

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

Evolution de l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud 1990-2012

Stéphanie Locicero, Brenda Spencer

RAISONS DE SANTÉ 246 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 246

Étude financée par : Canton de Vaud, Service de la santé publique (SSP).

Citation suggérée : 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, 2016 (Raisons de santé 246).

<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/246>

Remerciements : Nous remercions la Statistique Vaud pour la préparation et la transmission des données de population ainsi que le Service de la santé publique pour son aimable collaboration.

Nous souhaitons également remercier Michaël Amiguet, statisticien à l'IUMSP, pour son travail sur l'analyse des tendances et le profil des femmes concernées ainsi que pour sa relecture avisée.

Date d'édition : Avril 2016

Table des matières

1	Résumé.....	9
1.1	Tendances épidémiologiques.....	11
1.2	Evolution de la population	12
2	Introduction	15
3	Méthodes	19
3.1	Déclaration, recueil et contrôle de qualité des données	21
3.2	Calcul des indicateurs.....	23
4	Tendances épidémiologiques.....	25
4.1	Population.....	27
4.2	Tendances épidémiologiques.....	29
4.2.1	Taux de recours à l'interruption de grossesse	29
4.2.2	Rapport entre interruptions de grossesse et naissances vivantes	34
5	Evolution de la population.....	37
5.1	Caractéristiques sociodémographiques des résidentes vaudoises ayant interrompu leur grossesse et lieux d'intervention.....	40
5.1.1	Âge.....	40
5.1.2	Nationalité des femmes ayant interrompu leur grossesse	43
5.1.3	Niveau de formation.....	47
5.1.4	Activité principale	49
5.1.5	Etat civil et type de ménage	51
5.2	Fécondité, recours antérieur à l'interruption de grossesse et lieux d'intervention	53
5.2.1	Nombre d'enfants vivants.....	53
5.2.2	Interruptions de grossesse précédentes	55
5.3	Caractéristiques de l'interruption de grossesse et lieux d'intervention.....	57
5.3.1	Motif de l'interruption de grossesse	57
5.3.2	Type d'intervention	58
5.3.3	Âge gestationnel.....	61
5.4	Synthèse de la comparaison par lieu d'intervention	63
6	Discussion	65
7	Références.....	73
8	Annexes.....	77
8.1	Législation sur l'interruption de grossesse avant et après le régime du délai.....	79
8.2	Directives de 2008 relatives à l'interruption de grossesse selon les articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse	81
8.3	Formulaire de déclaration	83
8.4	Tableaux et figures supplémentaires	84

Liste des tableaux

Tableau 1	Interruptions de grossesse effectuées dans le canton de Vaud, par année civile (2003-2012) et selon le lieu de résidence.	27
Tableau 2	Résultats du modèle autorégressif : coefficients et p-value pour la mesure des tendances, des cassures et des différences de pentes avant et après 2002.....	34
Tableau 3	Synthèse des comparaisons entre lieux d'intervention	64
Tableau 4	Nombre d'interruptions de grossesse par classe d'âge et par nationalité (1990-2012) – données redressées pour les retards de déclaration. Etat de la base de données au 30.02.2013	84
Tableau 5	Taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité et par classe d'âge (1990-2012)	85
Tableau 6	Moyennes mobiles (sur 2 périodes) des taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité (1990-2012)	86
Tableau 7	Nombre d'interruptions de grossesse pour 100 naissances vivantes, par nationalité et par classe d'âge (1990-2012)	87
Tableau 8	Interruptions de grossesse précédentes par lieu d'intervention (2006-2012)	89
Tableau 9	Motifs de l'interruption de grossesse par lieu d'intervention (2006-2012).....	90
Tableau 10	Statistiques descriptives de l'âge gestationnel, par année (2004-2012).....	90
Tableau 11	Résultats de la régression logistique multinomiale pour le lieu de l'interruption de grossesse (données 2012)	92

Liste des figures

Figure 1	Historique des données de surveillance des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud 1990-2011	22
Figure 2	Nombre absolu d'interruptions de grossesse, résidentes vaudoises 1990-2012.....	28
Figure 3	Evolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises de 15 à 49 ans par nationalité, 1990-2012	30
Figure 4	Evolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises de 15 à 49 ans par classe d'âge et par origine, 1990-2012.....	31
Figure 5	Moyennes mobiles des taux d'interruptions de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par origine (1990-2012)	32
Figure 6	Taux de recours à l'interruption de grossesse jusqu'en 2002 et dès 2003 (pour 1000 résidentes vaudoises de 15 à 49 ans, par nationalité)	33
Figure 7	Evolution du nombre d'interruptions de grossesse pour 100 naissances vivantes par nationalité, 1990-2012.....	35

Figure 8	Proportion des interruptions de grossesse par lieu d'intervention et par année (2006-2012).....	40
Figure 9	Distribution de l'âge des femmes par année d'interruption de grossesse (2004-2012).....	41
Figure 10	Distribution de l'âge des femmes par année et par lieu d'intervention (2006-2012).....	42
Figure 11	Proportion de femmes de nationalité suisse et de nationalité étrangère (1990-2012).....	43
Figure 12	Proportion de femmes de nationalité suisse par lieu d'intervention (2006-2012).....	44
Figure 13	Répartition des permis de séjour des résidentes vaudoises de nationalité étrangère (2009-2012).....	45
Figure 14	Permis de séjour des résidentes vaudoises de nationalité étrangère par lieu d'intervention et par année (2009-2012).....	46
Figure 15	Proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire par nationalité (2009-2012).....	47
Figure 16	Proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire par lieu d'intervention et par nationalité (2009-2012).....	48
Figure 17	Proportion de femmes en emploi ou en formation par origine (2009-2012).....	49
Figure 18	Proportion de femmes en emploi ou en formation par lieu d'intervention et par nationalité (2009-2012).....	50
Figure 19	Type de ménage des résidentes vaudoises par année (2009-2012).....	51
Figure 20	Type de ménage des résidentes vaudoises par année et par lieux d'intervention (2009-2012).....	52
Figure 21	Enfant(s) vivant(s) au moment de l'interruption de grossesse (2004-2012).....	53
Figure 22	Enfant(s) vivant(s) au moment de l'interruption de grossesse par lieu d'intervention (2006-2012).....	54
Figure 23	Proportion de femmes ayant déjà eu une interruption de grossesse au cours de la vie (2004-2012).....	55
Figure 24	Proportion de femmes ayant déjà eu aucune, une, deux, trois ou plus, interruptions de grossesse au cours de la vie (2004-2012).....	56
Figure 25	Motif invoqué par les résidentes vaudoises pour l'interruption de grossesse (2004-2012).....	57
Figure 26	Méthodes d'interruption de grossesse, 2006-2012.....	59
Figure 27	Diffusion de la méthode médicamenteuse par lieu d'intervention, 2006-2012.....	60
Figure 28	Distribution en box-plot des interruptions de grossesse selon l'âge gestationnel, par année d'intervention (2004-2012).....	61
Figure 29	Distribution des interruptions de grossesse (pourcentages cumulés) selon l'âge gestationnel, pour l'ensemble des femmes et par lieu d'intervention en 2012.....	62
Figure 30	Proportion de femmes selon l'origine en regard du taux d'interruptions de grossesse dans le canton de Vaud (1997-2012).....	69

Figure 31	Nombre absolu d'interruptions de grossesse et nombre de naissances pour les résidentes du canton de Vaud (1990-2012)	88
Figure 32	Corrections de 1990 à 2001 des taux d'interruptions de grossesse en Suisse par la proportion de femmes ayant renoncé à l'intervention (-2% et -8%)	88
Figure 33	Âge gestationnel moyen pour les interruptions faites avant 13 semaines par lieu d'intervention (Interruptions somatiques et tardives exclues), année 2012	91

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 (IG) effectuées dans le canton de Vaud.

Cette étude décrit dans une première partie les tendances épidémiologiques (taux de recours et rapport entre IG et naissances vivantes) sur la période 1990-2012. L'évolution des IG y est analysée en regard des événements marquant l'accès et la prise en charge des IG en Suisse et dans le canton.

Dans une seconde partie, nous nous intéressons aux pratiques des institutions concernées (CHUV, hôpitaux régionaux, cliniques privées et cabinets privés) sous l'angle de l'importance de la pratique, du public desservi (caractéristiques des femmes) et des informations concernant l'interruption en elle-même (méthode d'intervention, durée de grossesse). Ces données sont pour la plupart disponibles depuis 2006.

1.1 Tendances épidémiologiques

Taux de recours à l'IG : légère tendance à la baisse

Le taux de recours à l'IG montre une légère tendance à la baisse pour l'ensemble des femmes du canton de Vaud sur la période 1990-2012. Cette tendance est particulièrement marquée pour les femmes d'origine étrangère, le taux passant de 17.1‰ à 9.5‰ en 22 ans.

Une modélisation autorégressive montre une cassure significative juste après l'introduction du régime du délai (en 2002) avec une chute des taux d'IG pour l'ensemble des femmes (-26%), les Suissesses (-23%) et les femmes étrangères (-24%). Cela représente, par année, environ 3 IG en moins pour 1000 femmes résidentes du canton de Vaud, 2 en moins pour les Suissesses et 4 pour les femmes étrangères. En revanche, on observe, sur la période 2003-2012, une évolution temporelle statistiquement significative à la hausse pour les Suissesses.

Ratio IG / naissances vivantes : convergence des données vers un taux commun entre les Suissesses et les femmes étrangères

L'évolution du nombre d'IG pour 100 naissances vivantes montre, sur toute la période étudiée (1990-2012), une convergence des données vers un taux commun (Ensemble des femmes : 14.7‰), quelle que soit la nationalité de la femme.

1.2 Evolution de la population

Sur la période 2006 à 2012, le CHUV et les hôpitaux régionaux sont les lieux où se pratiquent le plus d'IG. La baisse de cette pratique dès 2008 dans les hôpitaux régionaux (-12.8 points) et en clinique privée (-1.4 points) coïncide avec l'autorisation de pratiquer des interruptions accordée aux médecins installés en cabinet privé.

Caractéristiques socio-démographiques

Entre 2004 et 2012, l'âge médian des femmes est resté très stable entre 27.9 ans et 28.8 ans. Les patientes du CHUV sont en moyenne plus jeunes (27.5 ans) et celles des cliniques privées plus âgées (30.6 ans).

Le CHUV a toujours eu tendance à accueillir des patientes en majorité de nationalité étrangère même si leur proportion tend à se rapprocher de celle des Suissesses en 2012.

Concernant le permis de séjour des femmes étrangères, seul le canton de Vaud récolte de telles données. En quatre ans de suivi de cet indicateur, on constate une grande stabilité : trois quart des femmes étrangères ont un permis B ou C) et quasiment un quart des femmes ont un statut précaire (sans permis, permis L, N, F, S). Le CHUV et les hôpitaux régionaux sont les institutions ayant le plus de femmes en situation de précarité (22% au CHUV).

Depuis 2009, la proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire est plus importante chez les Suissesses que parmi les femmes d'origine étrangère. Elle est également plus importante dans les cliniques et les cabinets privés (respectivement 80% et 73% en 2012), ce qui est moins le cas pour les patientes du CHUV (55%).

En relation avec le niveau de formation, on observe que la proportion de femmes ayant une activité rémunérée ou en formation actuellement est plus importante chez les Suissesses que parmi les femmes de nationalité étrangère.

Concernant le type de ménage dans lequel la femme évoluait au moment de son interruption de grossesse, la tendance est très stable sur la période 2009-2012 : environ deux femmes sur cinq vivaient avec un partenaire et le tiers étaient seule ou seule avec un/des enfant(s).

Fécondité et recours antérieur à l'interruption de grossesse

La proportion de résidentes vaudoises ayant déjà un ou plusieurs enfants vivants au moment de l'IG est très stable depuis 2004 : environ la moitié des femmes n'avaient pas d'enfant, deux sur cinq en avaient déjà un ou deux et moins de une sur dix en avait trois ou plus. En 2012, pour 20% des femmes ayant déjà au moins un enfant, l'IG est intervenue dans l'année de leur dernier accouchement ou durant l'année suivante. Cette tendance est stable depuis 2003, quel que soit le lieu d'intervention.

La proportion de femmes ayant déjà eu recours à l'IG au cours de la vie est relativement stable depuis 2004 (31.8% en 2012). Les hôpitaux régionaux présentent la proportion la plus élevée de femmes dans cette situation ainsi qu'une tendance à la hausse depuis 2006 (+10 points).

Une analyse plus en détail du nombre d'IG déjà vécues montre une tendance très stable depuis 2004. La majorité des femmes n'avait jamais été concernée par l'IG auparavant, un peu moins d'un quart des femmes l'avait déjà été une fois au cours de leur vie.

Caractéristiques de l'interruption de grossesse

Une très forte majorité des IG est liée à des motifs psychosociaux (détresse de la femme enceinte). Cette tendance, très stable depuis 2004, se retrouve quel que soit le lieu d'intervention. Les femmes victimes de viol ou d'inceste ont tendance à se diriger vers les consultations en cabinet privé.

