ne marche pas mais c'est vrai, je pense que si elles sont capables de gérer ça, c'est peut-être plus simple. »*

*« Tout le monde croit que la méthode médicamenteuse est mieux, parce que c'est juste une petite pilule à prendre, mais le vécu est totalement différent. »*

*« Un des arguments pour l'IG chirurgicale, outre le fait de l'âge [gestationnel] qui fait qu'on n'a plus le choix, c'est au niveau du vécu qui est différent. Vous pouvez imaginer que la grande différence entre la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale, c'est la procédure du blackout. C'est-à-dire que vous venez avec votre problème, vous vous endormez, vous vous réveillez. Vous avez dormi 10 minutes, vous vous réveillez, tout est résolu. Ce qui est un grand avantage. Alors que la méthode médicamenteuse, vous allez avoir les douleurs, les saignements, ça va durer pendant une semaine, 10 jours où vous n'allez pas être bien. Vous allez vivre dans le sang, les douleurs et tout. »*

*« Le problème avec ça [la méthode médicamenteuse], c'est beaucoup la gestion de la douleur je dirais, il faut leur donner une antalgie qui soit quand-même conséquente à la maison pour ne pas que ce soit trop, parce qu'avec le stress c'est encore plus douloureux. »*

*« Moi, je discute toujours. C'est vrai que la technique des médicaments à l'avantage qu'il n'y a pas de narcose, il n'y a pas d'interventions. Mais croire que c'est plus facile, non.*

*Parce que déjà à 7 semaines, il y en a qui sont quand-même marquées par le fait de perdre ce sac gélatineux. À 9 semaines, le sac est plus gros, c'est plus douloureux et elles saignent plus. Alors je dirais entre 7 et 9 c'est la zone grise. J'ai cureté des dames qui étaient à 6 semaines, qui ne voulaient pas faire le médicament. J'ai eu des dames qui voulaient absolument éviter. J'ai dit ok, jusqu'à 9 (semaines) on peut faire, mais vous allez saigner et tout. Si la dame est motivée, elle ne veut absolument pas être endormie, on fait avec le médicament. Et puis sinon, on propose le curetage. Mais c'est vrai qu'entre 7 et 9 (semaines) c'est un peu la zone grise. Oui, ça peut marcher mais des fois les dames on leur dit « vous rentrez en salle, le curetage c'est 3 minutes ou 5 », elle s'endort, elle se réveille, c'est fini. Donc ça dépend aussi beaucoup de la sensibilité des dames. C'est comme pour la fausse couche, vous avez la dame, vous lui apprenez qu'elle a fait une fausse couche, il y a celles qui vous diront « j'attendrai 4 semaines que ça parte tout seul » et puis il y a celles qui disent « je veux l'évacuer tout de suite. » Donc je trouve que c'est vraiment au cas par cas. »*

### Cas particulier : l'interruption de grossesse tardive

Une interruption est dite tardive en Suisse lorsqu'elle dépasse le cadre légal des 12 semaines d'aménorrhée (SA). *Au-delà de la 12<sup>e</sup> semaine, un avis médical est obligatoire pour démontrer qu'une interruption de grossesse est nécessaire afin d'écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger justifiant l'intervention devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée* (art. 119 al. 1 CP). En 2012, 22% des interruptions de grossesse tardives ont été effectuées pour des motifs somatiques, à savoir maladie physique de la mère ou risque grave pour l'enfant<sup>17</sup>.

Selon les établissements, les personnes habilitées à évaluer « le danger » peuvent être le médecin ou la conseillère en santé sexuelle et reproductive. Le CHUV réunit, une fois par semaine, un collège de professionnels multidisciplinaire comprenant, en plus des personnes citées précédemment, des sages-femmes, un infirmier cadre, un aumônier, un psychiatre, une assistante sociale.

L'interruption tardive est parfois nommée « médicamenteuse » dans le sens où elle fait intervenir la prise de Misoprostol mais les protocoles sont différents d'une interruption à moins de 9 SA. Cette interruption se présente alors comme un mini-accouchement et devrait être nommée *interruption médicamenteuse par expulsion*. L'interruption tardive peut également faire l'objet d'une méthode chirurgicale avec la technique de dilatation, aspiration et curetage précédés d'un priming par deux comprimés de Cytotec intra-vaginaux ou par césarienne. Les interruptions tardives sont pratiquées par seulement deux des établissements hospitaliers interrogés. Les autres établissements renvoient leurs patientes vers ceux-ci.

#### 4.1.5 Troisième étape : contrôle après l'interruption de grossesse

Après l'interruption de grossesse, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale, la femme se voit proposer une visite de contrôle et se rend donc à une **3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> consultation**. Cette visite a lieu en général dans les 1-3 semaines suivant l'intervention. L'entretien post-interruption n'est pas

obligatoire mais fortement recommandé par les médecins à leurs patientes. Le CHUV fait d'ailleurs signer une feuille de consentement expliquant qu'il ne prend aucune responsabilité si la femme ne se présente pas au rendez-vous de contrôle comme prévu et qu'il est impératif de faire ce contrôle pour s'assurer que l'interruption est bien complète.

L'OMS mentionne que « *du point de vue médical, un suivi systématique sous la forme d'une visite médicale n'est pas nécessaire après un avortement chirurgical ou médicamenteux (Mifepristone + Misoprostol) dont les suites sont simples. On indiquera toutefois aux patientes qu'elles peuvent bénéficier de services complémentaires si cela est nécessaire ou si elles le souhaitent* »<sup>12</sup>.

Pour s'assurer qu'une interruption médicamenteuse a bien abouti, il s'agit de faire un ultrason et de vérifier la vacuité utérine, l'absence de matériel. Pour les interruptions chirurgicales, un contrôle clinique semble suffisant. Si l'interruption est un échec, la femme peut se voir proposer une nouvelle administration de Misoprostol ou une intervention chirurgicale avec curetage peut également être programmée au plus vite. Lors des entretiens, les échecs pour les interruptions de grossesse déclarés sont de l'ordre de 4 à 7% et correspondent à ce qui est relaté dans la littérature<sup>12</sup>.

*« Il y a 2 possibilités. Soit vous avez une grossesse qui est toujours en place et rien n'a changé. A ce moment-là, on procède rapidement au curetage. Par contre, ce qui arrive beaucoup plus souvent, c'est que vous avez une grosse partie qui s'en est allée, mais il y a encore des restes du trophoblaste, les restes du placenta sont là. A ce moment-là, on peut donner des médicaments (Methergin ou Cytotec) pour faire contracter l'utérus et on revoit la patiente 2-3 semaines après, pas plus. Parfois on leur dit, prenez les médicaments et on vous revoit après les prochaines règles, comme ça avec les règles, ça va encore partir et du coup ce sera bon. »*

#### 4.1.6 Prises en charge spécifiques

Certaines femmes, de part leur âge, leur détresse psychologique et/ou sociale, leurs origines, leur situation juridique, leur histoire personnelle, sont plus vulnérables que d'autres et nécessitent une prise en charge particulière au sein du réseau. Elles devraient avoir accès aux mêmes informations, aux mêmes soins et mêmes conseils que toutes les autres femmes, leur permettant ainsi de prendre une décision éclairée.

- **La femme mineure, si âgée de moins de 16 ans**, est protégée par la loi (art. 120, al. 1, lettre c CP). Le gynécologue doit s'assurer, avant toute intervention, qu'elle s'est adressée à un centre de consultations spécialisé pour les mineurs : dans le canton de Vaud, il s'agit actuellement de Profa ou l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA-CHUV). La plupart des professionnels installés en cabinet ne se sentent pas à l'aise avec la prise en charge des mineures dans le contexte de l'interruption de grossesse et préfèrent les référer automatiquement à l'UMSA ou Profa. Ce choix ne semble pas se baser sur des critères purement juridiques mais plutôt sur le sentiment profond qu'une jeune femme doit recevoir un soutien psychologique particulier dans cette situation. Un autre point soulevé est la question de la gestion de la confidentialité lorsqu'une mineure vient consulter, la confidentialité vis-à-vis de ses parents mais également vis-à-vis de l'environnement proche,

de la ville, dans laquelle elle vit. Des professionnels ont rapporté préférer envoyer la jeune patiente au CHUV afin de garantir au mieux la confidentialité sur le motif de consultation.

*« [nom de ville], ce n'est pas grand..... tout le monde est astreint au secret médical. Et vous avez toujours une personne qui mettra le pied dans le plat parce que pour elle, la transmission de l'information au sein d'un village est plus importante que le secret médical. Et ça, moi je ne prendrai pas le risque. »*

Un hôpital régional a pris la décision d'envoyer systématiquement les mineures au CHUV et demande à ce que la femme âgée entre 16 et 18 ans soit accompagnée d'un adulte de référence. Les cas de mineures sont rares (n=19 en 2012)<sup>17</sup> et il se peut que les professionnels ne soient tout simplement pas à l'aise avec ces situations.

Profa a mis en place une structure pour ses services, nommée Groupe de Référence Interne (GRI), afin de *recenser et évaluer toutes les situations évoquant un abus sexuel, une maltraitance* (Loi sur la protection des mineurs) *ou une infraction à la Loi sur la majorité sexuelle*. Ce groupe est composé des chefs de service de Profa, d'un pédopsychiatre, de représentants des différents corps de métier (formateur et formatrice en éducation sexuelle, médecins et conseiller.ères en santé sexuelle) et un représentant de la LAVI. C'est un lieu où les professionnels de Profa peuvent chercher des réponses, des ressources et peuvent compter sur toute une structure lorsqu'il s'agit de prendre la décision de dénoncer ou pas une infraction. Pour prendre un exemple concernant notre sujet, une mineure désirant faire une interruption de grossesse admet avoir un partenaire âgé de plus de 18 ans et désire ne pas informer ses parents de sa situation.

- Il est courant, voir tout à fait normal, que la femme ait des sentiments contradictoires et qu'elle soit partagée entre son désir et la crainte de garder sa grossesse. Lorsque **la femme est ambivalente**, elle aura besoin d'un entretien plus soutenu, plus long, répété peut-être, avec son médecin ou une conseillère en santé sexuelle et reproductive.
- Lorsqu'une **femme ne parle pas et ne comprend pas suffisamment bien le français**, les professionnels en cabinet préfèrent quand la femme est accompagnée d'une personne de confiance pour la traduction, si possible pas le conjoint qui est trop impliqué et qui pourrait éventuellement faire pression sur sa partenaire (dans un sens comme dans l'autre). Le plus souvent, ils préfèrent référer la patiente au CHUV en argumentant qu'il y a sur place du personnel compétent et des interprètes professionnels pour ce type de prise en charge. Il est plusieurs fois ressorti au cours des entretiens que les médecins ne proposaient pas l'interruption médicamenteuse à domicile aux femmes ne comprenant pas le français.

*« Si on n'est pas sûr de la communication, qu'on n'est pas sûr qu'elle puisse prendre son téléphone pour dire « écoutez, ça ne va pas », je pense que [l'interruption à domicile] n'est pas possible. »*

*« Alors c'est vrai qu'une des raisons pour laquelle on ne fait pas de myféquine dans ces cas-là, c'est qu'il n'y a pas une bonne compréhension, la patiente n'est pas capable de comprendre les enjeux. Donc, après, c'est vrai qu'il ne faut pas prendre de risque. On est mieux avec un curetage correctement fait qu'avec une myféquine ratée. »*

- La proportion de femmes qui demandent une interruption de grossesse dans le canton de Vaud **ayant déjà eu recours à l'interruption de grossesse** au cours de la vie est relativement stable depuis 2004 et tourne autour des 30%<sup>17</sup>. Parmi ces femmes, 71% y ont eu recours une seule fois, 20% deux fois et 9% trois fois ou plus. Les raisons évoquées par les médecins et les conseillères interviewées sont multiples mais les principales sont :
- le refus d'utiliser un moyen de contraception ;
  - un échec de contraception : oubli de la pilule, déchirement du préservatif, la contraception n'a pas marché ;
  - se prouver à elle-même qu'elles sont capables de tomber enceinte. Elles interrompent leur grossesse et retombent de nouveau rapidement enceinte pour s'assurer qu'elles peuvent toujours l'être ;
  - d'ordre culturel, où certaines communautés considèrent l'interruption comme un moyen de contrôle des naissances acceptable.