On distingue deux principaux types d'intervention : l'IG chirurgicale (curetage, aspiration) et l'IG médicamenteuse par ingestion de Mifépristone (Mifégyne®). En 2012, 61.8% des IG recensées parmi les résidentes vaudoises ont été pratiquées avec la méthode médicamenteuse, soit un pourcentage en constante augmentation par rapport aux années précédentes, mais légèrement inférieur à la moyenne suisse qui est de 66.9%. Cette tendance vers une utilisation plus accrue de la méthode médicamenteuse est observée dans les trois lieux d'intervention où les deux méthodes étaient possibles (CHUV, hôpitaux et cliniques). On remarque également que la diffusion de la méthode médicamenteuse 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.

L'âge gestationnel au moment de l'IG est relativement stable depuis 2004 avec une moyenne de 7.7 semaines et une médiane de 7.0 sur la période étudiée. On observe cependant des disparités entre établissements : c'est au CHUV que l'âge gestationnel moyen est le plus important (7.9 semaines sur 2006-2012, au cabinet privé qu'il est le plus bas (5.7 semaines).

2

Introduction

2 Introduction

De part son expérience dans la surveillance et l'évaluation, ses compétences dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ainsi que son ancrage dans un large réseau de partenaires, 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^a effectuées dans le canton de Vaud. Le mandat prévoit en particulier que l'IUMSP :

- collecte les formulaires de déclaration d'interruption de grossesse transmis directement à l'IUMSP par les médecins (gynécologues-obstétriciens) et gère la qualité des informations transmises ;
- saisisse ces informations dans une base de données informatique ;
- produise un rapport annuel sur l'évolution des recours à l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud ;
- participe aux discussions sur les orientations de prévention découlant des analyses statistiques et collabore à la diffusion écrite des résultats auprès des publics cibles concernés.

Une première analyse a été effectuée pour les données 1990-1999^{1, 2} ainsi que pour les données 2001³. Depuis 2002, les déclarations font l'objet d'un rapport annuel⁴⁻¹⁴. Les moyens investis par le canton de Vaud dans le monitoring des interruptions de grossesse nous permettent ainsi en 2014 de bénéficier de 23 ans de suivi. Ceci offre également la possibilité d'avoir un recul sur l'évolution de la situation et un regard sur l'impact éventuel du changement dans la législation. A cet égard, le canton de Vaud fait figure d'exception en Suisse. Néanmoins, le mandat de monitoring permet essentiellement une analyse descriptive de l'évolution de ces données.

Ainsi, cette étude propose, dans une première partie, de décrire les tendances épidémiologiques (taux de recours et rapport entre interruptions de grossesse et naissances vivantes) sur la période 1990-2012 et d'analyser de manière plus approfondie cette évolution, mise en lien avec les différents événements marquant l'accès et la prise en charge de l'interruption de grossesse en Suisse et dans le canton.

L'autre objectif de ce rapport est de présenter, dans une seconde partie, les données statistiques concernant la pratique des différentes institutions déclarant des interruptions de grossesse. Nous décrirons pour chaque type d'institution (CHUV, hôpitaux régionaux, cliniques privées et cabinets privés) l'importance de la pratique, le public desservi (caractéristiques des femmes) et les informations concernant l'interruption en elle-même (méthode d'intervention, durée de grossesse). Ces données sont pour la plupart disponibles depuis 2006.

^a 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).

3

Méthodes

3 Méthodes

3.1 Déclaration, recueil et contrôle de qualité des données

Depuis 2002, les institutions sanitaires et les spécialistes autorisés à pratiquer l'interruption de grossesse sur le territoire vaudois sont tenus de déclarer chaque intervention au médecin cantonal. Les informations sont récoltées au moyen d'un formulaire anonyme portant sur la nationalité de la patiente, son domicile, son niveau de formation, son état civil, sa situation de couple, le stade de sa grossesse, le nombre de ses enfants vivants, le recours antérieur à l'interruption de grossesse, les motifs de l'intervention ainsi que ses caractéristiques (lieu, date, technique utilisée). L'analyse s'effectue donc sur le jeu de données minimum requis par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ainsi que sur douze variables supplémentaires.

Avant 2002, année de mise en vigueur de la nouvelle législation dite du régime du délai, l'analyse s'effectuait non sur les interruptions effectuées mais sur les demandes d'interruptions de grossesse autorisées. Une comparaison détaillée des deux systèmes est fournie en **annexe 8.1**⁷.

La **figure 1** résume l'historique de la surveillance des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud de 1990 à nos jours. Plusieurs dates sont à relever :

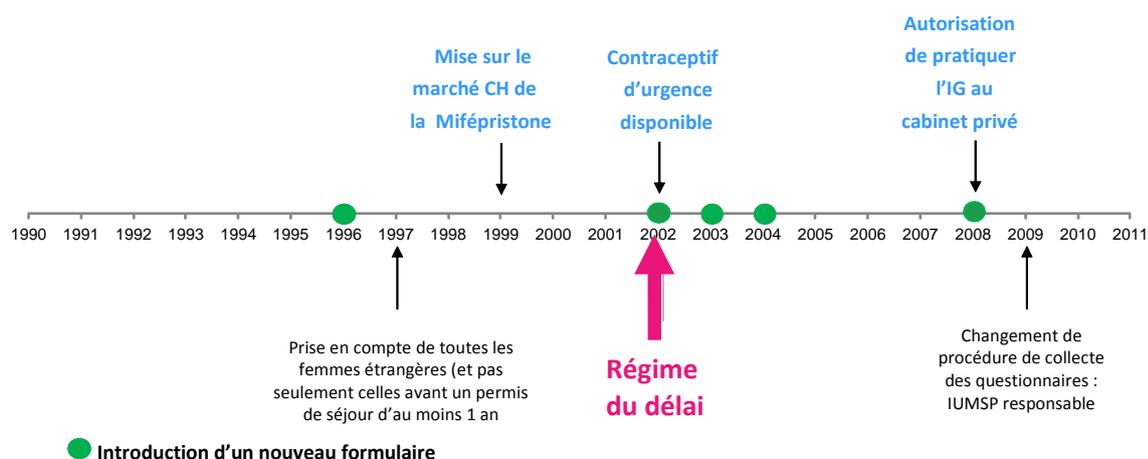
- 1993 **Prise du mandat par l'IUMSP** du monitoring des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud.
- 1997 **Prise en compte de toutes les femmes étrangères dans le total des interruptions.** Antérieurement, seules les femmes étrangères ayant un permis de séjour d'au moins un an étaient prises en compte : les interruptions chez les requérantes d'asile et les femmes en situation de séjour illégal n'étaient alors pas comptabilisées.
- 1999 **Mise sur le marché en Suisse de la Mifépristone®**, substance antiprogestative commercialisée en Suisse sous le nom de Mifégyne®.
- 2002 **Introduction du régime du délai** : l'interruption de grossesse est autorisée jusqu'à la semaine suivant le début des règles. Au-delà de la 12^{ème} semaine, les interruptions de grossesse nécessitent un avis médical qui doit démontrer que l'intervention est nécessaire afin d'écarter une atteinte grave à l'intégrité physique de la femme enceinte ou en raison de l'état de détresse profond de cette dernière (entrée en vigueur de la loi le 1^{er} octobre 2002).
- Selon le **code pénal suisse, art. 119 al. 5** : « A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente ; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté ».
- Contraceptif d'urgence (ou post-coïtal) disponible en pharmacie sans ordonnance** ou dans les centres de santé sexuelle et planning familial.

2008 **Nouvelle directive émise par les autorités cantonales** réglementant la pratique de l'interruption de grossesse (**Annexe 8.2**). Elle donne la possibilité aux médecins installés en **cabinet privé** de pratiquer l'interruption de grossesse sous certaines conditions : présence d'un équipement 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 (entrée en vigueur le 1^{er} juin 2008).

Un **nouveau formulaire** est utilisé dans le canton de Vaud depuis le 1^{er} janvier 2008 (**Annexe 8.3**). Des modifications ont été apportées suite à une révision menée conjointement par le médecin cantonal et l'IUMSP dont l'objectif était de rendre la récolte des données plus précise ainsi que plus compatible avec celle de l'OFS pour les items où un tel changement a été jugé pertinent. De nouvelles informations sont demandées (nature du permis pour les femmes d'origine étrangère) ou sont désormais récoltées en utilisant des critères différents (niveau de formation, pays d'origine).

2009 Depuis le 1^{er} janvier 2009, la **procédure pour la collecte des données** a également changé. Le médecin cantonal a chargé l'IUMSP de collecter les données et d'appliquer une procédure de contrôle direct. Les médecins faxent directement les formulaires de déclaration d'interruption de grossesse à l'IUMSP où une ligne spéciale a été créée afin de préserver la confidentialité des données. Chaque formulaire reçu est vérifié et – si des données manquent – l'IUMSP reprend immédiatement contact avec l'expéditeur pour compléter, dans la mesure du possible, ce qui fait défaut.

Figure 1 Historique des données de surveillance des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud 1990-2011



3.2 Calcul des indicateurs

Outre le suivi des variables citées plus haut, dans le contexte du mandat confié par le médecin cantonal, les tendances épidémiologiques sont également évaluées à partir de deux indicateurs principaux :

- le taux d'interruptions de grossesse, soit le nombre d'interruptions de grossesse pour 1000 femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) ;
- le ratio 'interruptions de grossesse/naissances vivantes', soit le rapport entre ces deux agrégats exprimé en pour cent ou pour mille (les deux présentations étant courantes).

L'effectif utilisé au dénominateur pour le calcul des taux comprend les femmes de 15 à 49 ans domiciliées dans le canton de Vaud.

Le ratio (interruptions de grossesse/naissances vivantes) se fonde sur le nombre de naissances survenues parmi les femmes de 15 à 49 ans résidant dans le canton de Vaud.

Le Statistique Vaud communique chaque année à l'IUMSP l'effectif des deux populations de référence.

Afin de maintenir la continuité dans la présentation des données au fil des années, les analyses du rapport se basent sur les femmes en âge de procréer jusqu'à 49 ans (au commencement du monitoring¹, le choix a été fait d'utiliser un dénominateur pour le calcul des taux qui comprenait les femmes de 15 à 49 ans). En revanche, les statistiques publiées par l'OFS concernent une population jusqu'à 44 ans. Le lecteur est rendu attentif à ce changement de dénominateur

4

Tendances épidémiologiques

4 Tendances épidémiologiques

4.1 Population

Le tableau 1 présente le nombre d'interruptions de grossesse déclarées dans le canton de Vaud depuis 2003^b. Seule une petite proportion de femmes domiciliées en dehors du canton est concernée chaque année. Cette proportion est néanmoins en légère augmentation depuis 2003 (+6 points). La majorité d'entre elles résident en Suisse, dans le canton du Valais, suivi de Fribourg et, dans une moindre mesure, du canton de Genève et de Neuchâtel.

Tableau 1 Interruptions de grossesse effectuées dans le canton de Vaud, par année civile (2003-2012) et selon le lieu de résidence.

Lieu de résidence	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vaud	1192	1116	1143	1248	1294	1283	1353	1510	1368	1318
Autre canton suisse	49	39	58	70	118	112	157	157	159	179
Etranger	27	42	37	18	31	32	39	19	27	15
Sans indication	11	7	7	8	4	13	0	0	2	5
Total	1279	1204	1245	1344	1447	1440	1549	1686	1556	1517

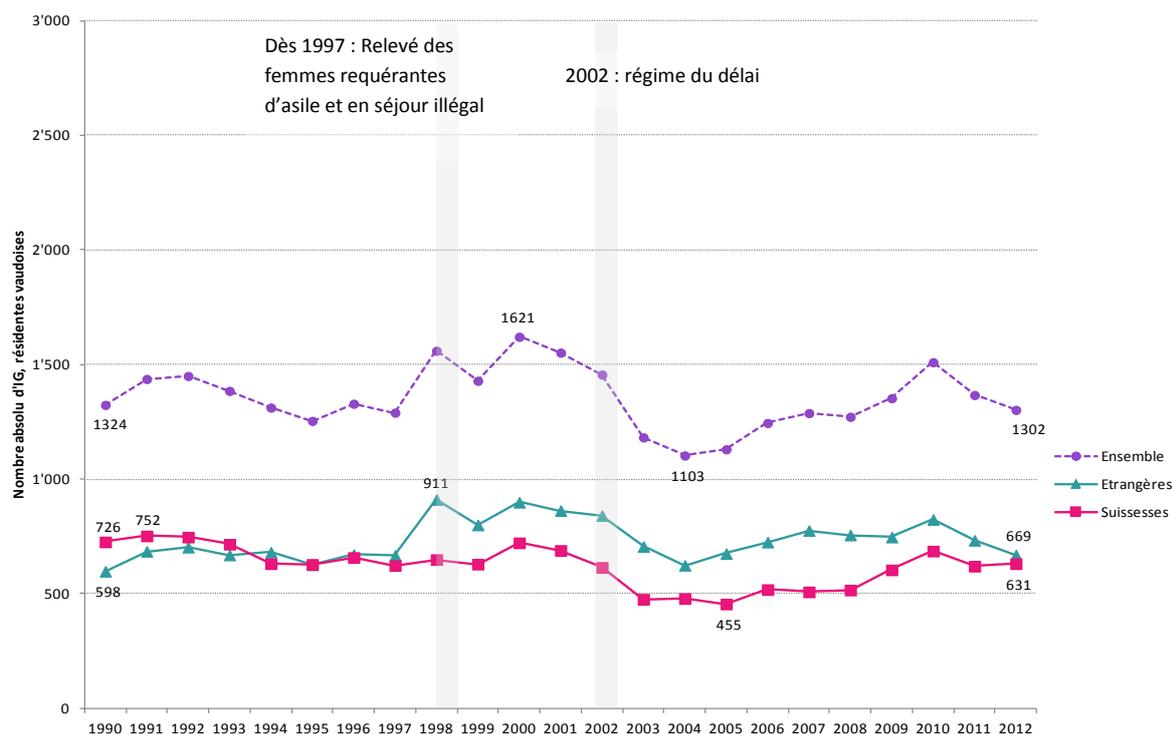
Selon les règles en vigueur, les interruptions de grossesse réalisées hors territoire vaudois ont été déclarées dans le canton où l'intervention a eu lieu. Il n'en est pas tenu compte dans le présent rapport. La suite des analyses porte donc exclusivement sur les femmes domiciliées dans le canton de Vaud ayant interrompu leur grossesse sur le territoire vaudois.