Après une ou plusieurs interruptions de grossesse, les médecins proposent le plus souvent une contraception plus facile à gérer du point de vue de la prise du médicament, de type stérilet ou implant. Aucun des médecins rencontrés ne se permettrait de juger la femme ayant recours une nouvelle fois à une interruption de grossesse, mais les discours sont parfois divergents concernant la prise d'une contraception. Certains pensent que la femme doit repartir de la consultation avec une contraception choisie et d'autres que la femme doit faire ses propres choix et en être responsable.

*« C'est clair que si on voit une cinquième interruption volontaire de grossesse... personnellement, je ne la laisse pas partir sans contraception, entre guillemets, qu'elle ne maîtrise pas. De type stérilet, implanon etc... Mais il y a un discours assez clair et puis assez sec disons là-dessus. Ça dépend vraiment de la personne qui tient l'entretien. »*

*« Je parle contraception. Mais, par exemple, j'ai des collègues qui disent « elles doivent choisir une contraception. Elles doivent en avoir une après [une interruption], c'est le deal ». Alors moi, je ne pense pas. Je trouve que c'est mieux d'en avoir une, mais maintenant après si elles disent : « je n'en veux pas, de la merde », et bien je me dis : « Et bien, voilà. Faites comme vous pensez »... mais c'est vraiment assez rare ».*

Les femmes ayant déjà eu de multiples interruptions ne sont pas systématiquement référées à un psychologue ou un psychiatre car il n'y a pas forcément un problème de ce genre. Au CHUV, si la patiente désire faire un travail plus approfondi au niveau psychologique, les conseillères peuvent éventuellement aider la femme à prendre des contacts avec un psychiatre ou un psychologue.

*« Il y en a qui font des psychothérapies pour mieux comprendre ça [les interruptions répétées] et puis d'autres qui continuent de fonctionner comme ça ».*

- **Les femmes ayant des problèmes psychiatriques/psychologiques** sont des cas très rares et donc très peu relevés lors des entretiens. Dans l'idéal, le psychiatre de la patiente devrait être au courant de la demande d'interruption de manière à pouvoir rapprocher les rendez-vous

pour la période autour de l'interruption et pouvoir soutenir sa patiente dans sa prise de décision. Dans le cas où la patiente n'est pas déjà suivie ou si elle refuse d'en parler à son psychiatre, le service de psychiatrie de liaison du CHUV peut éventuellement entrer en jeu et être un appui pour la patiente lorsque celle-ci s'est adressée au CHUV dans sa démarche d'interruption de grossesse. L'accompagnement psychologique semble être disponible sur quasiment tout le territoire vaudois, soit au sein des établissements hospitaliers, indépendamment du statut de l'établissement et de la taille du service de prise en charge des interruptions de grossesse, soit au sein des consultations de Profa. Cependant, les gynécologues installés en cabinet ne semblent pas penser de prime abord à recourir aux services de Profa lorsqu'un accompagnement psychologique et social s'avère nécessaire et en rapportent donc peu l'usage.

#### 4.1.7 Nombre de rendez-vous et délai de prise en charge

Le tableau 4 résume le nombre de rendez-vous minimum et maximum par lesquels la femme doit passer pour interrompre sa grossesse. Au final, si l'interruption s'est déroulée de manière standard et concernait une femme de plus de 16 ans, les consultations sont au nombre de 3 pour une méthode chirurgicale et au nombre de 3 ou 4 pour une méthode médicamenteuse. Elles peuvent être un peu plus nombreuses si la femme a moins de 16 ans (RV obligatoire avec l'UMSA ou Profa), en cas d'échec ou, par exemple, de sentiments ambivalents de la femme vis-à-vis de sa grossesse, ce qui nécessite un entretien supplémentaire avec le gynécologue ou une conseillère en santé sexuelle et reproductive. Le nombre de rendez-vous est donc compris entre 3 et 7 pour la méthode médicamenteuse et entre 3 et 5 pour la chirurgicale. L'étude de Perrin et al. [2010] sur le parcours des femmes ayant eu une interruption de grossesse en 2006 et 2007 en Suisse romande, a montré que, tous types de méthodes confondus, le nombre de rendez-vous moyen avant interruption était de 3 et variait entre 1 et 8.

Selon la méthode d'interruption et/ou l'organisation possible au sein d'un établissement hospitalier ou d'un cabinet et/ou de l'urgence du cas, la plupart des professionnels interrogés estiment que la prise en charge<sup>m</sup> se fait dans les 7 à 10 jours. Ce délai correspond à ce qui a été relevé en France par Vilain, avec une prise en charge estimée entre 6 et 10 jours en 2007<sup>15</sup>. Il est légèrement plus bas que celui indiqué dans l'étude de Perrin et al. en Suisse (moyenne de 12 jours entre la prise de décision et l'interruption)<sup>3</sup>.

---

<sup>m</sup> Le délai de prise en charge correspond au nombre de jours entre la demande d'interruption (demande de RV téléphonique) et l'acte lui-même.

Tableau 4 Nombre de rendez-vous pour une interruption de grossesse

Type d'intervention	Nombre de rendez-vous						Nombre de rendez-vous total
	Constatation de la grossesse et détection des ambivalences	Si patiente mineure (<16 ans)	Si ambivalence persistante	Interruption de grossesse	Contrôle	Si échec, nombre de rendez-vous supplémentaires	
Médicamenteuse	1	1	1	1-2 <sup>a</sup>	1	1	3-7
Chirurgicale	1	1	1	1	1	N.A.	3-5

<sup>a</sup> Si les comprimés de MyféGINE ont pu être délivrés lors du premier entretien, 1 seul rendez-vous est alors nécessaire pour prendre le Misoprostol.

#### 4.1.8 Un délai de réflexion est-il imposé aux femmes ?

Une fois leur décision prise, les femmes désirant interrompre leur grossesse aimeraient obtenir un rendez-vous au plus vite. Ce besoin profond que l'interruption soit réalisée le plus rapidement possible, ce sentiment d'urgence médicale, se confronte à l'organisation des consultations au cabinet médical, à la place réservée pour les urgences dans l'emploi du temps du gynécologue, à la priorisation des cas à l'hôpital, à une vision simplement médicale du stade de la grossesse. Dans tous les cas, si délai il y a, il ne semble pas être une vue de l'esprit ou un point de vue moraliste du médecin et être imposé par celui-ci. Il s'agit plus d'une question purement organisationnelle. Pour illustrer cela, nous présentons ci-dessous des éléments de discours de certains médecins :

Le besoin des femmes se confronte aux délais nécessaires sur le plan médical :

*« Quand les gens téléphonent, on a plutôt le problème où on doit parfois les freiner même...voilà les gens téléphonent et disent : moi, j'aimerais bien venir tout de suite... on leur dit écoutez, on va peut-être faire un test, vous avez juste 2 jours de retard de règle... attendez quand même... »*

*« On a des fois des dames qui appellent 5 gynécologues, elles sont à 4 semaines et 3 jours, le test de grossesse vient d'être positif. Alors on leur dit : « écoutez, on va vous voir, mais ça ne sert à rien de vous voir aujourd'hui ou demain, on ne verra rien, mais on vous donne rendez-vous la semaine prochaine pour qu'on puisse au moins voir quelque chose ». Et puis celle qui nous appelle, qui est à 8 semaines ou même 6 et demie, on va se dépêcher de la voir pour pouvoir organiser avec la technique des médicaments. »*

Le besoin des femmes se confronte aux difficultés organisationnelles :

*« C'est un problème de timing, puisqu'on doit pouvoir voir les gens très rapidement dans un délai... Au moment où ils arrivent, ils sont à 6-7 semaines. Il faut que dans l'espace, du moment où ils téléphonent, dans l'espace d'une semaine, qu'on ait tout organisé. Il faut savoir que ça fait, en principe, 3 rendez-vous. Pour la consultation d'entretien pour discuter, remise du 1<sup>er</sup> médicament, remise du 2<sup>e</sup> médicament. Donc ça veut dire qu'au niveau des agendas, on doit être capable de libérer 3 plages dans la semaine qui suit, chez les gynécologues, ce qui est très difficile. »*

*« Bien sûr, les femmes ont toujours envie tout de suite d'avoir un rendez-vous le plus rapidement possible mais, des fois, on est aussi très occupé, voire débordé. Donc, ça peut arriver qu'il y ait un tout petit délai genre une semaine. »*

*« Alors jusqu'à il y a une année, c'était assez rapide [d'avoir un rendez-vous à la clinique], du moment où on avait décidé, on pouvait faire le curetage dans les deux-trois jours qui suivaient. Ça devient un peu compliqué au niveau des cliniques où on commence à avoir un ressenti qu'il y a une surcharge donc même pour les fausses couches je dois des fois me battre pour avoir la place ».*

L'interruption doit être une décision réfléchie :

*« Alors souvent, il y a beaucoup de stress. C'est la nouvelle. C'est un petit peu aussi la tempête. Et raison de plus, c'est ce que je dis, moi, je refuse de céder à leur panique dans le sens que, c'est quand même une décision qui nécessite un minimum de réflexion avec une tête relativement à froid. Donc, ce n'est pas le jour même où on fait le test de grossesse qu'il faut faire l'IG parce qu'il faut quand même avoir un petit peu de recul par rapport à ça. »*

Certains médecins ressentent et comprennent parfois la frustration des femmes mais ont un sentiment ambivalent par rapport à celle-ci. Depuis la votation du régime du délai en 2002, la femme désirant faire une interruption n'a plus l'obligation d'obtenir l'avis conforme d'un second médecin jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée. Ils peuvent parfois avoir l'impression que la femme les croit à leur disposition, qu'ils ont moins de pouvoir par rapport à cet acte qu'ils vont devoir réaliser. Certains ont également l'impression que les femmes « d'aujourd'hui » veulent tout et tout de suite et les trouvent alors impatientes voire agressives dans certains cas.

*« C'est que les femmes, elles arrivent ici... Il y en a qui arrivent sans prendre de rendez-vous. Qui font un scandale. Qui veulent être vue de suite. Des choses comme ça. Qu'elles ont le droit à leur IG. »*

*« Ce n'est pas des questions de délais trop longs, c'est souvent des questions d'impatience. De plus en plus les gens maintenant « je veux quelque chose en 5 minutes, si je ne l'ai pas, ça ne va pas. » ... des fois, les gens essaient et puis on leur fait comprendre que ce n'est pas une urgence, sauf en fonction du délai. C'est clair que les gens qui attendent la dernière minute... mais disons que ce n'est pas une urgence, ce n'est pas parce qu'une dame vient de se rendre compte qu'elle a trois jours de retard de règles, que le test est positif, qu'elle veut interrompre tout de suite... il ne faut pas qu'elle ait le rendez-vous le lendemain et que le surlendemain ils commencent l'interruption. Ça déjà, je trouve que ce n'est pas bon. »*

*« Elles croient... Avec le changement de la loi, dans leur esprit, c'est l'urgence médicale. Donc elles deviennent déjà fines folles au téléphone quand on leur dit qu'on ne les verra que dans une semaine. Parce qu'elles sont sûres, vu qu'elles ont le droit à une IG, qu'elles vont être vues le lendemain qu'elles téléphonent. Et puis on leur dit « mais je suis désolé, mais ce n'est pas une urgence »... Et puis, les gens sont très, très agressifs au téléphone. »*

#### 4.1.9 A partir de combien de semaines d'aménorrhée une interruption est-elle possible ?

Les statistiques annuelles des interruptions du canton de Vaud révèlent que l'âge gestationnel au moment de l'interruption de grossesse est relativement stable entre 2004 et 2012 avec une moyenne de 7.7 semaines et une médiane de 7.0 sur la période étudiée (95.2% des interruptions sont pratiquées avant la douzième semaine de grossesse)<sup>1</sup>. Ceci indique une prise en charge relativement rapide de la femme, mais à partir de quel âge gestationnel un médecin peut-il proposer une interruption ? Autrement dit, existe-t-il un âge gestationnel minimum en dessous duquel l'acte médical ne peut être effectué ?

Il faut en premier lieu que la femme ait un retard de règle, un test de grossesse positif, ce qui équivaut au minimum à 4 semaines d'aménorrhée. Ensuite, il faut pouvoir localiser la grossesse, vérifier qu'elle est viable et intra utérine. Pour dater le début de la grossesse, entre 4.5 et 7 semaines d'aménorrhée, le gynécologue peut mesurer à l'échographie la longueur maximale du sac gestationnel (le sac contenant la grossesse).

Dès lors, il y aura toujours un seuil de détectabilité de la grossesse incompressible, un âge gestationnel minimum autour des 4-7 semaines d'aménorrhée selon les cas, en dessous duquel on ne pourra pas lancer la procédure pour une interruption.

#### 4.1.10 Entourage de la femme : seule ou accompagnée ?

Dans la plupart des situations, le conjoint ou compagnon de la femme est au courant de la grossesse et de la démarche vers une interruption. Les femmes semblent avoir discuté avec eux de leur choix mais sont le plus souvent (estimations autour de deux tiers des cas) seules à venir à la consultation. Si une personne les accompagne, il s'agira plus souvent d'une présence féminine, une amie, la mère ou une tante.

*« Enfin, le fait que le partenaire ne veuille rien entendre, ça c'est relativement rare quand même. La consultation, elles sont souvent seules, sauf les cas compliqués, là on demande vraiment d'avoir les deux quoi. »*

*« Elles sont souvent seules [à venir à la consultation]. Mais, elles ont souvent beaucoup réfléchi avec leur conjoint. Mais elles viennent plus avec le conjoint quand c'est des grossesses avancées. Peut-être pour avoir plus de poids. »*

*« Oui, ils [les conjoints] sont là, ils viennent même en chambre après...oui, je dirai que oui. C'est même parfois eux qui prennent le rendez-vous...Je n'ai pas l'impression que ce soit lui qui pousse et elle, elle n'a pas envie de le faire...mais c'est peut être, je ne sais pas, ils ont envie de faire quand même quelque chose...je le sens plutôt dans ce sens où il dit « voilà, je ne peux pas faire grand chose, je ne peux pas subir l'acte mais comme ça je vais peut-être essayer d'organiser au moins ». »*

#### 4.1.11 La contraception

Si la femme se retrouve dans une situation où elle demande une interruption, cela peut être dû parfois à un échec de contraception ou tout simplement que le couple n'en utilise pas. Le thème de la contraception est donc abordé par le médecin ou la conseillère dès le premier entretien lorsque la patiente est potentiellement plus réceptive. Cela se fait sans jugement et avec l'idée de trouver le contraceptif qui lui conviendra le mieux. L'oubli de contraceptif peut être conscient ou inconscient et un problème plus profond peut en être l'origine. Dans le cas d'échecs répétitifs, un médecin a mentionné le rôle important que peut jouer Profa pour aider la patiente.

*« La contraception, c'est abordé d'emblée [lors du premier rendez-vous]. Il faut que la femme soit réceptive. C'est un petit peu logique. S'il y a eu IG c'est qu'il y a eu tout de même échec de la contraception. Donc il faut quand même l'aborder...La non-contraception, ce n'est pas juste un bête oubli. Ça a du sens parfois. »*

*« Celles qui n'en veulent pas, c'est aussi des femmes qui disent mais sincèrement, elles pensent qu'elles ne vont peut-être plus avoir de rapports pendant un moment. Ou bien, vous savez de toutes façons elles peuvent dire « oui, oui, je vais prendre la pilule » et elle ne la prend pas. Mais bon. »*

*« Stérilet, implant. Celles qui oublient la pilule mais qui ne veulent pas le stérilet on essaie l'anneau, on essaie le patch. On essaie de trouver quelque chose d'efficace. Bon, on essaie et puis si on se rend compte que peut-être, c'est peut-être notre message qui passe mal, alors oui, il faut les envoyer à PROFA pour discuter d'un moyen de contraception. »*

Un médecin a évoqué les dernières controverses concernant les pilules de 3<sup>e</sup> génération qui sont pointées du doigt depuis fin 2012 à cause d'un risque accru de thromboembolie veineuse. Il estime les effets sur les plus jeunes de ses patientes :

*« Et puis alors, ce qu'il faut quand-même noter, c'est que cette super campagne anti-pilule... Mais oui, les médias avec la pilule qui fait des thromboses...J'ai quand-même quelques jeunes filles qui m'ont dit : « j'ai mis ma pilule à la poubelle parce que c'est très mauvais » et après on a fait une myfégyne. Donc ça je pense qu'on a oublié de le relever et les médias ont fait beaucoup de dégâts à ce niveau-là. »*

#### 4.1.12 Coût d'une interruption de grossesse

Le médecin hospitalier ou praticien à titre libéral est le seul à pouvoir délivrer la Mifégyne, aucune pharmacie ne peut le faire à sa place.

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2000 en Suisse, la Mifégyne est inscrite dans la liste des spécialités prises en charge par l'assurance maladie de base. Dès lors, en cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 119 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Dans les faits, plusieurs raisons font que ce n'est pas rare que ce soit la femme qui paie la facture dans sa totalité. Par exemple, si elle ne veut pas que sa famille (pour une mineure) ou son

partenaire soit au courant en voyant le décompte de l'assurance. Il faut encore mentionner le problème de la franchise ainsi que le paiement des 10% de quote-part. Les femmes concernées étant généralement jeunes avec une franchise élevée, l'interruption de grossesse est au final à leur charge.

*«Evidemment le gros scandale dans l'histoire des IVG et des assureurs c'est qu'au fond contrairement à ce qu'on nous fait croire lors des votations, c'est que quand même d'une part, beaucoup de femmes paient l'IVG elle-même avec la franchise, importante quand on est jeune, certaines pour 2500.-. »*

Suite à des défauts de paiement, quelques médecins installés en cabinet privé exigent aujourd'hui d'être payés dès la première consultation. Certains ne facturent que le prix des médicaments et d'autres l'entièreté de la procédure pour une interruption.

*« C'est vrai que lui [Médecin Z] exigeait que l'argent soit posé sur la table. Alors maintenant, avec les changements de facturation, moi, je demande le prix des médicaments. Si on ne peut pas envoyer à l'assurance, c'est-à-dire toutes les patientes Assura, Supra, elles refusent qu'on envoie directement la facture à l'assurance... Donc je leur demande de payer les médicaments. Je leur demande 150 CHF pour les médicaments, et puis, elles se le font rembourser par l'assurance. Donc moi, ça me garantit d'être payé pour les médicaments et que je ne perde pas moi de l'argent. Je n'aurai perdu que du temps. »*

L'étude de Perrin et al. sur des données de 2005 à 2010 a relevé des coûts allant de 400 à 3500 CHF pour la Suisse romande<sup>3</sup>. Le coût moyen pour une interruption médicamenteuse (1076.-) étant plus faible que pour une chirurgicale avec anesthésie générale (1490.-). Cette étude montre également que le coût de l'intervention dépend de la taille de l'établissement hospitalier : le coût moyen en cabinet privé (620.-) est inférieur au coût moyen dans un hôpital régional (1247.-), lui-même étant inférieur au coût moyen au CHUV (1529.-). Aucun des médecins interrogés n'a pu donner le prix réel d'une interruption dans leur cabinet ou à l'hôpital. *Grosso modo* et d'après leur souvenir, une interruption coûte entre 500 et 2500 francs selon le lieu de l'intervention et la méthode (médicamenteuse ou chirurgicale).

*« Et bien, je ne sais pas. Parce que moi, je ne m'occupe pas tellement des finances de l'hôpital puisque je suis salarié, donc voyez... Je sais que c'est plus cher la chirurgicale. Je pense que chirurgicalement, à l'hôpital, narcose, tout ce qui va avec, occupation de la salle d'op, on arrive, je pense, autour des... oui, je ne sais pas, entre 1500 et 2000 CHF....Et puis, la médicamenteuse, je pense que c'est peut-être 500 CHF. »*

Dans les hôpitaux régionaux ou au CHUV, une assistance sociale peut aider à mettre en place un échelonnement des paiements. Certaines femmes se retrouvent ainsi à payer une petite somme par mois pendant plusieurs années.

*« On met le rendez-vous au service social en même temps [que l'intervention] parce qu'elle vient à l'hôpital de jour. Et là, il est prévu de quelle manière ils vont payer. Ils essaient d'inclure le partenaire, un paiement échelonné, peut-être 50 CHF par mois pendant x mois. Par contre, il arrive que le conseiller fasse des demandes à des fondations privées. »*

## 4.2 Les femmes ont-elles le choix de la méthode pour interrompre leur grossesse ?

Dans quelle mesure le choix de la méthode d'interruption relève-t-il de la volonté de la patiente et dans quelle mesure d'une logique institutionnelle ?

Comme décrit précédemment, le choix de la méthode dépend avant tout du stade de la grossesse. La méthode médicamenteuse ne sera proposée que jusqu'à 7 voire 9 SA selon les pratiques du gynécologue ou selon celles de l'hôpital régional consulté. Entre 9 et 12 SA, seule la méthode chirurgicale sera proposée.

Pour avoir le choix, la femme devrait donc, dans l'idéal, se rendre compte de son état de femme enceinte le plus tôt possible et obtenir un rendez-vous avant les 7 semaines d'aménorrhée. Si la femme se rend compte « trop tard » de son état ou qu'elle n'arrive pas à obtenir un rendez-vous avant les 9 semaines, elle n'aura pas d'autre choix que la méthode chirurgicale. Toutes les personnes interrogées ont montré une grande sensibilité à la question du délai par rapport à l'âge gestationnel pour avoir un rendez-vous et affirment mettre tout en œuvre pour recevoir ou référer les patientes au plus vite.

Deux populations de femmes semblent tout de même particulièrement limitées dans le choix de la méthode. Comme mentionné dans le paragraphe 4.1.6 sur les prises en charge spécifiques, il a été souligné à plusieurs reprises que la méthode médicamenteuse à domicile n'était *a priori* pas proposée aux femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas assez bien le français, voire même qu'elle ne leur était pas proposée du tout au profit de la méthode chirurgicale, plus sûre en termes de suivi des protocoles. De même, la méthode chirurgicale est fortement conseillée, même si pas obligatoire, aux femmes ayant des ressources financières très modérées. En effet, dans le cas où l'interruption médicamenteuse serait un échec, il faudrait procéder à une intervention chirurgicale et cela augmenterait considérablement les coûts de l'intervention. Faire une méthode chirurgicale de prime abord coûterait alors moins cher.

*« La Mifégyne est efficace à 95% et il y a 5% d'échecs. Et, s'il y a un échec [de la médicamenteuse], elles doivent refaire un curetage. Une femme qui n'a pas d'assurance, ça veut dire qu'elle va payer son IG médicamenteuse 1000 CHF environ, plus un curetage. Et si elle n'a pas d'assurance, ça va plus que lui doubler le coût de l'interruption. Alors, certaines femmes, quand elles savent ça, parce qu'elles ont vu l'assistante sociale, avec qui elles ont fait un arrangement pour payer peut-être 100 CHF par mois pendant x temps jusqu'à ce que ce soit payé, et bien elles optent plutôt pour le curetage. En sachant que le curetage, il est tout de suite efficace. »*

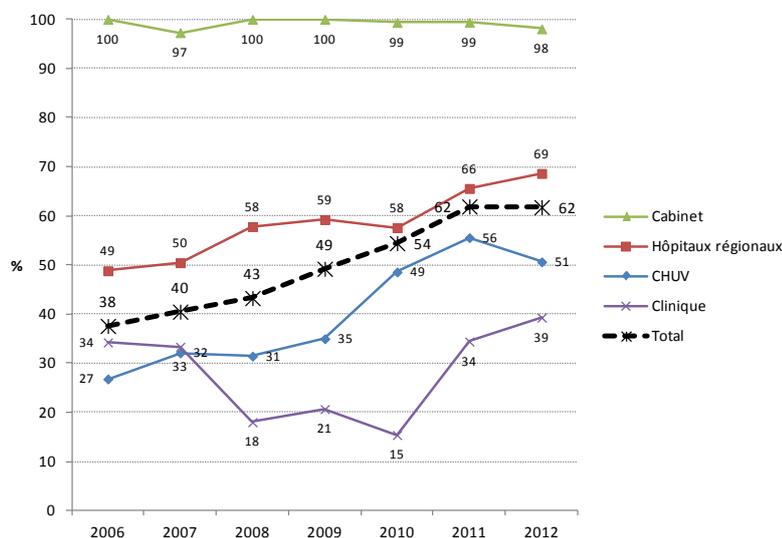
## 4.3 Diffusion de la méthode médicamenteuse dans les différents établissements

L'étude de Rey et Seidenberg, publiée en 2009, indique que les pratiques des hôpitaux et cliniques en Suisse sont très variables et toutes les institutions ne se tiennent pas à l'avis de la Société suisse de gynécologie<sup>5</sup>. D'une part, 21 des 93 établissements ayant participé à leur étude ne proposaient pas du tout la méthode médicamenteuse et d'autre part, ceux qui la proposaient rapportaient ne pas suivre l'ensemble des indications.