^b Date à partir de laquelle le lieu de résidence est connu.

La **figure 2** présente le **nombre absolu** d'interruptions de grossesse concernant les résidentes vaudoises de 1990 à 2012^c. La période de 1997 à 2002 est celle pendant laquelle le nombre d'interruptions a été le plus important avec un maximum de 1621 interruptions en 2000. C'est en 2005 que leur nombre était à son plus bas niveau avec 1103 interruptions. Il faut préciser que de 1990 à 2002, il s'agissait en fait du nombre absolu de demandes déposées pour une interruption et non des actes médicaux effectivement réalisés (les femmes pouvant changer d'avis quant à l'arrêt de leur grossesse). Autre point important à rappeler, jusqu'en 1997, seules les femmes étrangères ayant un permis de séjour d'au moins un an étaient prises en compte dans le total des interruptions. L'augmentation du nombre absolu d'interruptions de grossesse pourrait s'expliquer par le relevé, dès 1997, des requérantes d'asile et des femmes en situation de séjour illégal. Ces points sont approfondis dans la discussion au chapitre 6.

Une stratification par âge de ces données montre également que l'augmentation du nombre absolu d'interruptions de grossesse entre 2005 et 2010 pourrait être plus particulièrement due aux Suissesses de 20-24 ans et aux femmes étrangères de 25-29 ans (**Tableau 4 en annexe**).

Figure 2 Nombre absolu d'interruptions de grossesse, résidentes vaudoises 1990-2012



^c La donnée concernant la nationalité de la femme étant parfois manquante, il se peut que les valeurs présentées pour l'ensemble des résidentes vaudoises soient légèrement inférieures à celles présentées dans le tableau 1.

4.2 Tendances épidémiologiques

Comme indiqué précédemment, les résultats présentés dans ce chapitre concernent uniquement les femmes de nationalité suisse ou étrangère résidant dans le canton de Vaud^d. Cette sélection permet de rapporter les interruptions de grossesse aux données concernant la population vaudoise et de calculer l'incidence annuelle des interruptions de grossesse pour l'ensemble de la population féminine en âge de procréer ainsi que pour certains sous-ensembles de celle-ci^e.

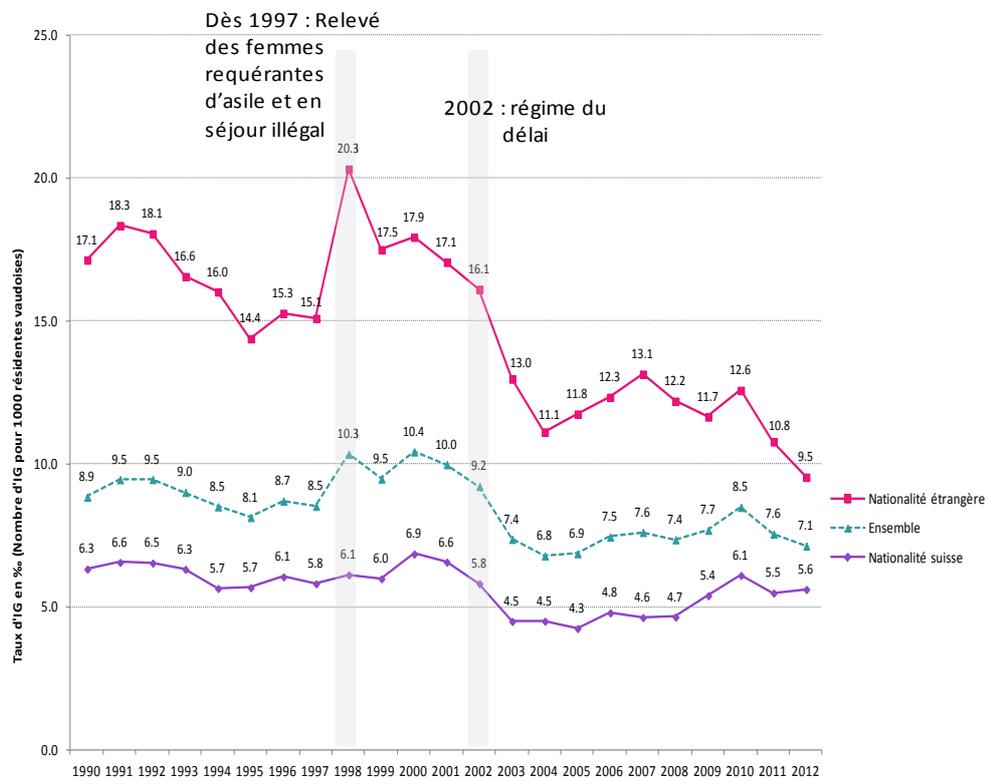
4.2.1 Taux de recours à l'interruption de grossesse

La **figure 3** présente l'évolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour l'ensemble des patientes vaudoises et par nationalité (Suissesses vs étrangères). Le taux de recours à l'interruption de grossesse montre une légère tendance à la baisse pour l'ensemble des femmes du canton de Vaud sur la période 1990-2012. On remarque un écart important entre femmes de nationalité étrangère et Suissesses ayant recouru à l'interruption de grossesse : respectivement 14.2‰ versus 5.7‰ pour l'ensemble de la période étudiée. Il semble y avoir un net changement autour de l'année 2002, année de mise en vigueur du régime du délai. La tendance à la baisse est particulièrement frappante pour les femmes d'origine étrangère, le taux passant de 17.1‰ à 9.5‰ en 22 ans. Concernant les Suissesses, les taux restent bas en comparaison des autres femmes mais ils ont tendance à augmenter progressivement depuis 2003 pour atteindre 5.6‰ en 2012, taux proche de celui existant avant la mise en place du régime du délai.

^d Lorsque l'information sur la nationalité est disponible.

^e Données disponibles concernant l'effectif des résidentes en termes d'âge et de nationalité.

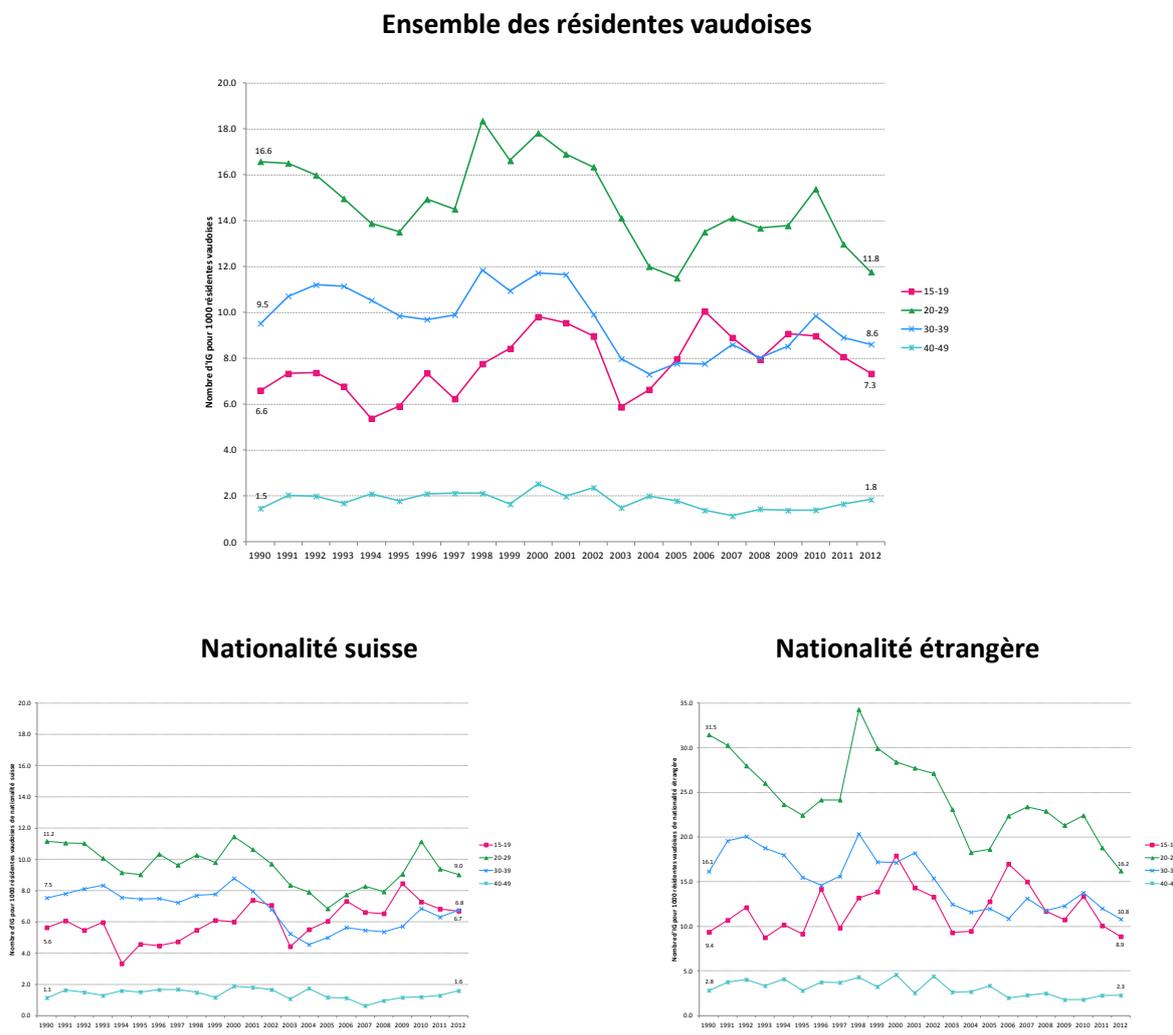
Figure 3 Evolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises de 15 à 49 ans par nationalité, 1990-2012^f



La **figure 4** présente l'évolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises par classe d'âge et par origine de 1990 à 2012. Le groupe d'âge le plus concerné par l'interruption de grossesse concerne les femmes de 20 à 29 ans et cela, quelle que soit l'origine de la femme. La baisse générale du taux de recours, remarquée sur les figures précédentes entre 1998 et 2004, est présente pour toutes les catégories d'âge et toutes les origines, hormis pour les femmes entre 40-49 ans. Quant à la légère hausse observée chez les Suissesses entre 2005 et 2010, elle semble concerner toutes les classes d'âge mais plus particulièrement les 15-29 ans (Données détaillées dans le **tableau 5 en annexe**).

^f De 1990 à 2002, les données comprennent également les demandes d'interruption de grossesse qui ont été déposées mais qui n'ont pas abouti. De 2002 à aujourd'hui, les données à disposition ne concernent que les interruptions de grossesse effectivement réalisées.

Figure 4 Evolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises de 15 à 49 ans par classe d'âge et par origine, 1990-2012

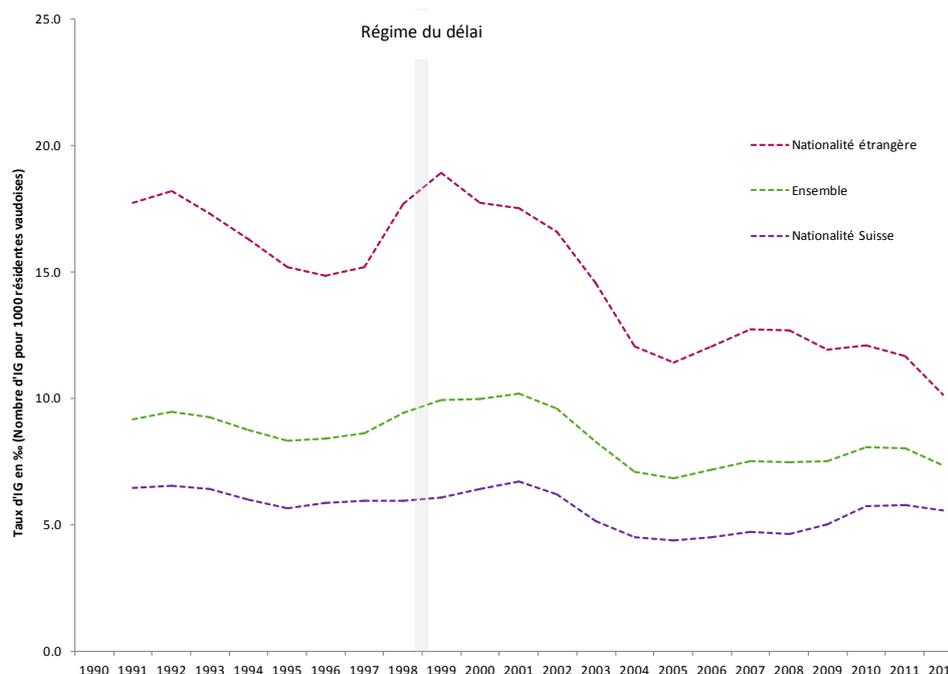


Afin de creuser les tendances observées, nous avons réalisé des analyses supplémentaires : le calcul des moyennes mobiles pour l'ensemble de la période et des analyses statistiques plus poussées afin d'apprécier l'importance des tendances observées sur les trois périodes de temps qui nous intéressent (1990 à 2002, 2003 à 2012 et 1990 à 2012).