Depuis 2006, on observe une tendance vers une utilisation plus accrue de la méthode médicamenteuse quel que soit le lieu d'intervention. La proportion des interruptions de grossesse recensées parmi les résidentes vaudoises pratiquées avec cette méthode est passée de 38% en 2006 à 62% en 2012, pourcentage légèrement inférieur à la moyenne suisse qui est de 67%<sup>n 1</sup>.

Outre une utilisation de plus en plus importante de la méthode médicamenteuse, on remarque que sa diffusion s'est passée de façon très inégale selon le type d'établissement : elle a tout d'abord eu lieu dans les hôpitaux régionaux en 2007, puis au CHUV dès 2010, et bien plus tard dans les cliniques privées. A ce jour, seules les cliniques privées utilisent majoritairement la méthode chirurgicale (**Figure 3**)<sup>17</sup>.

Figure 3 Diffusion de la méthode médicamenteuse par lieu d'intervention, 2006-2012



<sup>n</sup> Office fédéral de la statistique. Statistique des interruptions de grossesse 2012.  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.print.html>

Plusieurs facteurs/hypothèses ont été avancés par les interviewé.e.s pour expliquer les différences observées dans la diffusion de la méthode médicamenteuse :

Dans le secteur privé (cliniques et cabinets), ce sont parfois les nouvelles générations de gynécologues qui ont été formés sur la méthode médicamenteuse qui apportent aujourd'hui leur savoir aux médecins peut-être plus habitués à la méthode chirurgicale :

*« Et bien disons que quand je suis arrivée au cabinet XXX, ils n'utilisaient pas du tout la méthode médicamenteuse. Ils étaient installés depuis 10 ans, donc quand ils ont quitté l'hôpital ça n'avait pas encore été mis en place. Mais moi, j'avais appris à l'utiliser à l'hôpital et je l'ai amené au cabinet et du coup maintenant ils le font aussi. C'est une question d'habitude, ils n'avaient pas l'habitude tout simplement et puis le temps que les habitudes arrivent, alors il y en a qui sont très à la pointe aussi, mais c'est vrai que si vous en faites une par année... Je pense que les collègues de ma génération vont tous le faire. »*

Avec internet, les femmes connaissent mieux les méthodes d'interruptions et demandent la médicamenteuse.

*« Après je pense qu'il y a de plus en plus de patientes qui demandent, vous ne pouvez pas leur dire non. La méthode médicamenteuse, dans un premier temps, ça fait très envie. Après, quand on dit à la patiente, écoutez, faut quand même revenir, revenir prendre le médicament, 10 jours plus tard... souvent elles s'imaginent « ah voilà le médicament, après j'oublie et c'est bon »...mais de l'autre côté, moi je pense qu'il y a de plus en plus de demandes (pour la méthode médicamenteuse) et on peut pas leur dire ça n'existe pas, c'est pas vrai ! »*

Une interruption médicamenteuse ne demande pas un gros plateau technique ce qui expliquerait pourquoi elles ont été plus rapidement mises en place dans les hôpitaux régionaux. Le CHUV, organisé et habitué à réaliser des interruptions chirurgicales, a peut-être mis un peu plus de temps à se réorganiser.

*« J'ai l'impression, enfin c'est une hypothèse, je me demandais est-ce que dans les hôpitaux régionaux la médicamenteuse n'a pas été utilisée en premier parce que justement ils n'avaient pas tout le plateau, pas forcément technique, mais toute l'organisation qui allait avec et que du coup, la médicamenteuse c'était quand-même beaucoup plus facile à mettre en place... C'est possible oui, moins de médecins, moins de salles d'opérations, mais c'est vrai qu'au CHUV, on en faisait tous les jours des curetages, 3 ou 4 par jour. Donc ça prend beaucoup de place, de monde et de structure. Donc c'est possible que ce soit en partie de ça, ce n'est pas impossible ».*

Quant aux interventions en clinique, elles sont le fait de médecins installés en cabinet privé qui orientent leurs patientes vers l'établissement avec lequel il travaille lorsqu'ils ont besoin de faire une interruption chirurgicale. Un médecin a soulevé que, autant d'un point de vue financier qu'organisationnel, la méthode médicamenteuse était plus intéressante pour lui. Une interruption chirurgicale lui demande en effet du temps de déplacement et d'attente, temps pendant lequel il ne peut faire ses consultations au cabinet. Sur l'intervention en elle-même, c'est

plus l'établissement qui tire un bénéfice de l'interruption chirurgicale que le gynécologue personnellement.

## 4.4 Accès à l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud

On constate une différence de pratique concernant l'accès à l'interruption de grossesse entre Lausanne et presque tous les autres districts du canton de Vaud. Ces différences peuvent être en termes d'accès pour les mineures, d'accès à la méthode médicamenteuse jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, d'accès aux interruptions tardives, d'accès à un gynécologue disponible par exemple.

Certains hôpitaux régionaux ne prennent pas en charge les mineures et les renvoient vers le CHUV à Lausanne alors qu'ils pourraient faire appel aux services de la fondation Profa située dans leur district. Même si cela se passe le plus souvent avec l'aide de Profa, on peut imaginer qu'aux difficultés financières de ces jeunes s'ajoutent les problèmes de transport, de justification d'absences pour de nombreux rendez-vous...

*« Alors les mineurs, ce qui a été décidé avec le médecin chef, c'est en tout cas en dessous de 16 ans, on les passe au CHUV automatiquement. »*

*« Une jeune qui arrive à 14-15 ans, qui est enceinte et en général en plus alors si le partenaire a plus de 18 ans, il y a déjà un problème. S'il a moins de 18 ans, c'est deux paumés. Ça dépend, si elle vient et puis qu'elle est accompagnée d'un membre de sa famille, sa maman, je veux dire au moins il y a le soutien, c'est un accident, elle a pu en parler. Si par contre elle vient en disant : « il ne faut pas que mes parents sachent... ». Alors là, sincèrement, je trouve qu'on n'a pas l'infrastructure pour pouvoir vraiment la protéger. »*

Dans certains districts, il est plus difficile de se voir proposer la méthode médicamenteuse entre 7 et 9 semaines d'aménorrhée. Si la femme se trouve dans cette situation et qu'elle désire la méthode médicamenteuse, elle doit, si elle le peut et si elle est bien informée, aller au CHUV ou chez un médecin installé en cabinet qui acceptera de la recevoir. Les centres Profa sont bien implantés dans le réseau et peuvent aider la femme à obtenir un rendez-vous. Encore faut-il que la femme connaisse cette possibilité.

*« Au-dessus de 7 semaines, c'est le curetage. Ou, si les gens veulent, on leur dit, écoutez, il faut aller à Lausanne, là-bas vous pouvez...si vous voulez à tout pris la MyféGINE et vous êtes à plus de 7 semaines mais moins que 9, alors vous pouvez prendre le rendez-vous au planning familial à Lausanne. »*

Aucune clinique et très peu d'hôpitaux régionaux semblent pratiquer des interruptions tardives (supérieures à 12 SA). La patiente est alors renvoyée systématiquement vers le CHUV. L'hôpital d'Aigle est également connu pour sa pratique des interruptions tardives.

Il nous a été rapporté qu'il y a plusieurs années, le CHUV a eu une période où les délais pour une interruption de grossesse étaient très longs (2-3 semaines). De fait, certaines femmes se sont dirigées vers les hôpitaux régionaux qui ont eu le sentiment, peut-être à juste titre, d'être débordés et de ne plus avoir assez de place pour les patientes de leur propre région. Un établissement nous a confié qu'une directive avait alors été formulée expliquant qu'il ne fallait admettre que les femmes habitant leur district. Cette directive semble être toujours appliquée actuellement. Cela signifie qu'une femme habitant Lausanne et désirant faire une interruption de grossesse dans ce district (pour des raisons d'anonymat, de proximité avec son travail...) aura des difficultés à être prise en charge. Seulement certains cas échappent à cette restriction.

*« ...[Aujourd'hui] pour les patientes qui viennent de l'extérieur [du district], il faudrait au moins qu'un gynécologue traitant, par exemple à Lausanne, nous appelle en disant : « Ecoute, j'ai une situation particulière, au CHUV les délais sont longs, c'est un cas particulier. » Et à ce moment-là, on dit : « Mais oui, il n'y a pas de soucis », mais il faut au moins qu'elles soient référées ».*

Même si les statistiques concernant la durée de grossesse des interruptions pratiquées dans le canton de Vaud indiquent dans l'ensemble un bon accès à l'intervention, car les trois-quarts sont réalisées dans les 9 premières semaines de grossesse, certaines femmes, par exemple celles qui n'ont pas de gynécologue attitré, peuvent se retrouver à faire de nombreux téléphones avant d'obtenir un rendez-vous. Ceci peut avoir comme conséquence qu'elles n'ont plus accès à la méthode médicamenteuse ou doivent se rabattre sur un établissement de santé alors que ce n'était pas leur premier choix.

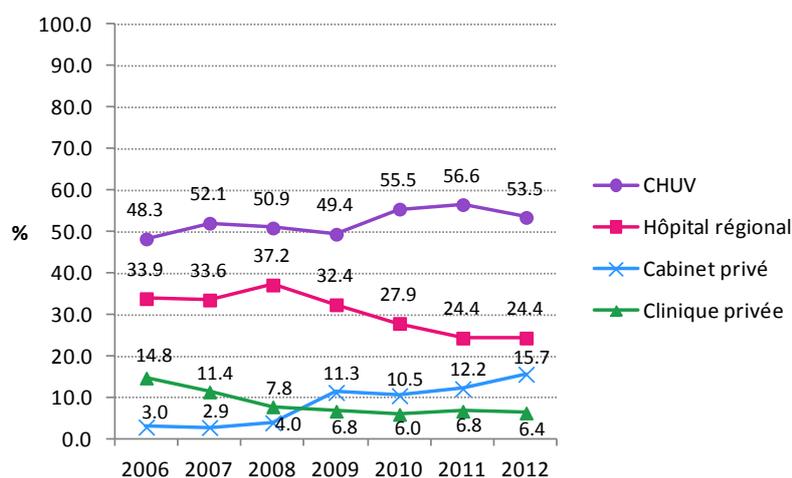
*« Alors le seul parcours du combattant que j'ai eu, enfin les seuls, parce que ça arrive régulièrement, c'est la dame qui est dans la région et qui vient d'arriver, qui n'a pas de gynécologue et qui fait 3, 4, 5 téléphones avant d'arriver ici parce que « mais on n'a pas de temps, mais on n'a pas de rendez-vous avant telle date ». Et puis je peux comprendre qu'un médecin en ville ne soit pas disponible parce qu'il prévoit ses consultations super plein et puis que ce genre de trucs va l'embêter. »*

*« Parce que souvent c'est dans la panique. Elles téléphonaient au CHUV, au CHUV, ils disaient « Ah, on est complet. On ne peut pas voir avant 2-3 semaines » ce qui veut dire que ce sera chirurgical. On ne pourra pas la faire médicamenteuse. Elles vont taper à Profa. Profa leur dit « on peut vous donner des numéros de téléphone. » Alors, du coup, ce que font les patientes, elles commencent à faire la liste. Ils leur donnent une liste des médecins qui font les interventions, et puis, elles font la liste. Et c'est vrai que, là, il devrait y avoir une structure où les gens peuvent aller s'adresser. Cette structure va les orienter à gauche, à droite. Alors qu'actuellement, les patientes sont seules en train de faire la liste de téléphones pour avoir quelqu'un qui est d'accord de les prendre en charge. »*

On aurait pu penser que l'autorisation donnée aux médecins installés en cabinets privés en 2008 de pratiquer des interruptions aurait désengorgé le CHUV, amélioré l'accès des femmes dans les régions moins bien desservies en services de gynécologie et cabinets de gynécologues et multiplié les filières d'accès à l'interruption. En fait, dès 2009, la proportion d'interruptions a légèrement augmenté au CHUV mais a surtout diminué dans les hôpitaux régionaux (**Figure 4**) parallèlement à

l'augmentation observée dans les cabinets privés. Il semblerait donc qu'il y ait simplement eu un report des interruptions de l'hôpital régional vers les cabinets.

**Figure 4** Proportion des interruptions de grossesse par lieu d'intervention et par année (2006-2012)



Un peu plus de 200 interruptions de grossesse ont été réalisées en cabinet privé en 2012. Comme indiqué à la section 3.3, sur 131 médecins installés en cabinet dans le canton de Vaud et répertoriés dans l'annuaire<sup>o</sup>, 40 ont réalisé au moins une interruption en 2012 (environ 30%)<sup>p</sup>. Deux médecins installés sur le district de Lausanne réalisent à eux seuls les 37% des interventions en cabinet privé du canton de Vaud. Cette inégalité peut de prime abord paraître importante et nous avons cherché à mieux la comprendre.

Etudions en premier lieu les chiffres : à répartition théoriquement égale, 200 interruptions pour 131 gynécologues représentent environ 1.5 IG par médecin par an, ce qui est peu. La probabilité pour un gynécologue installé en cabinet d'être confronté à un tel cas est donc très faible. On ne connaît pas le nombre de gynécologues ayant refusé de la pratiquer et/ou qui ont redirigé leur patiente. De même, on ne connaît pas le nombre de gynécologues qui n'ont tout simplement pas eu de patiente consultant pour une interruption. Par ailleurs, comme l'a relevé un des médecins interrogés, certains gynécologues en fin de carrière ont peut être une patientèle qui n'est plus en âge d'être concernée par une interruption de grossesse. Cela expliquerait pourquoi ils n'en pratiquent pas ou très peu.

Au vu de la disparité de pratique des interruptions entre les gynécologues, deux types de politiques semblent être mises en place : la grande majorité des médecins ont décidé de pratiquer

<sup>o</sup> search.ch au 07.01.2015.

<sup>p</sup> Le nombre de médecins peut légèrement varier d'une année à l'autre.

des interruptions uniquement pour leurs propres patientes et une petite poignée de médecins sont connus ou se sont fait connaître pour leur accueil de toutes les femmes dans cette situation. De fait, celles et ceux concernés par la question de l'interruption de grossesse mais qui ne la pratiquent pas (gynécologues, Profa, CHUV lorsque celui-ci est trop chargé) ont tendance à rediriger leur patiente vers ces quelques médecins expérimentés.

Mis à part le fait que peu d'interruptions sont pratiquées en cabinet et que les gynécologues ont finalement peu de chance d'être face à une demande d'interruption de la part de leur patiente, d'autres raisons pourraient expliquer pourquoi certaines femmes concernées sembleraient avoir le sentiment que peu de médecins pratiquent des interruptions et que le délai pour obtenir un rendez-vous est beaucoup trop long<sup>q</sup>.

Certains médecins ont évoqué des problèmes d'ordre organisationnel. Il est difficile en cabinet de gérer une urgence nécessitant de multiples rendez-vous, dans un temps restreint et avec un emploi du temps très serré.

*« C'est un problème de timing, puisqu'on doit pouvoir voir les gens très rapidement dans un délai... Au moment où elles arrivent, elles sont à 6-7 semaines. Il faut que, dans l'espace d'une semaine, on ait tout organisé. Il faut savoir que ça fait, en principe, 3 rendez-vous : la consultation d'entretien pour discuter, remise du 1<sup>er</sup> médicament, remise du 2<sup>e</sup> médicament. Donc ça veut dire qu'au niveau des agendas, on doit être capable de libérer 3 plages dans la semaine qui suit, ce qui est très difficile chez les gynécologues. »*

Des problèmes d'ordre logistique ont été évoqués concernant la difficulté à faire une interruption médicamenteuse au cabinet, du moins jusqu'à 9 semaines. Le médecin devrait nécessairement avoir une pièce dédiée à la surveillance de la femme lors de la phase d'expulsion et un.e assistant.e médical.e disponible pour cela, ce qui n'est pas toujours évident à mettre en œuvre. Bien que cela n'ait pas été mentionné lors des entretiens, on peut penser que le coût d'une telle organisation pour si peu de cas ne rend pas intéressant d'un point de vue financier une telle mise en place.

Le refus de pratiquer pour des raisons religieuses semble très peu se retrouver aujourd'hui, tout du moins dans le canton de Vaud. Un potentiel tourisme médical pour les interruptions, des cantons limitrophes vers le canton de Vaud, a toutefois été mentionné<sup>r</sup>.

*« En général, dans les hôpitaux, on est tous formé quand même à faire des interruptions. Je pense que le côté religieux de dire « moi, je ne pratique pas l'interruption. », il y en a peut-être encore quelques-uns, mais il y en avait plus à l'époque. »*

Certains médecins ont de fausses croyances ou une connaissance incomplète de la législation. On constate une représentation floue du contexte juridique, même parmi ceux qui pratiquent des interruptions régulièrement et quel que soit le lieu de travail du médecin. Par exemple, quatre médecins interrogés pensent qu'il faut une autorisation spéciale du médecin cantonal pour pouvoir prescrire la Mifégyne, ce qui est faux. La firme COSAN a confirmé que tous les médecins

<sup>q</sup> Séverine Saas, « Avorter, pas si simple », article du magazine L'Hebdo, mis en ligne le 30.01.2014.

<sup>r</sup> En 2012, parmi les femmes résidant dans un autre canton (N=179), la majorité provenait des cantons limitrophes notamment du Valais (N=95, 53.1%) et de Fribourg (N=43, 24.0%)<sup>17</sup>.

gynécologues FMH ainsi que les pharmacies des hôpitaux ayant un service de gynécologie pouvaient leur commander la Mifégyne sans avoir à passer par le médecin cantonal<sup>s</sup>. Contrairement à la situation française, un gynécologue n'a pas besoin d'avoir conclu une convention avec un établissement de santé pour avoir le droit de se procurer la Mifégyne. Nous avons relevé quelques extraits d'entretiens montrant le doute, la méconnaissance des médecins à ce sujet :

*« La Myfégyne est un médicament à usage hospitalier, alors, il faut que la personne...si vous voulez, c'est un peu artificiel... il y a très peu de médecins qui la prescrivent. A Lausanne, je sais en tout cas qu'il y a le Dr Y qui a le droit et après je crois qu'il y a un autre mais c'est tout...Ils ont une autorisation spéciale. C'est hyper dur pour pouvoir obtenir une lettre. Moi, ça me faciliterait bien la vie ».*

*« La plupart du temps, au moins pour prendre la Myfégyne, je l'envoie à l'hôpital parce que c'est très compliqué en pharmacie. C'est compliqué parce qu'il faut une prescription spéciale. En fait, je crois qu'ils ne la vendent pas en pharmacie. Parce qu'on doit voir la patiente qui prend ses comprimés [de Mifepristone]. »*

*« C'est extrêmement flou au niveau juridique. Mais, visiblement, on doit avoir une autorisation du médecin cantonal. Alors le médecin cantonal nous dit que ce n'est pas vraiment vrai, on ne sait pas exactement. Toujours est-il que pour pouvoir commander les médicaments, on doit avoir une autorisation du médecin cantonal. »*

*« On ne sait pas qui... qui impose quoi. La firme Cosan qui distribue le médicament, sur quelle base ils exigent de ça. Et du coup, certains collègues, et bien, n'ont pas cette autorisation donc ne peuvent pas se fournir. »*

Certains médecins pensent également que les femmes mineures doivent bénéficier d'une autorisation parentale pour une interruption en cabinet ou autrement aller au CHUV, au département de Gynécologie-Obstétrique. Or, comme mentionné précédemment, une mineure de moins de 16 ans n'a pas l'obligation légale d'informer ses parents concernant sa démarche pour une interruption de grossesse. Il est en revanche nécessaire qu'elle consulte une unité spécialisée pour mineurs à savoir Profa ou l'UMSA<sup>t</sup> dont le rôle est souvent confondu avec celui du département de Gynécologie-Obstétrique (DGOG).

*« Cela fait des années que je n'ai plus eu de mineures...Je crois qu'elles ont besoin de l'autorité parentale aussi. Alors, il faut soit voir si les parents sont d'accord ou bien sinon, il faut les envoyer à l'UMSA chez Renteria [DGOG au CHUV], à Lausanne.»*

*« Une mineure qui est seule, je pense qu'il faut au moins la faire voir par quelqu'un de compétent dans le domaine, quitte à prendre en charge le côté gynécologique. Donc c'est vrai, je pense qu'on peut s'adresser à la médecine des adolescents ou quelque chose comme ça...Oui, je pense qu'il n'y a pas tellement d'autres possibilités. »*

<sup>s</sup> Entretien téléphonique du 27.05.2014 avec Mme Vogeli, firme COSAN sàrl.

<sup>t</sup> UMSA : Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents qui est une unité rattachée au Département médico-chirurgical de pédiatrie du CHUV et non au département de Gynécologie-Obstétrique et Génétique médicale.

Si la mise en place du régime du délai est unanimement perçue comme une avancée dans le droit des femmes à faire leur propre choix, il arrive en revanche que la nouvelle loi soit parfois ressentie comme une obligation d’obtempérer à la demande de la femme, comme un frein à la liberté du médecin de pouvoir donner son avis. Ce sentiment semble particulièrement éprouvé lorsqu’une même patiente revient consulter pour des interruptions à répétition.

*« Maintenant avec le changement de la loi, elles arrivent, elles viennent « Ah la loi, c’est mon droit. Je n’ai aucun... Je n’ai rien à justifier. Vous avez juste le droit de pratiquer mon IG. » Et c’est vrai qu’en tant que soignant, c’est quelque chose qui est quand même difficile à... parce que ce n’est quand même pas des gestes anodins... Et c’est vrai qu’au niveau médical, on devient... On aurait envie d’être réticent ou... Et, et bien, on ne peut pas. On a juste à obéir. Et je pense que la loi, pour ça, n’a pas été très habile. Dans le sens qu’on n’a aucun moyen de refuser une patiente qui vient pour la 12<sup>e</sup> IG. »*

Finalement, aucune difficulté d’ordre strictement médical n’a été mentionnée ni le fait que l’activité soit modérément rémunératrice.

## 4.5 Démarches administratives

Les gynécologues doivent impérativement remplir au minimum trois documents lors d’une demande pour une intervention de grossesse :

1. Le **formulaire de déclaration obligatoire** concernant les statistiques en matière d’interruption de grossesse (**Annexe 8.2**). Il s’agit d’un questionnaire confidentiel et anonyme à renvoyer à l’Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne, délégataire du Médecin cantonal.
2. Le **formulaire de demande d’interruption de grossesse** qui sera signé par la patiente et envoyé au médecin cantonal. Il s’agit d’une procédure administrative d’usage à l’attention du médecin. Ce dernier est tenu de remplir la partie qui convient (pour les patientes de moins de 16 ans ou pour les plus de 16 ans) et de la mettre au dossier de la patiente à l’attention du médecin qui réalisera l’interruption. En signant ce formulaire, la femme affirme s’être entretenue de manière approfondie avec le médecin, avoir été conseillée personnellement et avoir été informée sur l’intervention et les risques médicaux qui y sont liés. Elle acquiesce également avoir reçu un document contenant la liste officielle des centres de consultation en matière de grossesse proposant gratuitement une aide matérielle et psychologique une liste d’associations et organismes susceptibles d’apporter une aide morale ou matérielle et des informations sur la possibilité de faire adopter l’enfant.
3. Selon le type d’interruption, le médecin fera également signer à la patiente la feuille **d’informations sur l’interruption médicamenteuse de la grossesse** de la SSGO<sup>u</sup> ou celle sur le **protocole d’information pour interruption volontaire de grossesse (IVG)**. Ces protocoles sont disponibles sur le site de la SSGO. Ces documents permettent d’informer la patiente sur les méthodes opératoires, les risques et complications et les contre-indications. En signant cette

<sup>u</sup> SSGO : Société Suisse de Gynécologie et d’Obstétrique. <http://sggg.ch/fr/node/15715>

feuille, la patiente affirme avoir compris les explications fournies et donne son accord pour l'intervention.