La **figure 5** présente l'évolution des taux d'interruptions de grossesse à partir des moyennes mobiles. Cette présentation permet de supprimer les fluctuations transitoires dans une série de données de façon à en souligner les tendances à plus long terme. Pour chaque année, la moyenne mobile a été calculée avec une période de 2 (calculée à partir de l'année en question plus celle d'avant et celle d'après, cf. **tableau 6 en annexe**). On observe effectivement sur les six premières mesures une légère baisse du taux (1991:9.3‰ ; 1996:8.5‰), suivie d'une remontée essentiellement sous l'influence du pic observé pour les femmes étrangères (valeur maximale 10.1‰ en 1999). Le taux diminue alors jusqu'en 2005 pour atteindre la valeur la plus basse depuis

le début du suivi (7.0‰). On assiste alors à une relative stabilité du taux entre 2006 et 2012 (valeurs enregistrées entre 7.3‰ et 7.9‰). Il est à noter que même avec cette méthode de calcul, les données pour les étrangères restent fluctuantes.

Figure 5 Moyennes mobiles des taux d'interruptions de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par origine (1990-2012)



Afin d'avoir des explications plus objectives sur les tendances observées, une modélisation autorégressive avec cassure a été réalisée sur les trois populations étudiées à savoir l'ensemble de la population, les Suissesses et les femmes d'origine étrangère. Deux indicateurs importants ont pu ainsi être analysés :

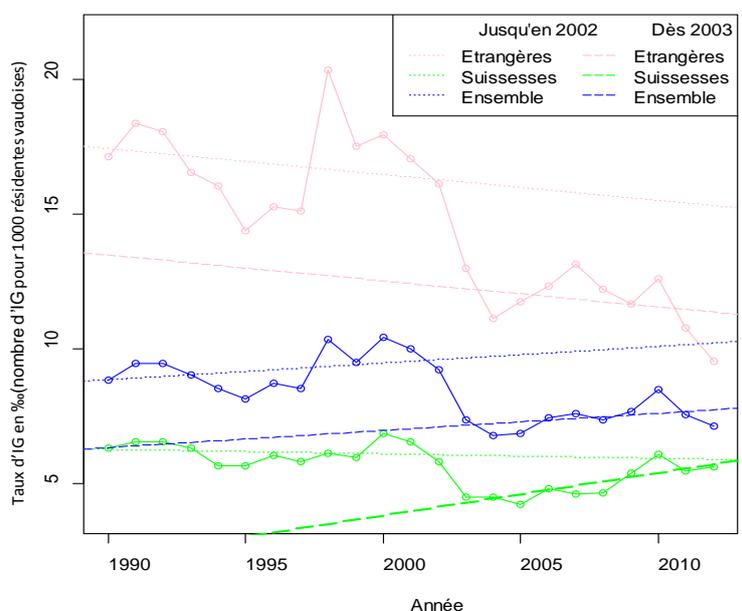
- Le point de cassure : la rupture observée entre 2002 et 2003 est-elle significative ?
- Les pentes des données avant et après la cassure : les données jusqu'en 2002 et celles après 2003 suivent-elles des tendances similaires ou différentes, à la hausse ou à la baisse ?

La **figure 6** représente les taux d'interruptions de grossesse pour les données jusqu'en 2002 et après 2003. D'après les résultats du modèle autorégressif, aucune des trois tendances observées n'est significative pour la période avant l'introduction du régime du délai (**Tableau 2**). En revanche, celui-ci démontre une cassure significative entre 2002 et 2003 avec une chute des taux d'interruptions de grossesse pour l'ensemble des femmes (-26%), les Suissesses (-23%) et les étrangères (-24%). Cela représente par année environ 3 interruptions de grossesse en moins pour

1000 femmes résidentes du canton de Vaud, 2 en moins pour les Suissesses et 4 pour les femmes étrangères.

Pour les étrangères et pour l'ensemble des femmes, la différence de pente entre les périodes avant et après la cassure n'était pas significative. Nous avons donc utilisé un modèle avec la même pente pour les deux périodes. Dans le **tableau 2**, les chiffres de l'évolution temporelle pour ces deux populations sont donc les mêmes pour les deux périodes. Pour les Suissesses en revanche, la différence de pente est significative, et le modèle avec changement de pente après 2002 donne une évolution temporelle statistiquement significative à la hausse entre 2003 et 2012 (environ 1.7 interruptions en plus pour 1000 femmes sur 10 ans). Une analyse plus fine a permis de montrer que cette hausse est plus particulièrement due aux femmes de moins de 25 ans (2.9 interruptions en plus pour 1000 femmes sur 10 ans)⁹.

Figure 6 Taux de recours à l'interruption de grossesse jusqu'en 2002 et dès 2003 (pour 1000 résidentes vaudoises de 15 à 49 ans, par nationalité)



En pointillés (jusqu'en 2002) et en traitsillés (dès 2003) : droites de régression

⁹ Différence en comparaison avec les femmes de plus de 25 ans statistiquement significative (p=0.03).

Tableau 2 Résultats du modèle autorégressif : coefficients et p-value pour la mesure des tendances, des cassures et des différences de pentes avant et après 2002

1990 à 2002	Etrangères	Suissesses	Ensemble
Evolution temporelle			
(IG pour 1000 femmes par année)	-0.10	-0.02	0.06
p-value	0.32	0.60	0.17
2003 à 2012			
Evolution temporelle			
(IG pour 1000 femmes par année)	-0.10	0.16	0.06
p-value	0.32	0.01	0.17
Cassure^a			
(IG pour 1000 femmes)	-3.97	-1.84	-2.51
p-value	0.01	<0.01	<0.01
Différence de pentes entre les deux périodes			
(IG pour 1000 femmes par année)	--	0.17	--
p-value	--	0.02	--

^a Cassure = saut après 2002

4.2.2 Rapport entre interruptions de grossesse et naissances vivantes

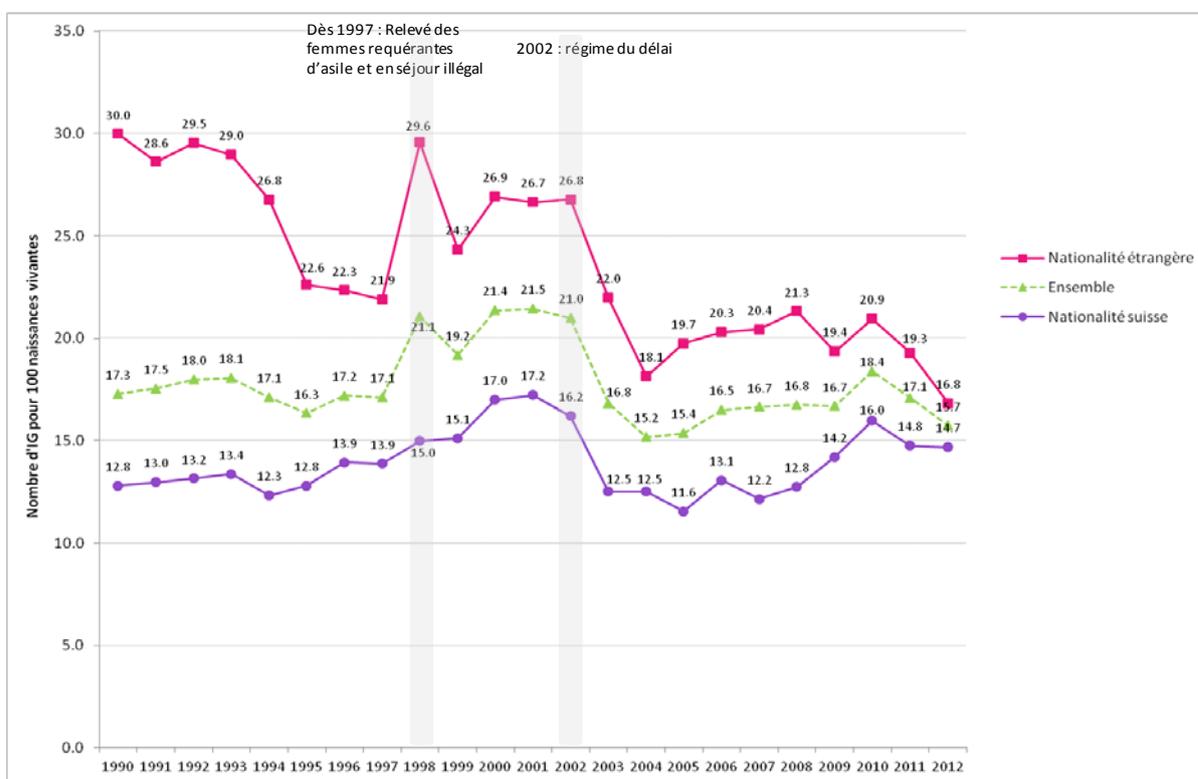
Indicateur standard en démographie, le rapport entre interruptions de grossesse et naissances vivantes constitue un indicateur de la propension des femmes à mener leur grossesse à terme^h. Plus ce ratio est élevé, moins les femmes sont disposées à le faire. Cet indicateur sert à mettre les données concernant les interruptions de grossesse dans le contexte plus large de l'évolution de la fécondité. Ainsi, le ratio est très sensible au nombre de naissances et les variations les plus importantes surviennent en général dans les catégories de femmes les moins fécondes, soit les adolescentes ainsi que les femmes s'approchant de la fin de leur carrière reproductive.

Les données permettant de calculer ce ratio (nombre de naissances vivantes et nombre d'interruptions de grossesse), par classes d'âge et par nationalité, sont présentées dans le **tableau 7 en annexe**. La **figure 7** est la représentation graphique de l'évolution du nombre d'interruptions de grossesse pour 100 naissances vivantes par nationalité. Sur la période 1990-2012, on observe une convergence des données vers un taux commun, quelle que soit la nationalité de la femme. En 2012, on enregistre 15.7 interruptions de grossesse pour 100 naissances vivantes parmi l'ensemble des résidentes vaudoises de 15 à 49 ans ; autrement dit, environ une interruption de grossesse pour six naissances. Dès 1998, la prise en compte des grossesses interrompues par les femmes requérantes d'asile et sans permis pourrait de nouveau expliquer l'augmentation

^h Ratio = (Nombre d'interruptions de grossesse/Nombre de naissances vivantes)*100

observée chez les femmes de nationalité étrangère depuis cette date jusqu'à l'introduction du régime du délai en 2002. Les tendances observées entre 1990 et 1998 ne semblent pas dues au nombre d'interruptions de grossesse, resté relativement stable pendant cette période (cf. Figure 2, p. 28), mais plutôt à une forte augmentation des naissances chez les femmes étrangères et, à l'inverse, à une forte diminution des naissances chez les Suissesses (**Figure 31 en annexe**). Concernant la période post régime du délai (après 2002) et jusqu'en 2010, un accroissement des naissances couplé à celui des interruptions chez les femmes étrangères paraît être l'explication à la tendance stable observée pour cette population. La tendance à la hausse chez les Suissesses semble provenir d'une augmentation des interruptions de grossesse avec un nombre de naissances plutôt stable sur cette période.

Figure 7 Evolution du nombre d'interruptions de grossesse pour 100 naissances vivantes par nationalité, 1990-2012



5

Evolution de la population

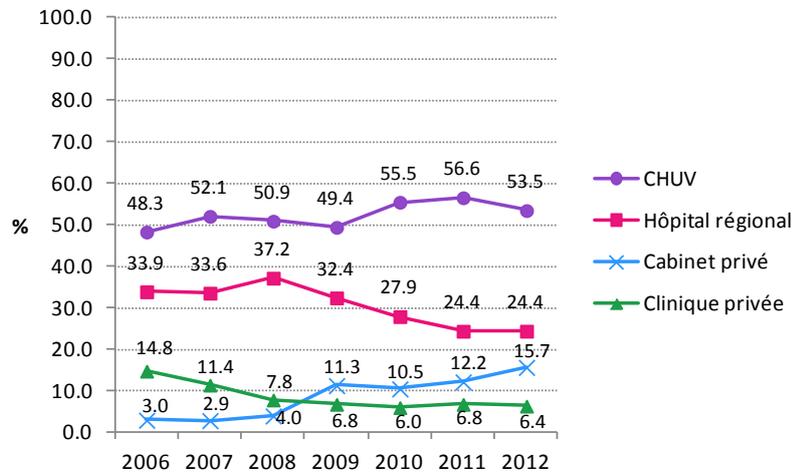
5 Evolution de la population

Ce chapitre s'attache donc à présenter les caractéristiques socio-démographiques des femmes concernées, leur carrière reproductive (ex. : nombre d'enfants vivants) ainsi que les caractéristiques de l'interruption de grossesse (âge gestationnel, méthode d'intervention). Ces données sont à chaque fois présentées d'une part pour l'ensemble des femmes concernées dans le but de connaître les tendances générales pour chaque indicateur et d'autre part par lieu d'intervention afin de comparer les pratiques entre les différentes institutions.

Dans le canton de Vaud, quatre types d'institution sont aptes à pratiquer des interruptions de grossesse : le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, les Hôpitaux régionaux, certaines cliniques privées ayant un service de gynécologie et les gynécologues-obstétriciens installés en cabinet privé et autorisés à pratiquer dans le canton de Vaud. La variable « lieu d'intervention » n'est relevée que depuis 2006 dans le formulaire de déclaration obligatoire.

La **figure 8** présente l'évolution de la proportion des interruptions de grossesse effectuées dans chaque type d'institution de 2006 à 2012. Le CHUV et les hôpitaux régionaux sont les lieux où se pratiquent le plus d'interruptions de grossesse. La baisse de cette pratique dès 2008 dans les hôpitaux régionaux (-12.8 points) et en clinique privée (-1.4 points) coïncide avec l'autorisation de pratiquer des interruptions accordée aux médecins installés en cabinet privé. La nouvelle directive cantonale de 2008 a en effet permis à plus de médecins de recevoir leurs patientes au cabinet médical (**Annexe 8.2**). En 2012, un total de 26 médecins ont déclaré avoir pratiqué au moins une interruption de grossesse dans leur cabinet privé, mais la répartition des cas est très inégale : 44% des déclarations proviennent de seulement deux médecins installés dans le district de Lausanne. La baisse observée depuis 2008 dans les hôpitaux régionaux (-12.8 points) pourrait également s'expliquer par un report des patientes vers le CHUV (+4.1 points) ou les cabinets privés (+11.7 points). L'étude qualitative actuellement en cours sur les pratiques et logiques institutionnelles des établissements concernés nous permettra une meilleure compréhension de la situation.

Figure 8 Proportion des interruptions de grossesse par lieu d'intervention et par année (2006-2012)



5.1 Caractéristiques sociodémographiques des résidentes vaudoises ayant interrompu leur grossesse et lieux d'intervention

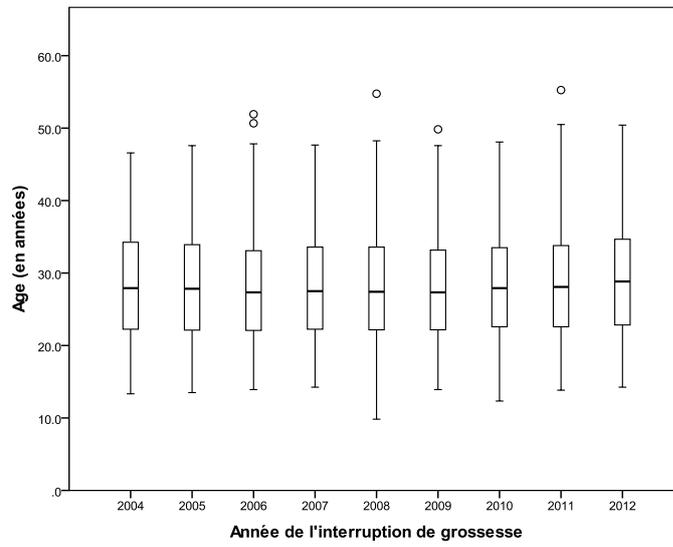
5.1.1 Âge

La **figure 9** présente la distribution de l'âge des femmes concernées par une interruption de grossesse de 2004 à nos joursⁱ. Cette représentation, dite en box-plot ou boîte à moustaches, permet de résumer certaines caractéristiques de la population étudiée (l'âge dans ce cas présent) en un rectangle allant du premier quartile au troisième quartile (contient 50% des données autour de la médiane) et partagé par la médiane. Par exemple, en 2006, les femmes avaient un âge médian de 27.3 ans, la femme la plus jeune avait 13.9 ans et la plus âgée 51.9 ans. Sur les neuf dernières années de suivi [2004-2012], l'âge médian des femmes est resté très stable entre 27.9 et 28.8 ans^j.

ⁱ Notre base de données nous permet de présenter la variable « âge de la femme » depuis 2004.

^j Âge médian par année de consultation : 2004 : 27.9 ans ; 2005 : 27.3 ans ; 2006 : 27.3 ans ; 2007 : 27.5 ans ; 2008 : 27.4 ans ; 2009 : 27.3 ans ; 2010 : 27.9 ans ; 2011 : 28.1 ans ; 2012 : 28.8 ans.

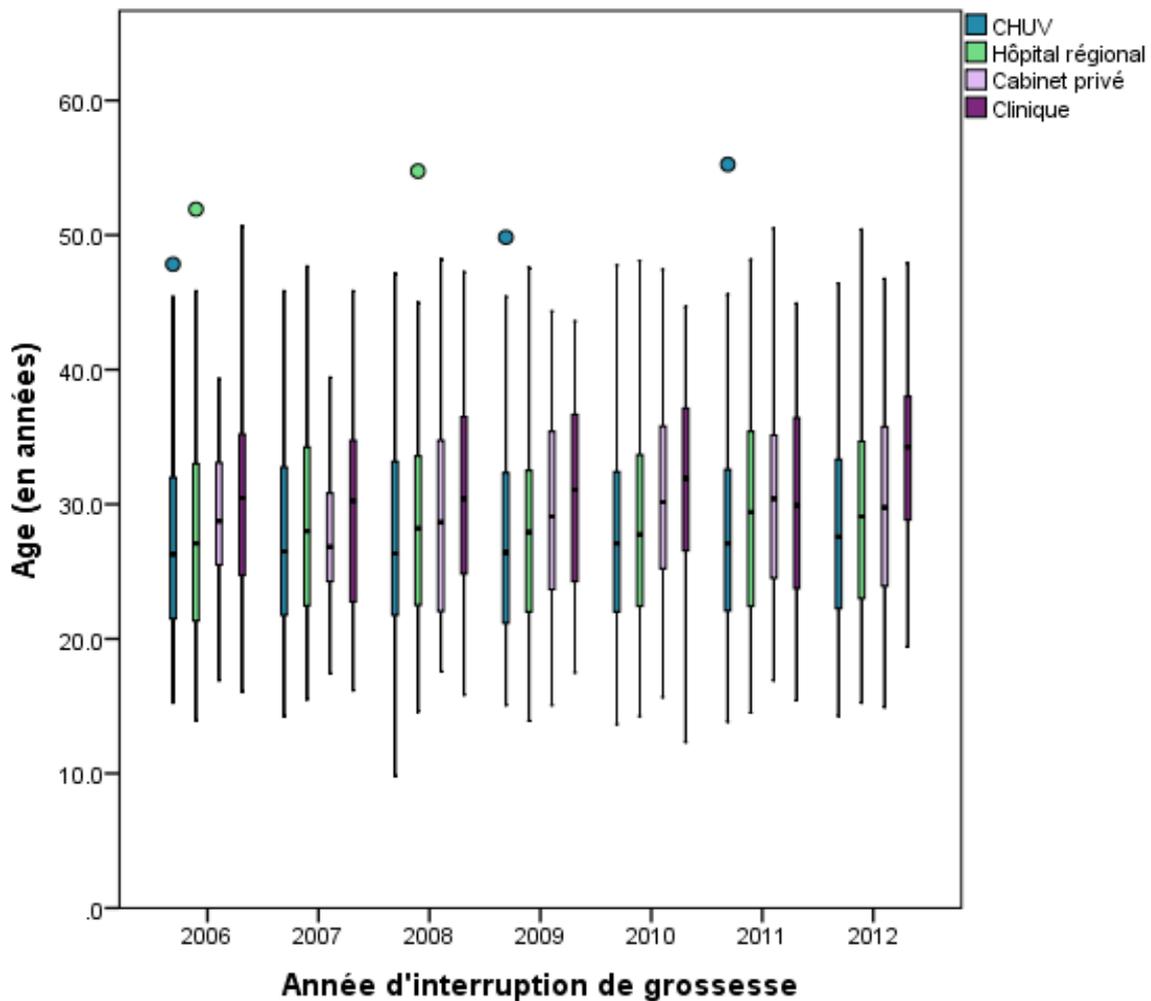
Figure 9 **Distribution de l'âge des femmes par année d'interruption de grossesse (2004-2012)**



○ : valeurs extrêmes, vraisemblablement une erreur de saisie

La **figure 10** présente la distribution de l'âge des femmes par année et par lieu d'intervention de 2006 à 2012. A une exception près (en 2007), on observe le même schéma depuis 2006 : les patientes du CHUV sont en moyenne plus jeunes que celles des hôpitaux régionaux (27.5 vs 28.4 ans), ces dernières étant elles-mêmes plus jeunes que celles allant en cabinet privé (29.8 ans). Les femmes ayant eu leur interruption de grossesse en clinique sont en moyenne plus âgées (30.6 ans)^k.

Figure 10 Distribution de l'âge des femmes par année et par lieu d'intervention (2006-2012)

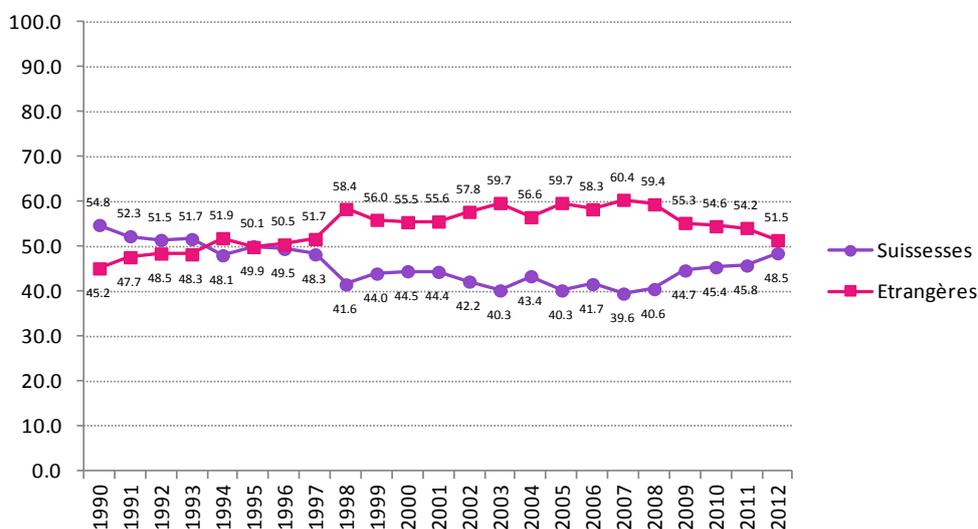


^k Âge médian par lieu d'intervention sur la période 2006-2012 : CHUV : 27.7 ans ; Hôpitaux régionaux : 28.1 ans ; cabinets privés : 29.5 ans et cliniques privées : 31.0 ans.

5.1.2 Nationalité des femmes ayant interrompu leur grossesse

La **figure 11** présente la proportion de femmes de nationalité suisse *versus* étrangère sur la période 1990-2012. Jusqu'en 1997, la proportion de Suissesses et celle de femmes étrangères sont restées relativement proches. S'en suit une période de 11 ans environ [1998-2009], pendant laquelle sur cinq interruptions de grossesse effectuées, trois concernaient des femmes étrangères. On constate en 2012 que l'écart s'est fortement resserré avec les Suissesses. Aujourd'hui, ces deux populations comptent en effet l'une et l'autre quasiment pour moitié (femmes étrangères : 51.7% ; femmes suisses : 48.3%)¹.

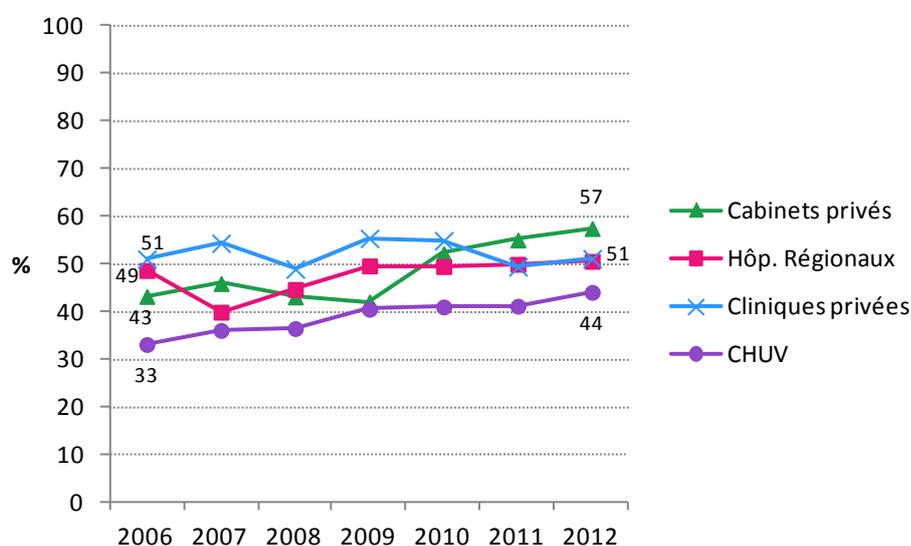
Figure 11 Proportion de femmes de nationalité suisse et de nationalité étrangère (1990-2012)



¹ Rappel : Les taux de recours à l'interruption de grossesse par nationalité sont présentés en page 25.