Sur le site internet de la SSGO<sup>V</sup>, le protocole sur l'interruption médicamenteuse n'est disponible qu'en allemand et en italien et la dernière version date de 2002. Nous nous sommes rendus compte, de part les entretiens menés sur le terrain, que les gynécologues utilisaient une version en français datant de 2000 et dont certaines informations sont manquantes (thèmes de la contraception, du Rhésus négatif, des futures grossesses) ou différentes (prise en charge de l'interruption par l'assurance maladie) de celles présentées dans les deux autres langues<sup>W</sup>. Voici l'exemple de la prise en charge financière de l'interruption :

Protocole en allemand : « *Kosten: Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch werden von den Krankenkassen übernommen.* »

Protocole en français : « *Coûts : Le coût de la MyféGINE n'est pas toujours pris en charge par les caisses-maladie. A l'inverse, les consultations et les examens nécessaires à l'interruption de grossesse sont des prestations obligatoires des caisses-maladie.* »

En établissement hospitalier, d'autres documents inhérents à la prise en charge de la patiente sont également à remplir par le médecin et/ou la conseillère en santé sexuelle et reproductive.

Plusieurs médecins rencontrés paraissent agacés par tous ces formulaires à remplir et à faire signer. L'utilité du formulaire de déclaration obligatoire semble particulièrement incomprise et fastidieuse. L'idée d'informatiser le processus pour simplifier le travail a été amenée :

*« Il y a beaucoup de papiers à remplir parce que concrètement, on doit faire signer le consentement de la société Suisse, on doit signer le consentement qui va avec le formulaire. Le formulaire... c'est vrai qu'il y a beaucoup de paperasse. Disons que si le tout pouvait être groupé dans un seul formulaire ce serait formidable... Et puis il faudrait voir si c'est quelque chose qui pourrait être informatisé aussi... et même envoyé électroniquement si j'ose dire. Du moment où c'est anonyme de toute façon, il n'y a pas le nom de la patiente. »*

Concernant la saisie de la déclaration, les procédures sont différentes selon le lieu de l'intervention. Dans les cabinets privés, ce sont les gynécologues qui remplissent eux-mêmes le formulaire en face à face avec la patiente. Dans les hôpitaux régionaux, ce sont le plus souvent les médecins-assistants qui le font alors qu'au CHUV, les secrétaires reprennent des données du dossier d'entretien (réalisé par les conseillères et par le médecin) pour remplir le formulaire de déclaration obligatoire et ensuite l'envoyer à l'IUMSP.

*« Je remplis le formulaire le 1<sup>er</sup> jour. Je le laisse dans le dossier, pour le 1<sup>er</sup> médicament. Et puis, je l'envoie [au médecin cantonal, à l'IUMSP] lors du 2<sup>e</sup> médicament, parce que s'il y a eu un problème, si elle a vomi les comprimés... Des fois, les choses n'ont pas fonctionné... »*

<sup>V</sup> Visité en novembre 2014.

<sup>W</sup> Une mise à jour de la version française est disponible depuis le début de l'année 2015.

De nombreux gynécologues exercent à la fois dans leur cabinet privé et dans un hôpital ou une clinique. La frontière peut être très mince, même physiquement, entre ces deux endroits puisque la majorité des médecins rencontrés ont leur cabinet au sein même de l'hôpital. Nous nous sommes demandé dans ce cas ce qu'ils cochaient dans le formulaire concernant le lieu de l'intervention. Par exemple, si la femme est venue consultée en premier lieu au cabinet mais qu'elle a pris la MyféGINE à l'hôpital, que coche le médecin ? La majorité des médecins semblent cocher le lieu où l'intervention s'est effectivement déroulée.

*« Quand elle prend ses médicaments à l'hôpital, je coche « à l'hôpital ». Je ne mets jamais en cabinet privé pour moi. Et ce n'est pas évident. Je mets en fonction du lieu où elles prennent le médicament. »*

De même en cas d'échec de la méthode médicamenteuse, une intervention chirurgicale doit s'en suivre. Que coche alors le praticien, « méthode médicamenteuse » comme cela était prévu à l'origine ou « méthode chirurgicale » comme cela s'est finalement terminé ? Les gynécologues interviewé.e.s semblent tous cocher la méthode médicamenteuse dans ce cas. Les échecs avec la méthode médicamenteuse ne sont donc pas comptabilisés dans les statistiques.

Il existe une fiche de transmission commune entre Profa et le CHUV ou les autres hôpitaux régionaux. Cette fiche permet à la patiente de ne pas avoir constamment à redonner les mêmes informations lorsqu'elle arrive à l'hôpital. Cette fiche peut être légèrement différente selon les besoins des différents hôpitaux et Profa a fait en sorte de s'adapter à chacun.

Les entretiens ont montré que lors des interruptions tardives les médecins se trouvent parfois démunis concernant l'item « méthode d'intervention » employée. Il se pourrait en effet que certains praticiens aient coché *interruption chirurgicale* pour des interruptions tardives (supérieures à 12 SA) car la femme se trouve en salle d'opération pour l'intervention.

*« Il y a quelques années, nous cochions toujours chirurgicale pour les 14 semaines, 15 semaines, alors qu'on utilise la myféGINE pour provoquer. Parce que pour nous, c'était associé à un acte. On a l'impression que c'est de la chirurgie mais c'est faux en principe. Maintenant, on met médicamenteux par expulsion, donc comme ça les secrétaires quand elles vous donnent les statistiques, elles les mettent dans les médicamenteuses. Mais personne ne sait comment font les autres, il y a pas d'unité en Suisse parce qu'il est clair que selon comment vous faites, vous avez plus d'interruptions médicamenteuses. »*

## 4.6 Relations entre les professionnels concernés par l'interruption de grossesse sur le canton de Vaud

Les établissements de santé travaillent parfois en relation, de manière informelle ou formelle, avec un centre de planification familiale. Dans la plupart des cas, Profa réfère les femmes venues les consulter vers l'hôpital mais il arrive également, dans une moindre mesure, qu'un médecin d'un hôpital régional fasse appel à Profa particulièrement dans les cas de forte ambivalence.

Profa et le CHUV ont mis en place une procédure facilitée pour permettre à la femme ayant consulté en premier lieu Profa d'aller faire un ultrason au CHUV afin de dater précisément la grossesse. Elle retourne ensuite chez Profa pour l'entretien avec la conseillère. L'avantage pour la femme est qu'elle sait où elle en est dans sa grossesse et que cela va permettre d'orienter la discussion avec la conseillère sur le plan des échéances, de la fenêtre temporelle où elle se situe et du choix de la méthode d'interruption. En revanche, la patiente se retrouve à devoir aller à différents rendez-vous en différents endroits en l'espace de quelques jours. Cela rallonge le processus qui mène à l'interruption et peut être difficile à vivre pour la femme concernée.

Il peut exister des tensions concernant notamment la prise en charge des interruptions tardives (>12 SA). Peu d'hôpitaux régionaux en font et ils ont tendance à transférer ces cas au CHUV. Certaines femmes se sont retrouvées dans la situation d'être ballotées entre l'hôpital de leur district et le CHUV qui demandait à l'hôpital de prendre ses responsabilités vis-à-vis des interruptions tardives.

*« Toutes ces collaborations dans les différents hôpitaux varient, généralement ça se passe bien, c'est compliqué quand on se retrouve avec des grossesses avancées, là effectivement... Quand on dépasse les 12 semaines... je dirais ce qui se joue actuellement c'est un petit peu que le CHUV souhaiterait que les hôpitaux régionaux prennent leurs responsabilités face à ces grossesses-là, ce qui se comprend tout à fait. Les hôpitaux paniquent un petit peu face à cette situation, donc les envoient au CHUV et on se retrouve à accompagner des femmes qui vont au CHUV, on leur dit « non » elles retournent à l'hôpital, on leur dit « non » et les semaines passent... »*

La tension peut être entre le CHUV et les autres établissements de santé mais également entre les gynécologues et les conseiller.ère.s en santé sexuelle. Le rôle d'un.e conseiller.ère, mais également du médecin, est d'aider la femme à prendre la bonne décision pour elle, de l'aider à prendre le temps de la réflexion et de ne pas se précipiter. Dans les établissements hospitaliers, le médecin apparaît plus comme un technicien, il doit réaliser l'intervention. L'ambivalence de la femme semble alors mal comprise lorsque celle-ci l'amène à pratiquer une interruption tardive. Le médecin a le sentiment que les difficultés et les risques auxquels il est confronté dans cette situation particulière ne sont pas compris par les conseiller.ère.s.

*« Ce ne sont pas elles [les conseillères] qui font les opérations donc typiquement pour les interruptions tardives, ce sont des choses que je voulais mettre en place mais je n'ai jamais réussi, c'est qu'elles puissent venir en salle d'opération pour voir ce que c'est*

*qu'une intervention à 15 semaines. S.L. : Dans le sens où les conseillères laissent du temps aux femmes pour réfléchir parfois ? Oui, des fois c'est vrai que ce n'est pas facile parce qu'il y a des femmes qui disent « oui non, oui non.. » mais ça arrive qu'on se retrouve à 13-14 semaines et puis pour nous, c'est vraiment assez désagréable ; surtout que ce n'est pas nous qui voyons les femmes en plus, on nous dit maintenant il faut opérer cette dame. Et puis les risques opératoires, c'est pour nous. »*

Si le médecin pouvait lui-même participer à la discussion sur l'ambivalence avec la femme, son acte aurait plus de sens pour lui. Il serait intéressant qu'il participe à cet entretien.

Rarement, il arrive que le CHUV n'ait plus la place pour accueillir rapidement les femmes désirant une consultation pour une interruption. Il est arrivé que le temps d'attente pour un rendez-vous soit de deux semaines et alors trop long pour une femme désirant faire une interruption médicamenteuse. Dans ces cas, il arrive que le CHUV redirige la patiente vers un confrère installé en cabinet. Il fournit alors une liste d'adresses à contacter.

Malgré la fiche de transmission mise en place entre Profa et les établissements de santé, les femmes sont parfois questionnées ou auscultées une nouvelle fois à l'hôpital. Cela peut évidemment être perçu par les femmes comme une difficulté supplémentaire ou par Profa comme un manque de confiance ou de reconnaissance envers leur professionnalisme.



# 5

## Discussion



# 5 Discussion

Les résultats ci-dessus fournissent une description détaillée du parcours de la femme depuis son premier contact avec les services de santé jusqu'à l'interruption de sa grossesse. Le parcours diffère selon le contexte institutionnel et géographique et selon le type d'intervention qui sera adopté, ainsi que, dans une moindre mesure, selon certaines caractéristiques de la femme elle-même. Quant à la méthode d'interruption, les différents facteurs pouvant intervenir dans son choix ont été mis en évidence. Le contexte de la saisie du formulaire de déclaration obligatoire ainsi que d'autres démarches administratives ont également été clarifiés.

Depuis 1990, les interruptions de grossesse dans le canton de Vaud font l'objet d'une surveillance continue. Au vu des indicateurs, on peut conclure que le système fonctionne relativement bien. A titre d'exemple, il a été constaté que plus de neuf interventions sur dix ont lieu dans les 12 premières semaines et que, dans l'ensemble, les différents indicateurs se démarquent par une grande stabilité<sup>17</sup>. Par ailleurs, les indicateurs n'indiquent pas d'inégalités en termes d'accès à cette prestation selon les caractéristiques de la femme. La présente étude n'a pas démenti cette impression. Dans son ensemble, le système est efficace et permet à toute femme souhaitant terminer sa grossesse de le faire dans le cadre de la loi en vigueur. Néanmoins, un approfondissement de la situation rendu possible par la présente étude a relevé un certain nombre de contraintes dans le système qui empêchent son fonctionnement optimal<sup>x</sup>. La présence ainsi que l'importance de ces contraintes devraient donc être discutées par les décideurs et acteurs concernés afin de définir les éventuelles mesures à prendre. Une synthèse de ces contraintes est présentée ci-dessous, structurée selon les questions d'accès à l'interruption de grossesse, de sa prise en charge et de sa déclaration obligatoire.