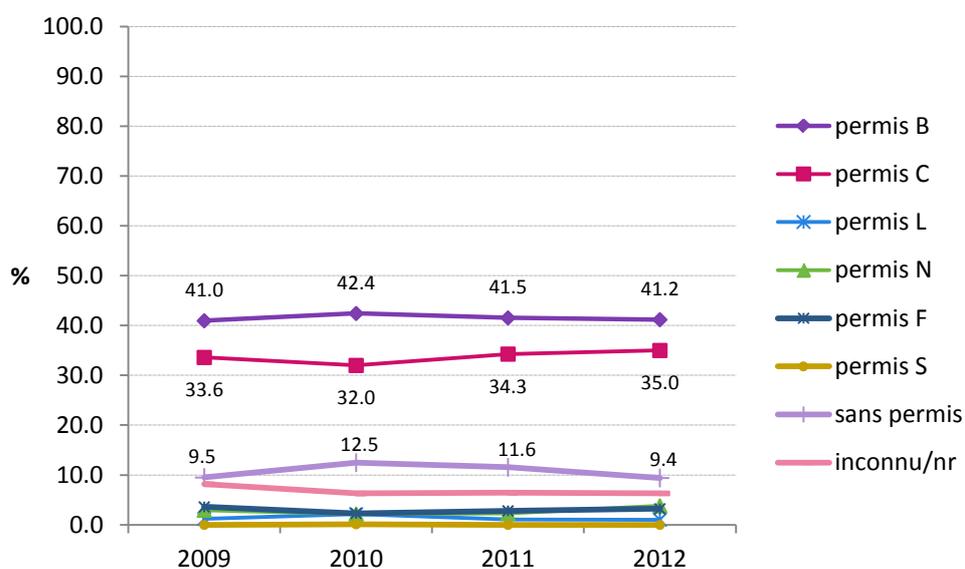
La **figure 12** présente la proportion de femmes de nationalité suisse par lieu d'intervention. D'après nos données, les cliniques privées ont toujours eu tendance à avoir un peu plus de patientes de nationalité suisse alors que c'est un phénomène récent au sein des cabinets privés. Ceci pourrait être dû à un report de la patientèle des cliniques vers les cabinets privés des médecins travaillant au sein de ces établissements. Depuis 2006, le CHUV a accueilli, dans le cadre des interruptions de grossesse, des femmes en majorité de nationalité étrangère même si leur proportion tend à se rapprocher de celle des Suissesses en 2012. Depuis 2009, les hôpitaux régionaux accueillent autant de Suissesses que de femmes étrangères.

Figure 12 Proportion de femmes de nationalité suisse par lieu d'intervention (2006-2012)



Les données concernant le permis de séjour des femmes étrangères sont disponibles depuis 2009. Seul le canton de Vaud collecte cette information à ce jour. La **figure 13** présente la répartition des permis de séjour des résidentes vaudoises de nationalité étrangère^m. En quatre ans de suivi, on constate une grande stabilité tant dans la répartition des permis au sein de chaque année (trois quart des femmes étrangères ont un permis B ou C) que dans leur proportion au fil des ans. Quasiment un quart des femmes ont un statut précaire (sans permis, permis L, N, F, S).

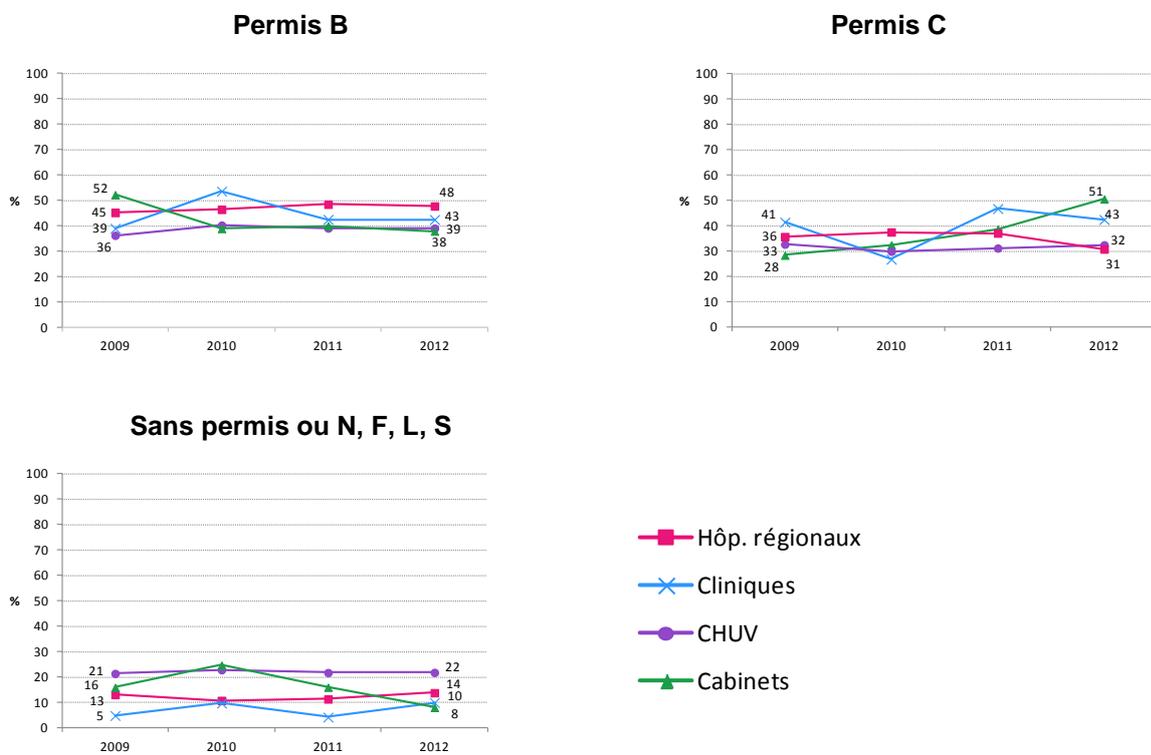
Figure 13 Répartition des permis de séjour des résidentes vaudoises de nationalité étrangère (2009-2012)



^m Permis C : autorisation d'établissement ; Permis B : autorisation de séjour de longue durée ; Permis L : permis de séjour de courte durée, pour une activité de moins d'un an ; Permis N : autorisation de courte durée (maximum 364 jours) ; Livret N : autorisation pour requérants d'asile ; Permis F : admission provisoire ; Livret S : protection provisoire collective.

La **figure 14** présente la proportion de chaque type de permis de séjour par lieu d'intervention. Le CHUV et les hôpitaux régionaux ont le plus de femmes en situation de précarité (au CHUV, 22% sont sans permis ou permis L, N, F, S). Les cabinets privés ont une grande majorité de femmes ayant un permis de séjour de longue durée (permis C ou B). Plus la femme est intégrée en Suisse et plus la probabilité de se référer à un gynécologue privé est grande. De même, plus la femme est en situation de précarité et plus elle aura tendance à se diriger vers un établissement hospitalier.

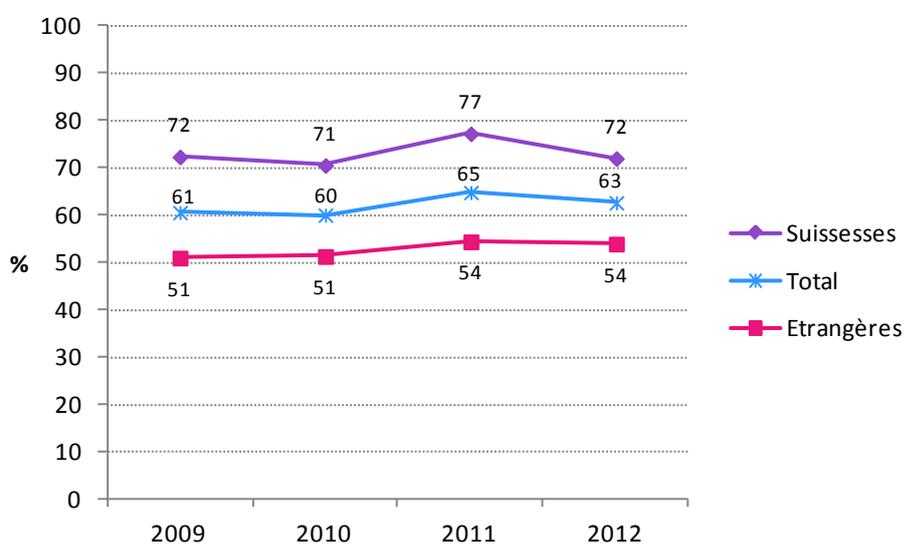
Figure 14 Permis de séjour des résidentes vaudoises de nationalité étrangère par lieu d'intervention et par année (2009-2012)



5.1.3 Niveau de formation

La **figure 15** présente la proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire pour l'ensemble des répondantes et par origine (Suissesses vs femmes étrangères). Depuis 2009, date à laquelle cette question a été posée pour la première fois, cette proportion est plus importante chez les Suissesses que parmi les femmes d'origine étrangère, ce qui reflète la situation constatée pour la population vaudoise dans son entierⁿ. Trois femmes sur cinq (63%) avaient achevé une formation au-delà de l'école obligatoire en 2012.

Figure 15 Proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire par nationalité (2009-2012)

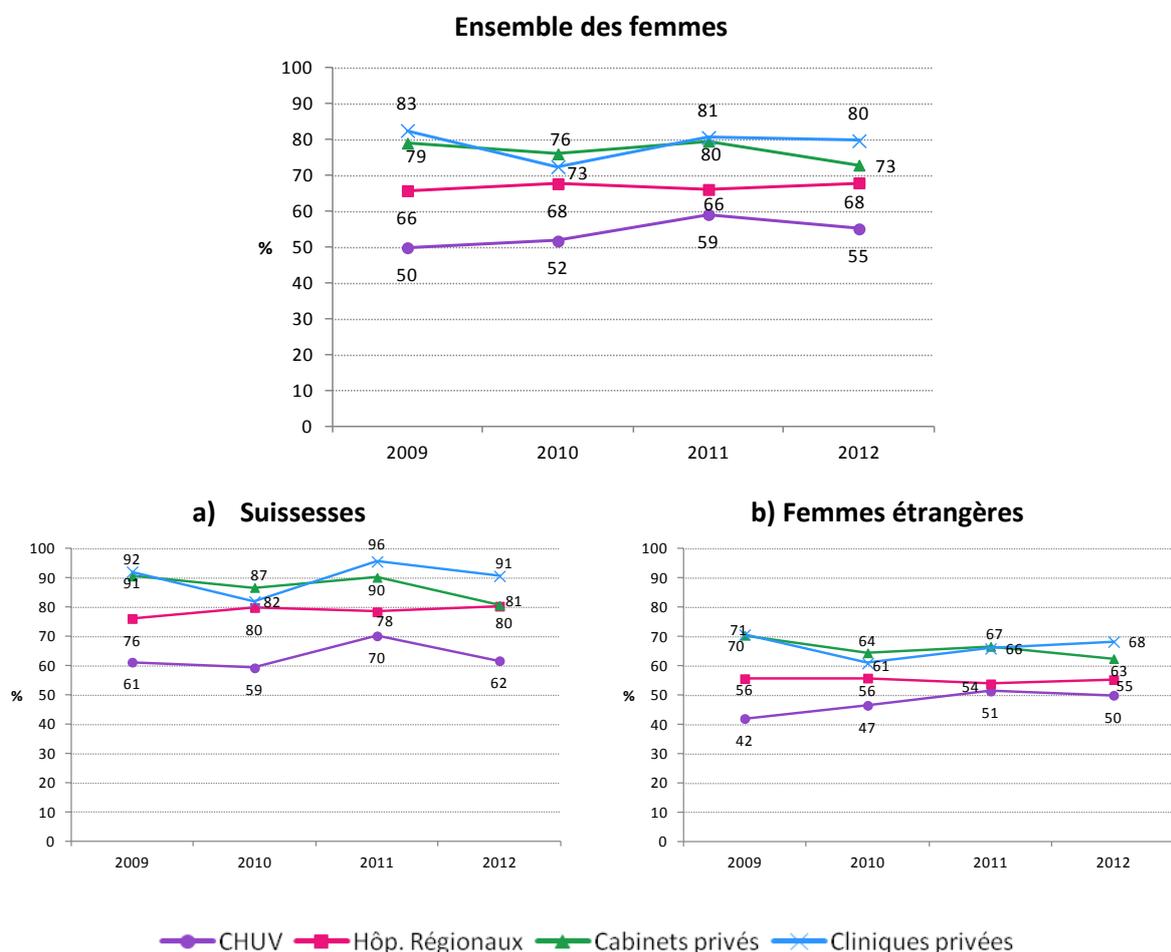


ⁿ SCRIS, OFS, relevé structurel du 11.11.2013 : 79.0% des Suisses ont poursuivi des études après la scolarité obligatoire contre 59.8% des personnes de nationalité étrangère (population totale âgée de 30 ans et plus).

La **figure 16** expose quant à elle la proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire par lieu d'intervention et par origine. Les cliniques et les cabinets privés ont une patientèle ayant en grande majorité achevé une formation au-delà de l'école obligatoire (respectivement 80% et 73% en 2012), ce qui est moins le cas pour les patientes du CHUV (55% en 2012). Les tendances sont relativement stables depuis le début du suivi de cette variable en 2009.

En regardant plus en détail la formation en regard de l'origine des femmes (**Figure 16a** et **Figure 16b**), on remarque, par exemple pour 2012, que dans les cliniques privées, 91% des Suissesses et 68% des femmes de nationalité étrangère avaient une formation au-delà de l'école obligatoire. Au CHUV, 62% des Suissesses et 50% des femmes étrangères étaient dans ce cas de figure.

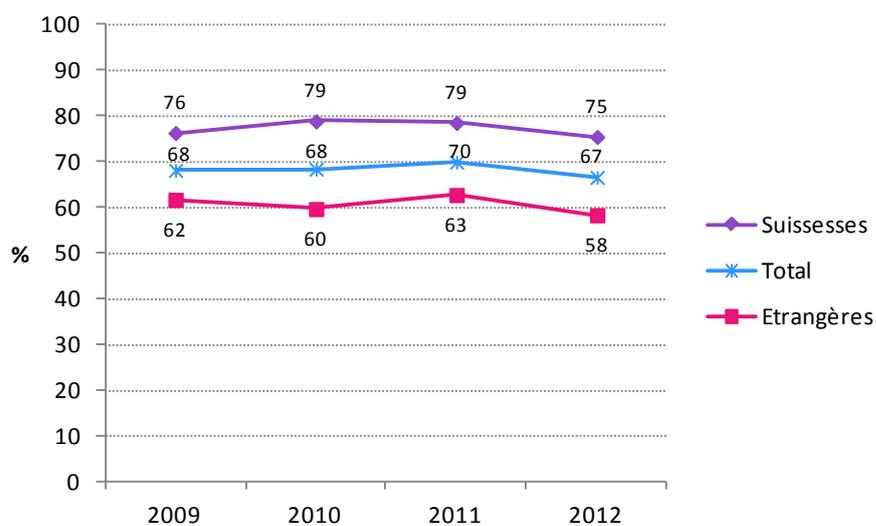
Figure 16 Proportion de femmes ayant achevé une formation au-delà de l'école obligatoire par lieu d'intervention et par nationalité (2009-2012)



5.1.4 Activité principale

La **figure 17** décrit la proportion de femmes en emploi ou en formation par origine (Suisseuses vs femmes étrangères). Cette question a été posée pour la première fois en 2009. En relation avec le niveau de formation, on observe que la proportion de femmes ayant une activité rémunérée ou en formation est plus importante chez les Suisseuses que parmi les femmes de nationalité étrangère.

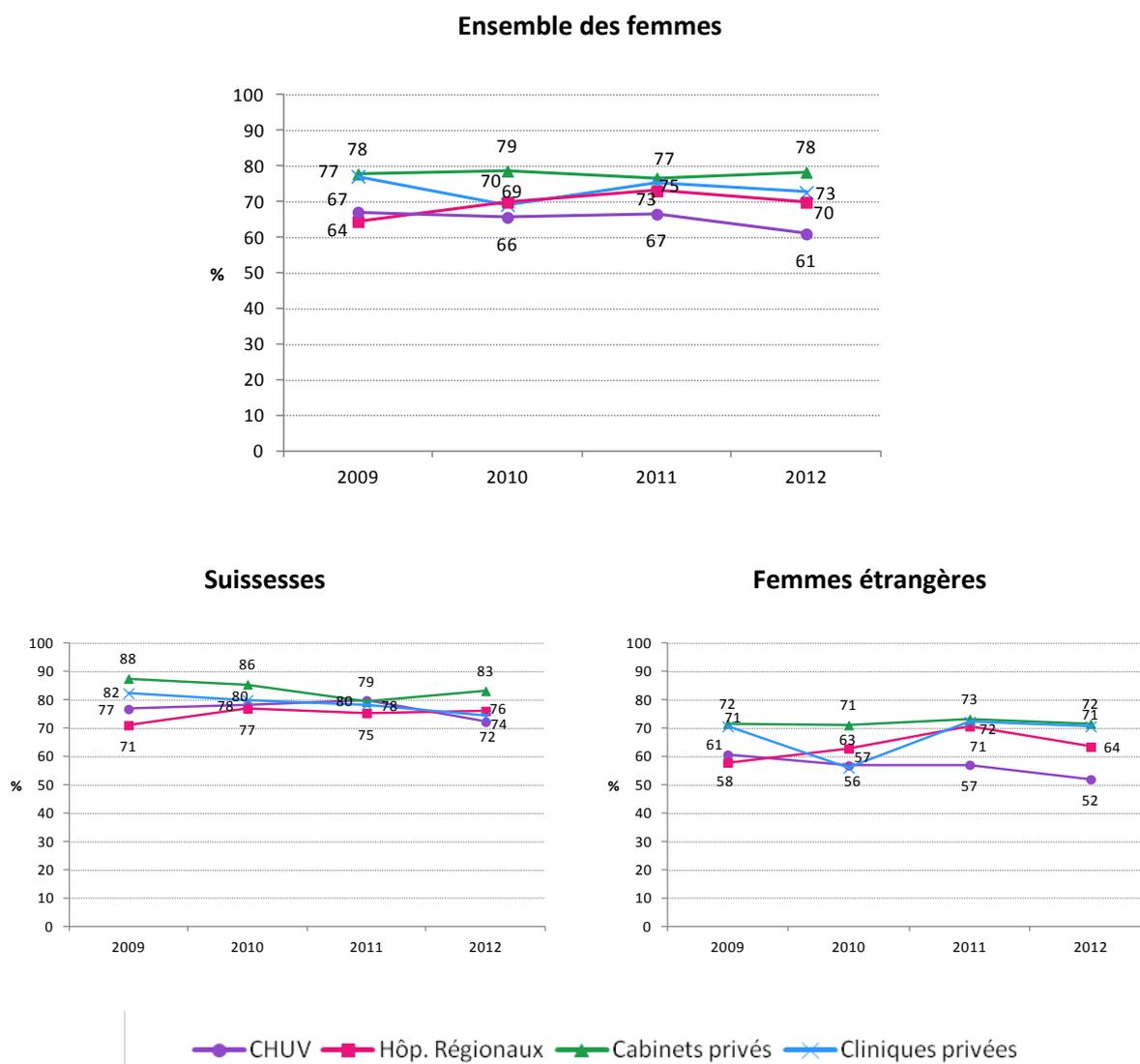
Figure 17 Proportion de femmes en emploi ou en formation par origine (2009-2012)



La **figure 18** présente dans le détail la proportion de femmes en emploi ou en formation par origine et par lieu d'intervention. Les patientes des cliniques et des cabinets privés sont en grande majorité dans une situation d'emploi ou de formation. Cela est moins le cas concernant les patientes du CHUV et correspond logiquement à l'analyse du profil des femmes y allant pour une interruption de grossesse (forte proportion de femmes étrangères avec un niveau d'éducation inférieur).

En 2012, concernant les patientes du CHUV, 72% des Suissesses et 52% des femmes d'origine étrangère étaient en emploi ou en formation. Elles étaient respectivement 83% et 72% en emploi ou en formation dans les cabinets privés (Figure 18).

Figure 18 Proportion de femmes en emploi ou en formation par lieu d'intervention et par nationalité (2009-2012)

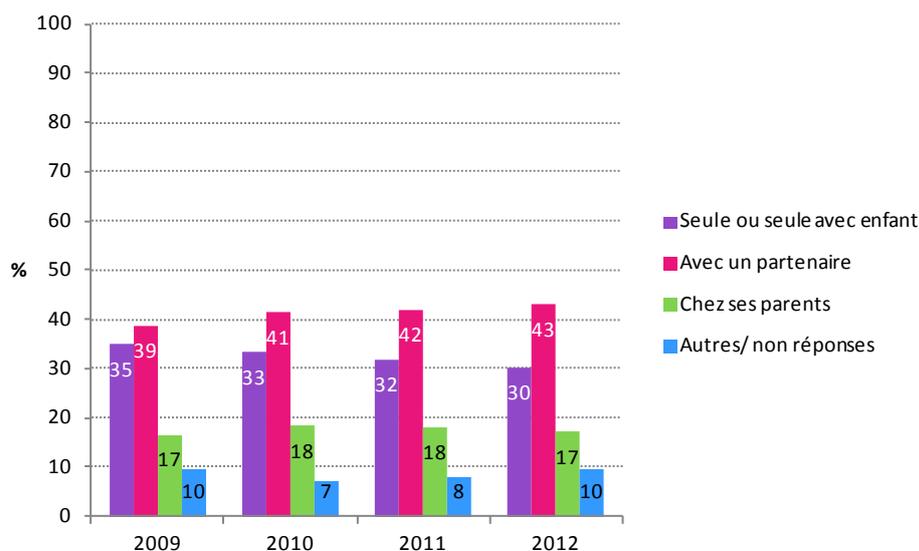


5.1.5 Etat civil et type de ménage

Le formulaire de déclaration comprend deux questions portant sur l'état civil de la femme (dès 2006) et le type de ménage dans lequel elle vit (dès 2009). Sachant par exemple qu'une femme célibataire, veuve ou divorcée du point de vue de l'état civil, peut tout de même vivre en concubinage, ou bien qu'une femme mariée peut être en situation d'élever seule son/ses enfant(s), il est apparu plus pertinent de présenter la variable *type de ménage*. Ceci dans le but de mieux refléter la réalité de situation de vie des femmes.

La **figure 19** présente donc le type de ménage dans lequel la femme évoluait au moment de son interruption de grossesse sur la période 2009-2012^o : environ deux femmes concernées sur cinq vivaient avec un partenaire. Cependant, une forte proportion des femmes, environ le tiers, étaient seule ou seule avec un/les enfant(s). La tendance est très stable : le même schéma est observé depuis 2009, et ce quelle que soit l'origine de la femme (Suisse ou étrangères).^p

Figure 19 Type de ménage des résidentes vaudoises par année (2009-2012)

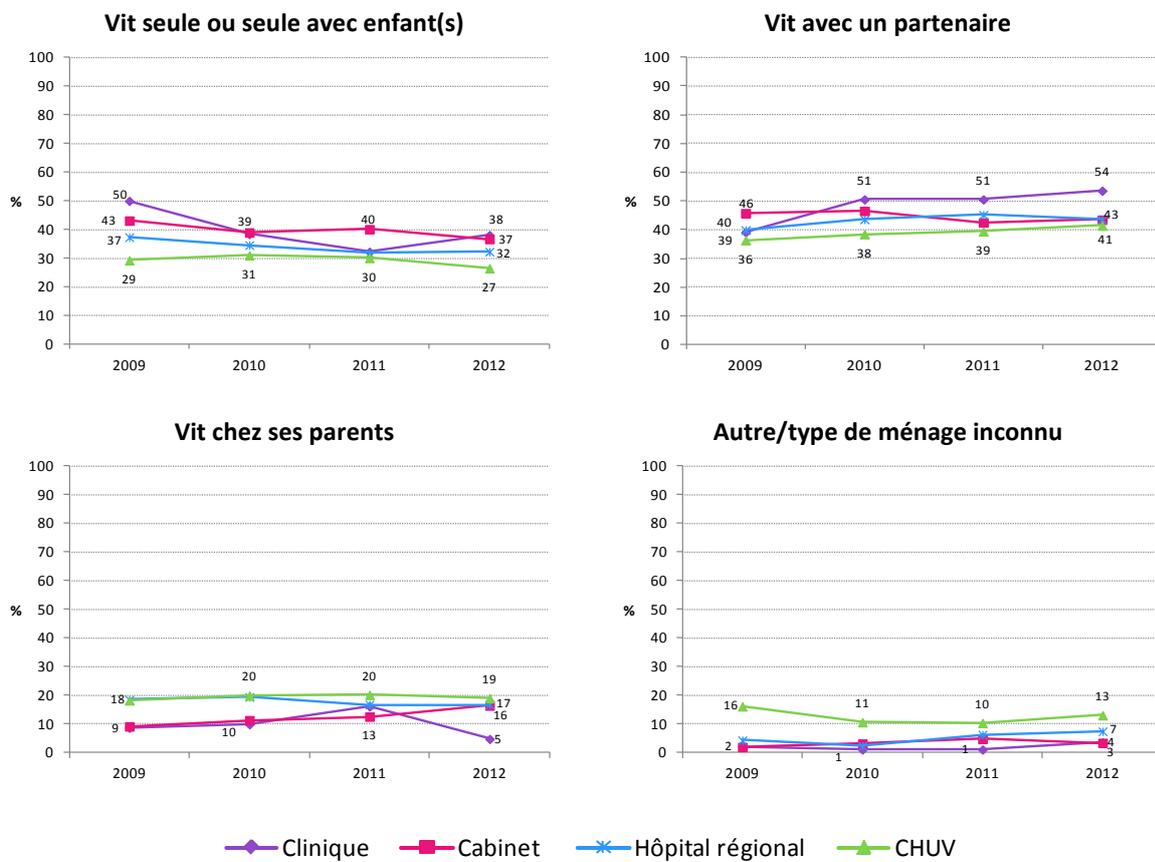


^o La catégorie « autres » englobe les femmes vivant avec d'autres adultes (ex. : en colocation), celles vivant en foyer ainsi que celles dont le ménage est inconnu.