## 5.1 Accès à l'interruption de grossesse

Si le canton de Vaud présente un nombre considérable d'acteurs disponibles en cas de besoin d'interruption de grossesse, on note une répartition hétérogène de ceux-ci sur le territoire. La couverture est plus faible dans les zones rurales (il n'y a pas d'hôpital régional ou de centre Profa à l'ouest du canton) et les cabinets des gynécologues sont fortement concentrés dans un nombre limité de zones urbaines. On constate donc une inégalité en termes d'accès géographique. Dans la même logique, seuls les grands centres sont à même de fournir un service spécifique, rappelons que les femmes cherchant une interruption de grossesse dans les établissements plus petits sont obligées de partager la salle d'attente avec des femmes enceintes et de jeunes mères.

D'autres difficultés d'accès ont également été relevées. On aurait pu penser que la possibilité d'obtenir la méthode médicamenteuse au cabinet privé ouvre la voie à un accès plus facile à la prestation. Or, sauf quelques exceptions, les gynécologues installé.e.s sont relativement peu impliqué.e.s dans la pratique des interruptions de grossesse. Une femme ne faisant pas déjà

---

<sup>x</sup> c.f. L'approche de management de la Théorie des contraintes: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie\\_des\\_contraintes](http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_des_contraintes)

partie de la clientèle d'un.e gynécologue trouvera difficilement un.e gynécologue installé.e prêt.e à la prendre en charge. On peut également relever des problèmes d'accès pour les mineures, particulièrement quand elles habitent en zone rurale. On peut imaginer la difficulté à venir à plusieurs rendez-vous, loin de leur lieu de résidence, à les planifier hors des heures de cours, éventuellement à devoir les justifier ou les cacher auprès de leurs parents.

Par ailleurs, le système ne prévoit pas d'égalité d'accès sur le canton concernant la prise en charge des femmes ayant une grossesse tardive. Dans certains districts, la possibilité de faire une interruption tardive tient souvent à la présence d'un médecin particulièrement impliqué et engagé. Peu de médecins pratiquent des interruptions tardives au-delà des 14 semaines d'aménorrhée. Quand les arrangements qui assurent un accès à l'intervention dépendent uniquement de la volonté de quelques acteurs la question se pose de la pérennité de ces prestations.

Lorsqu'une femme se retrouve sans revenu, les différents acteurs, médecins, conseillers.ères en santé sexuelle, trouvent eux-mêmes des arrangements (ex. : faire payer en plusieurs fois) afin que ces femmes puissent avoir accès à l'interruption. Même pour celles avec un revenu, le coût de l'intervention peut peser lourd. Si l'on considère que les femmes, jeunes en général, ont une assurance avec franchise élevée, le coût d'une interruption de grossesse est important - entre 400 et 3500 CHF<sup>3</sup> - et quasiment totalement à leur charge. Par conséquent, on peut faire l'hypothèse qu'elle est rarement remboursée par l'assurance de base, même si elle y est incluse.

Enfin, un résultat inquiétant a été le manque de connaissances précises chez certains médecins en ce qui concerne le cadre juridique. Des contraintes légales ont été citées alors qu'elles n'existent pas. Par ailleurs, les médecins semblent méconnaître la loi relative à l'interruption de grossesse par rapport aux mineures de moins de 16 ans, notamment en ce qui concerne la visite obligatoire à l'UMSA ou Profa. Ces mécompréhensions peuvent avoir un impact négatif en termes d'accès.

## 5.2 Complexité de la prise en charge

### 5.2.1 Délai de prise en charge

La réalisation d'une interruption de grossesse nécessite de passer à travers plusieurs étapes : la constatation de la grossesse, l'intervention et le contrôle final. Le processus peut comporter des rendez-vous supplémentaires en cas d'ambivalence de la femme. Les professionnels évaluent le délai de prise en charge entre 7 et 10 jours, mais le nombre de rendez-vous pour la méthode médicamenteuse peut être supérieur au nombre de rendez-vous pour la méthode chirurgicale (3 à 7 versus 3 à 5).

Nous avons relevé plusieurs éléments susceptibles de contribuer au délai. Certains sont inévitables. A titre d'exemple, avant de faire une interruption, il faut s'assurer que la grossesse est bien existante et viable. Elle ne pourra donc jamais être réalisée avant 5-6 semaines d'aménorrhée. D'autres tiennent à la logistique du système actuel : une consultation pour

interruption de grossesse doit être obtenue rapidement mais peu de gynécologues semblent réserver une plage dans leurs consultations pour gérer les urgences.

La perception de ce délai semble différer entre le personnel de santé et les femmes. Puisque l'étude cherchait à mettre en évidence les logiques institutionnelles, nous avons interviewé uniquement les professionnels de la santé et c'est donc le personnel lui-même, ayant remarqué cette différence, qui nous l'a relaté. Il semblerait que cette différence de perception relève de logiques différentes selon le point de vue de l'acteur. Pour la femme, se retrouvant enceinte et ayant décidé qu'elle ne veut pas garder cette grossesse, sachant que la loi lui impose un délai (par ailleurs très restreint en ce qui concerne l'interruption médicamenteuse), et voulant mettre dès que possible derrière elle cette situation inconfortable, il s'agit d'une situation d'urgence. L'attente – incompressible – pour déterminer si la grossesse est réellement effective et intra utérine (tests sanguins, échographie), peut ainsi paraître une éternité<sup>Y</sup>. Si elle est convaincue de sa décision, il peut arriver que la femme demande une interruption alors qu'elle vient tout juste d'avoir son test de grossesse positif. Mais la femme enceinte de quelques semaines seulement sera peut être contrainte d'attendre plus longtemps si une femme avec une grossesse plus avancée se présente en même temps. Cette première peut alors avoir le sentiment de ne pas être écoutée.

Le ou la gynécologue installé.e fonctionne plutôt par une logique de clientèle. Il lui faut une marge de manœuvre dans son emploi du temps pour prendre en charge une patiente désirant une interruption de grossesse. Certains peuvent trouver un arrangement pour une de leur patientes mais n'arrivent pas ou ne souhaitent pas forcément le faire pour des personnes « extérieures ». Ils peuvent renvoyer la femme vers un autre confrère qui sera peut être lui-même surchargé. Au CHUV également, il existe en effet des périodes où la femme ne peut avoir un rendez-vous avant une, voire deux semaines. Certaines femmes peuvent donc être amenées à faire de nombreux téléphones, avec comme résultat l'impression de devoir faire un vrai parcours du combattant avant de trouver un médecin pouvant la prendre en charge.

Si le délai nécessaire pour organiser l'intervention n'est pas voulu par le corps médical et n'est pas imposé de manière intentionnelle, ce laps de temps peut néanmoins être vu par certains médecins comme, de fait, un moment où la femme a le temps de réfléchir. Cependant, ce délai de réflexion peut être mal vécu pour les femmes ayant déjà pris leur décision et souhaitant à tout prix aller de l'avant.

L'urgence ressentie par les femmes pour obtenir leur intervention peut dans quelques cas avoir comme conséquence que certains médecins aient l'impression que les femmes "veulent tout, tout de suite". Dans ces cas, sans pour autant remettre en cause le changement dans la législation, le sentiment d'être là "uniquement pour exécuter le souhait de la femme" les met dans une position inconfortable et peut les amener à se sentir dévalorisé.e.s.

Pour les raisons méthodologiques citées plus haut, nous n'avons pas dans le cadre de cette étude interviewé les femmes directement. Il serait donc intéressant d'approfondir cet aspect des

---

<sup>Y</sup> Suite à leur questionnaire auprès des femmes, Perrin et al. ont estimé qu'un parcours était ressenti comme compliqué si plus de 3 rendez-vous ont été nécessaires avant l'intervention et que la durée d'attente était jugée supportable jusqu'à 11 jours environ<sup>3</sup>.

résultats – la différence de perspectives entre professionnels de la santé et les femmes – dans le cadre d'une étude auprès des femmes elles-mêmes.

## 5.2.2 Méthodes et protocoles d'interruption de grossesse

La mise en place de la méthode médicamenteuse est hétérogène entre les différents établissements de santé et les différents praticiens, mais quel que soit le lieu de l'intervention depuis 2006 cette méthode est de plus en plus utilisée. Sa diffusion s'est passée de façon inégale selon le type d'établissement. Les raisons évoquées par les personnes interrogées (nouvelle génération de gynécologues formés systématiquement à cette méthode et donc plus enclin à la proposer, amélioration de la connaissance des femmes qui, renseignées par internet, demandent la méthode médicamenteuse, lourdeurs administratives des gros établissements pour changer les méthodes mises en place) sont autant de raisons expliquant les disparités entre établissements.

On pourrait également identifier une cause historique à ce phénomène. La prise en charge des interruptions de grossesse n'était à l'origine que chirurgicale, la Mifépristone® (ou MyféGINE®) n'étant commercialisée que depuis 1999. De fait, seuls les hôpitaux et cliniques avaient les compétences et le plateau technique pour les réaliser. L'apparition de la méthode médicamenteuse a été comme une mini révolution et a poussé ces établissements à remettre en cause leur mode de fonctionnement. Dans la pratique, ce changement s'est fait plus lentement dans les gros établissements, tel que le CHUV.

Quant aux cliniques, les patientes y arrivent par l'intermédiaire d'un médecin installé en cabinet privé. Si la méthode médicamenteuse peut s'appliquer, le médecin, pour des raisons d'organisation, de temps à disposition et de profil de la patiente, aura tendance à proposer la méthode médicamenteuse à domicile. Dans de rares cas, et sur demande de la patiente, l'interruption médicamenteuse aura lieu à la clinique, ce qui peut expliquer la faible proportion de ce type d'interruptions dans ces établissements.

Dans la majorité des cas, les femmes ont le choix de la méthode, mais jusqu'à une certaine limite. Elles ont le choix en fonction de ce qui est possible médicalement par rapport au stade de leur grossesse mais également selon les compétences de leur médecin vis-à-vis de certaines pratiques. La méthode chirurgicale est néanmoins proposée quasi systématiquement aux femmes ne parlant pas le français car les praticiens ne veulent pas prendre le risque qu'elles ne comprennent pas bien les tenants et aboutissants de la méthode médicamenteuse, ni le protocole à suivre. Les interruptions de grossesse à domicile pour les non-francophones semblent tout à fait impensables du point de vue des professionnels dans ce contexte. Comme l'ont également relevé Perrin et al., ceci pourrait être considéré comme une inégalité de traitement et d'accès à la méthode médicamenteuse<sup>3</sup>.

Selon le lieu ou le médecin rencontré, la méthode médicamenteuse sera proposée uniquement jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée ou alors jusqu'à 9 semaines. De même, certains médecins proposent cette méthode à domicile si l'âge gestationnel est inférieur ou égal à 7 semaines et si certaines conditions sont remplies (ex. : proximité avec un hôpital, femmes psychologiquement stables et aptes à suivre le protocole seule). Par ailleurs, il existe des disparités dans les protocoles suivis pour l'administration de la méthode médicamenteuse. Les protocoles proposés par l'OMS

semblent être les plus utilisés et le CHUV joue aussi un rôle dans la diffusion des guidelines standardisés.

Des disparités existent également concernant la technique d'interruption chirurgicale utilisée. La technique d'aspiration est recommandée par l'OMS, mais c'est surtout le curetage qui est pratiqué.

A priori il serait du ressort de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique (SSGO) de prendre le leadership dans ce domaine et de diffuser des guidelines clairs, mais leurs conseils consultés en ligne n'étaient pas à jour et la plupart des médecins rencontrés étaient donc même en avance sur leur pratique par rapport aux recommandations de la SSGO.

Enfin, à cause des différentes logiques de prise en charge, un accompagnement psychosocial ne sera pas toujours proposé à la femme concernée. Le rôle de la conseillère en santé sexuelle et reproductive semble peu valorisé au sein des différents établissements de santé, sauf au CHUV. Dans le cas de la France, Vilain soulignait en 2009 que les établissements travaillent parfois en relation, de manière informelle ou formelle, avec un centre de planification familiale<sup>15</sup>. C'est ce que nous avons également observé dans le canton de Vaud entre Profa et les établissements de santé. Mais dans l'ensemble, le réseau est morcelé et tous les acteurs liés de près ou de loin à l'interruption de grossesse n'ont pas conscience de l'existence de ce réseau. Il serait nécessaire de le développer et le renforcer afin qu'il soit plus efficace dans la prise en charge des femmes concernées et dans l'égalité d'accès à l'interruption de grossesse sur tout le territoire vaudois.

### 5.2.3 Déclaration obligatoire

La dernière question de recherche s'attachait à comprendre tout ce qui avait trait à la saisie du formulaire de déclaration obligatoire.

Le caractère obligatoire de la déclaration de certaines données socio-démographiques, de données sur la fécondité, au recours antérieur à l'interruption de grossesse, de caractéristiques de l'interruption et du lieu d'intervention semble acquis mais l'intérêt de le faire n'est pas forcément compris. Seul le CHUV délègue au secrétariat la tâche de remplir le formulaire à partir d'un formulaire interne plus extensif. Dans les autres lieux de consultation, c'est en général le médecin ayant pris en charge la patiente qui en a la responsabilité et qui le remplit en face à face avec elle. En revanche, c'est toujours la secrétaire qui est en charge d'envoyer le document à l'IUMSP.

Une des questions importantes du point de vue de l'interprétation des données statistiques concerne la méthode cochée (chirurgicale ou médicamenteuse) par le médecin en cas d'échec de l'interruption médicamenteuse. Les gynécologues semblent tous cocher la méthode médicamenteuse en cas d'échec, car le formulaire est rempli lors du premier rendez-vous et ils ne reviennent pas dessus par la suite.

Les entretiens ont également montré que certains praticiens cocheraient interruption *chirurgicale* pour des interruptions tardives (supérieures à 12 SA), car la femme se trouve en salle d'opération pour l'intervention, alors qu'il s'agit d'une méthode *médicamenteuse* par expulsion. (Lors de

l'analyse statistique des données, ceci peut néanmoins aisément se corriger en croisant le variable « âge gestationnel » avec la « méthode d'intervention »). L'intérêt est alors également à étudier lors de la déclaration de faire la distinction entre les interruptions médicamenteuses par expulsion (interruptions tardives) et les interruptions médicamenteuses avant 9 semaines.

L'IUMSP reçoit parfois des questionnaires avec des données manquantes qui doivent être systématiquement renvoyés au gynécologue pour complément d'information, lorsque cela est possible. L'importance du suivi statistique de ces données n'étant pas toujours évidente, une certaine frustration liée à une perception de "paperasse supplémentaire" peut se faire sentir. Il serait donc important de trouver des moyens pour mieux impliquer les acteurs de terrain dans le monitoring des interruptions de grossesse, par exemple, en identifiant les moyens de feedback les plus susceptibles de susciter leur attention.

# 6

## Références



## 6 Références

- 1 Locicero S, Spencer B. Evolution de l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud 1990-2012. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. 2014 (A paraître);(Raisons de santé, 218).
- 2 Locicero S, Boubaker K, Spencer B. Diffusion de la méthode médicamenteuse pour l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud : 2006-2011. Conférence de Santé Publique Suisse. 2012.
- 3 Perrin E, Berthoud M, Pott M, Toledo Vera AG, Perrenoud D, Bianchi-Demicheli F. Clinical course in women undergoing termination of pregnancy within the legal time limit in French-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13282.
- 4 Perrin E, Berthoud M, Pott M, Vera AG, Bianchi-Demicheli F. Views of healthcare professionals dealing with legal termination of pregnancy up to 12 WA in French-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13584.
- 5 Rey A-M, Seidenberg. A. Schwangerschaftsabbruch: dir Praxis der Spitäler und Liniken in der Schweiz. *Bulletin des médecins suisses*. 2010;91(13/14):551-4.
- 6 Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005;34(1):53-61.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826717>
- 7 Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;1(1):116-47.  
<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116.htm>
- 8 Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010. 2010.
- 9 Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;1:86-115.
- 10 Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2013.
- 11 Cominetti F, Koutaissoff D, Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse : données épidémiologiques, accessibilité et techniques. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive. 2013, A paraître.
- 12 WHO. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva: World Health Organization. 2003.
- 13 Vekemans M. First trimester abortion guidelines and protocols Surgical and medical procedures. International Planned Parenthood Federation. 2008.
- 14 Bitzer J, De Grandi P, Haller DM, Pók J. Avis d'Experts N° 15. Utilisation de la mifépristone pour l'interruption médicamenteuse de grossesse au premier trimestre. Commission Assurance Qualité Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. 2008.

- 15 Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Etudes et résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2009;712.
- 16 Say L, Brahmi D, Kulier R, Campana A, Gulmezoglu A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002(4):CD003037.
- 17 Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2013.

# 7

# Annexes



# 7 Annexe

## 7.1 La législation

Auteure : Anne-Sophie Rioux

### 7.1.1 Interruptions de grossesse et principes éthiques

#### Statut juridique de l'embryon

Ni la Constitution, ni les lois suisses, ni les conventions internationales ne confèrent à l'embryon le droit à la vie. "La doctrine ne reconnaît des droits fondamentaux qu'aux êtres humains déjà nés".

En effet, l'article 2 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme ne s'applique pas à l'enfant à naître. La Cour européenne des Droits de l'homme a statué : "Il n'y a pas de consensus sur la nature et le statut de l'embryon et/ou du fœtus ; tout au plus peut-on trouver comme dénominateur commun l'appartenance à l'espèce humaine. C'est la potentialité de cet être et sa capacité à devenir une personne qui doivent être protégées au nom de la dignité humaine sans pour autant en faire une personne qui aurait un droit à la vie".

A partir de quel moment la vie doit-elle être protégée ? Une réponse impliquant une protection accrue de l'enfant à naître risque de remettre en cause les fondements de l'autorisation de l'interruption de grossesse. C'est dans ce contexte que se pose la question du statut juridique de l'embryon humain. Cette expression réfère au degré de protection garanti par la loi à la vie humaine avant la naissance. Or, la personnalité juridique s'acquiert généralement au moment de la naissance. La naissance effective de l'enfant vivant marque donc son existence en tant que sujet de droits et d'obligations.

#### L'objection de conscience du personnel médical

Le législateur a prévu une clause de conscience pour le médecin. Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci, mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus. Les établissements privés, les sages-femmes, infirmiers et autres auxiliaires médicaux bénéficient également de cette clause. En revanche, les établissements publics sont tenus d'assurer un service d'interruptions de grossesse et actuellement, les chefs de service hospitalier de gynécologie-obstétrique ne bénéficient donc plus de cette clause.

Toutefois, en cas d'invocation par un professionnel de santé de son droit légitime à l'objection de conscience, cela ne doit pas mener à une situation où les soins médicaux ne seraient plus garantis aux femmes qui désirent interrompre leur grossesse. La Cour européenne des droits de l'homme a souligné que "les Etats sont tenus d'organiser leurs services de santé de manière à garantir que

l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de la santé n'empêche pas les patients d'accéder à des services auxquels ils ont légalement droit".

Une décision du Comité européen des droits sociaux de 2012 concernant l'Etat italien va également dans le sens d'une limitation de ce droit d'objection de conscience, et affirme que la mise en œuvre de ce droit viole le droit à la santé garanti par la Charte Sociale Européenne. Dès lors, l'Etat doit organiser les services médicaux de sorte qu'ils répondent aux besoins des patientes.

### **Le consentement de la femme**

Le Tribunal fédéral a jugé que le droit de la femme de décider elle-même librement d'interrompre sa grossesse fait partie du noyau intangible de la liberté personnelle garantie par l'article 10 al. 2 de la Constitution.

Le professionnel de santé qui interrompt une grossesse doit recueillir le consentement de la femme concernée.

En cas d'incapacité de discernement de la femme enceinte, le professionnel de santé doit, pour effectuer une interruption de grossesse, recueillir le consentement du représentant légal de cette dernière.

Pour être recevable, le consentement doit être « éclairé », c'est-à-dire précédé d'une information de la part du médecin. Cette exigence se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle, qui est un droit absolu.

La jurisprudence précise que l'information doit être simple, intelligible et loyale. Elle doit porter sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et les questions financières, notamment la couverture d'assurance. En cas de litige, le médecin ou l'hôpital doivent pouvoir apporter la preuve du caractère suffisant de l'information.

## **7.1.2 Interruption et cadre légal**

Le législateur, dans le champ de l'interruption de grossesse, est amené à peser deux intérêts considérés comme opposés : celui de la vie prénatale du fœtus et le libre choix des femmes.

Le contexte juridique dans lequel une patiente est amenée à prendre la décision d'interrompre sa grossesse est très précis, et il convient avant tout de vérifier si elle entre dans le contexte légal.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2002, le régime du délai, accepté en votation populaire le 2 juin 2002, est entré en vigueur et a conduit à une modification des dispositions du Code pénal.

## **Dispositions Générales**

Dans les 12 premières semaines suivant le début des dernières règles, la décision d'interrompre ou non une grossesse non désirée appartient à la femme concernée. Cette dernière doit faire sa demande par écrit et invoquer sa situation de détresse.

Dès la 13<sup>e</sup> semaine, l'interruption de grossesse est admise si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.

### **Disposition particulière : le cas des mineures**

En Suisse, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse n'évoque pas le cas particulier des mineures. Les prescriptions générales relatives aux actes médicaux s'appliquent donc.

Ces dispositions mettent l'accent sur la " capacité de discernement " de la mineure.

En général, une mineure enceinte est considérée comme étant suffisamment capable de discernement pour pouvoir consentir elle-même à une interruption de grossesse. Elle n'est pas obligée d'informer ses parents de son état si elle ne le souhaite pas. Toutefois, le médecin dispose d'un certain pouvoir d'appréciation en la matière et peut, selon les circonstances, décider d'en aviser les parents malgré l'opposition de la mineure. Le médecin doit s'assurer pour une mineure de moins de 16 ans qu'elle a pu s'adresser à un centre de consultation spécialisée pour mineurs. Dans le canton de Vaud, les organismes reconnus sont : les centres de planning et de grossesse de Profa et l'unité multidisciplinaire de santé des adolescents.

### **Les obligations du médecin dans le Canton de Vaud**

Les structures habilitées pour effectuer une interruption de grossesse sont les établissements hospitaliers et cabinets médicaux qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse au sens de l'art. 119 al. 4 CP.

Ainsi sont habilités à pratiquer des interruptions de grossesse uniquement les médecins porteurs d'un titre de spécialiste en gynécologie-obstétrique et autorisés à pratiquer dans le canton de Vaud. Il n'existe donc pas d'autorisation spécifique délivrée par le médecin cantonal pour exercer des interruptions de grossesse. Toutefois, des conditions générales sont fixées pour les structures pratiquant un tel acte.

Concernant les établissements hospitaliers : il doit s'agir d'un établissement de soins aigus avec mission de gynécologie-obstétrique.

Les conditions concernant les cabinets médicaux pratiquant des interruptions de grossesse sont :

- Equipement de réanimation cardio-respiratoire ;

- Pratique médicale et surveillance de la patiente dans le respect des bonnes pratiques et du devoir de diligence ;
- Possibilité de transport urgent n'excédant pas 30 minutes vers un établissement hospitalier en cas de complications ;
- Présence d'un médecin anesthésiste en cas d'interruption de grossesse chirurgicale.

Le médecin qui pratique l'interruption de grossesse est légalement tenu de :

- s'entretenir lui-même avec la femme enceinte, de manière approfondie ;
- la conseiller ;
- l'informer des risques médicaux de l'intervention ;
- lui remettre un dossier d'information, notamment aussi sur les possibilités d'adoption.

De plus, le médecin pratiquant une interruption de grossesse doit informer le médecin cantonal de cette dernière.

### 7.1.3 Assurance Maladie et IG

Le médecin hospitalier ou praticien à titre libéral est le seul à pouvoir délivrer la pilule abortive, aucune pharmacie ne peut le faire à sa place.

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2000 en Suisse, la pilule abortive est inscrite dans la liste des spécialités prises en charge par l'assurance maladie de base. Dès lors, en cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 119 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Il est intéressant de noter que les formulaires d'information relatifs aux interruptions de grossesse, délivrés par les médecins aux patients, datent de 2000 et dès lors indiquent que la Mifégyne n'est pas toujours prise en charge par les caisses-maladie. Il s'avère que cette anomalie vient du fait que la version française de ce formulaire, édité par la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique, n'est plus disponible sur leur site internet, où les médecins peuvent en principe se le procurer. Il est actuellement en traduction, mais est cependant disponible en italien et en allemand.