^p On note cependant une proportion relativement plus importante de femmes suisses vivant chez leurs parents (données non présentées), ce qui semble logique non seulement à cause de la plus forte probabilité que les parents des femmes étrangères se trouvent à l'étranger mais aussi en raison de la plus forte proportion de femmes de moins de 24 ans chez les Suissesses.

Une analyse plus détaillée par lieu d'intervention (**Figure 20**) montre que depuis 2009, les cliniques et les cabinets privés ont toujours eu la plus forte proportion de femmes vivant seule ou seule avec enfant(s) (respectivement 38% et 37% en 2012). Quant au CHUV, il présente la plus petite proportion de femmes vivant avec un partenaire (41% en 2012) mais la plus importante proportion vivant chez leurs parents (19% en 2012) ou dans d'autres types de ménage (colocation, foyer et type inconnu : 13% en 2012).

Figure 20 Type de ménage des résidentes vaudoises par année et par lieux d'intervention (2009-2012)



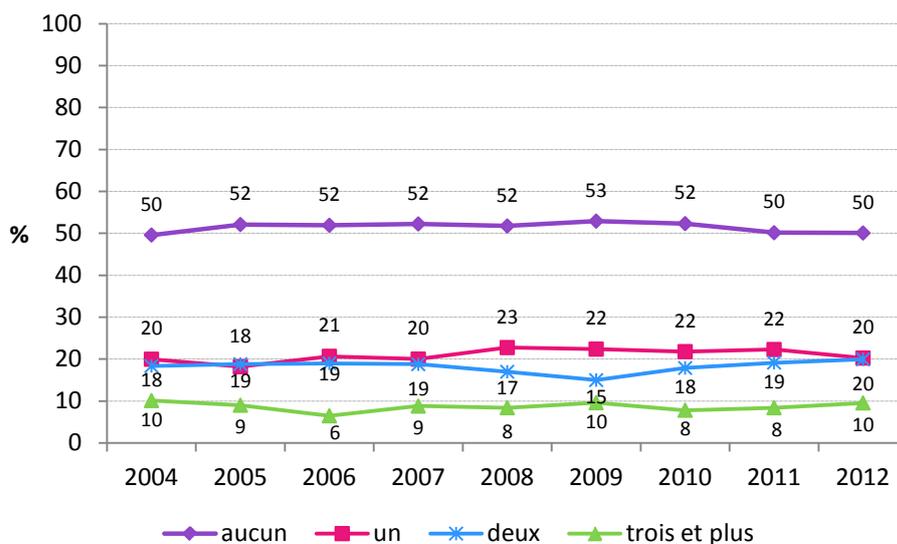
5.2 Fécondité, recours antérieur à l'interruption de grossesse et lieux d'intervention

5.2.1 Nombre d'enfants vivants

La **figure 21** décrit la proportion de résidentes vaudoises ayant déjà un ou plusieurs enfants vivants au moment de l'interruption de grossesse. La tendance est très stable depuis 2004 : environ la moitié des femmes n'avaient pas d'enfant, deux sur cinq en avaient déjà un ou deux et moins de une sur dix en avait trois ou plus.

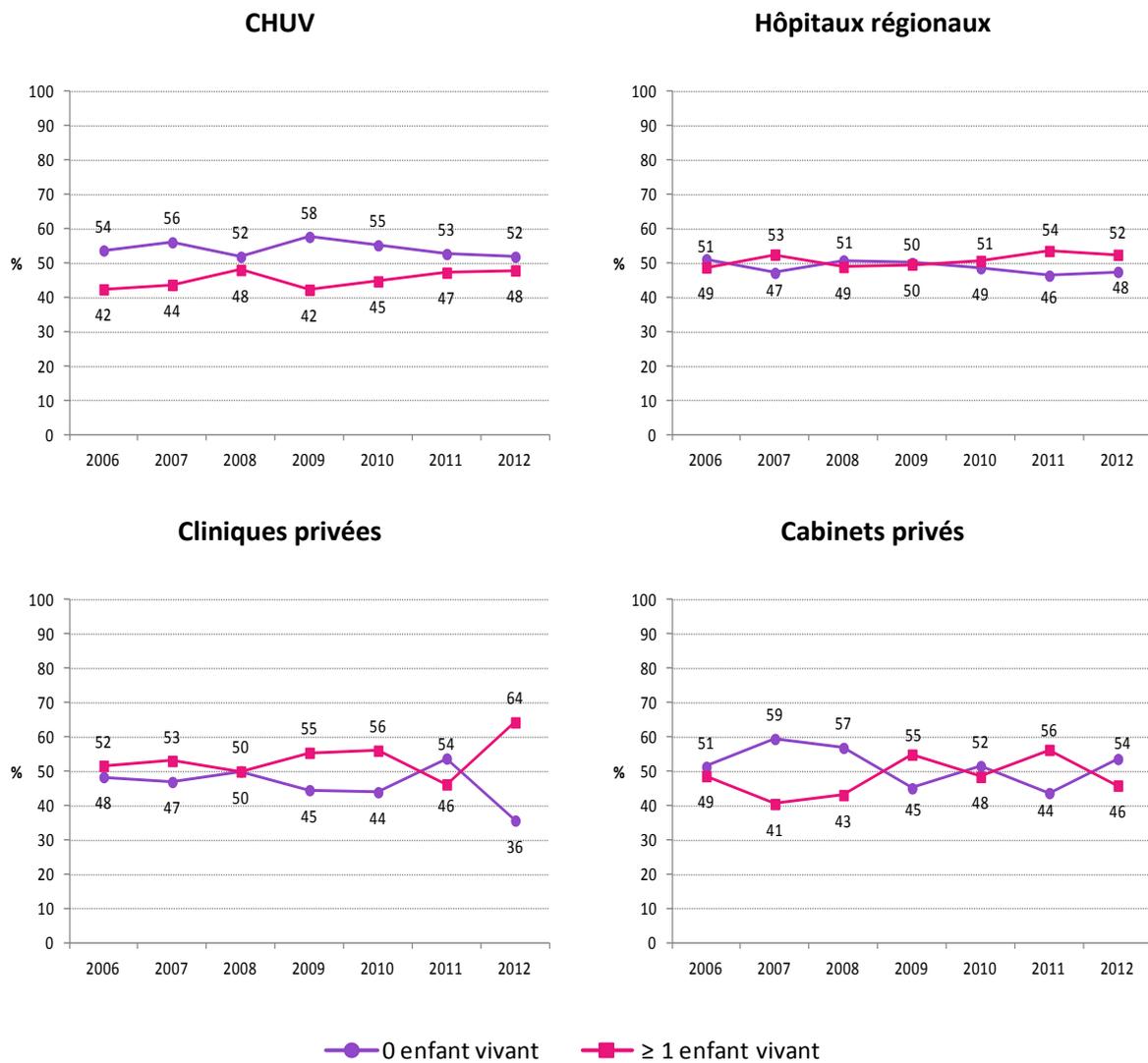
En 2012, pour 20% des femmes ayant déjà au moins un enfant, l'interruption de grossesse est intervenue dans l'année de leur dernier accouchement ou durant l'année suivante. Cette tendance est stable depuis 2003¹⁴.

Figure 21 **Enfant(s) vivant(s) au moment de l'interruption de grossesse (2004-2012)**



La **figure 22** présente la proportion de résidentes vaudoises ayant déjà un ou plusieurs enfants vivants au moment de l'interruption de grossesse par lieu d'intervention. De manière générale, aucun profil particulier de femmes ne se dégage en fonction du lieu d'intervention. Seul le CHUV présente de manière relativement constante depuis 2006 une patientèle n'ayant, pour une petite majorité, aucun enfant vivant (rappelons que la clientèle du CHUV est plus jeune).

Figure 22 **Enfant(s) vivant(s) au moment de l'interruption de grossesse par lieu d'intervention (2006-2012)**

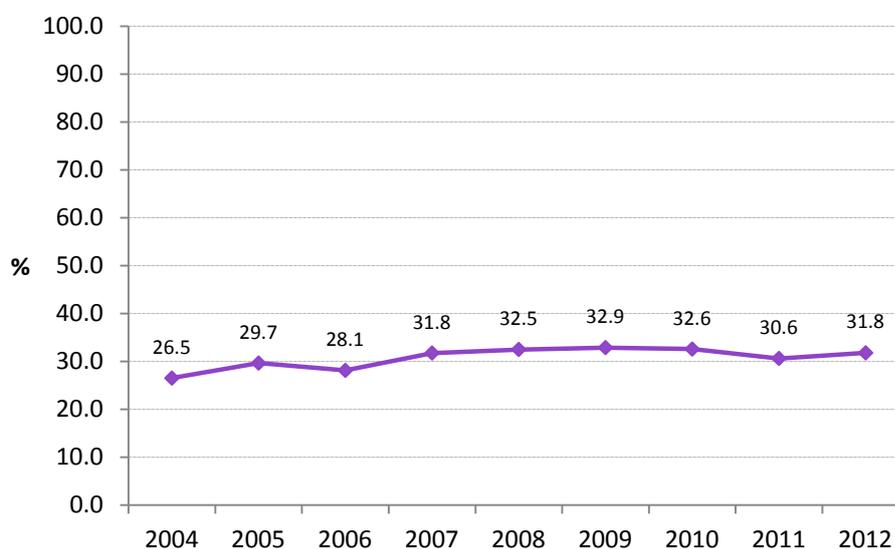


5.2.2 Interruptions de grossesse précédentes

La proportion de femmes ayant déjà eu recours à l'interruption de grossesse au cours de la vie est relativement stable depuis 2004 (**Figure 23**).

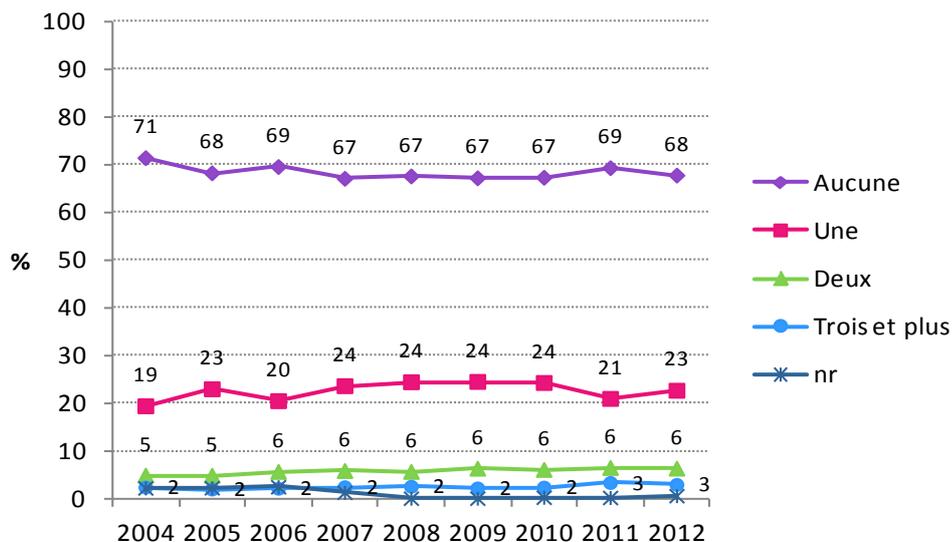
L'analyse par lieu d'intervention entre 2006 et 2012 montre que la proportion de femmes ayant déjà eu une interruption de grossesse est variable selon l'établissement (**Tableau 8 en annexe**). Les hôpitaux régionaux présentent la proportion la plus élevée de femmes dans cette situation ainsi qu'une tendance à la hausse depuis 2006 (+10 points). *A contrario*, rien ne se dégage en particulier pour les autres établissements avec des proportions fluctuantes. On peut tout de même noter que les cabinets privés ont les proportions les plus basses depuis 2011.

Figure 23 Proportion de femmes ayant déjà eu une interruption de grossesse au cours de la vie (2004-2012)



Une analyse plus en détail du nombre d'interruptions de grossesse déjà vécues montre une tendance très stable depuis 2004 (Figure 24). La majorité d'entre elles n'avait jamais été concernée par l'interruption de grossesse auparavant, un peu moins d'un quart des femmes l'avait déjà été une fois au cours de leur vie.

Figure 24 Proportion de femmes ayant déjà eu aucune, une, deux, trois ou plus, interruptions de grossesse au cours de la vie (2004-2012)



Note : pour plus de lisibilité, les valeurs des non réponses ne sont pas présentées

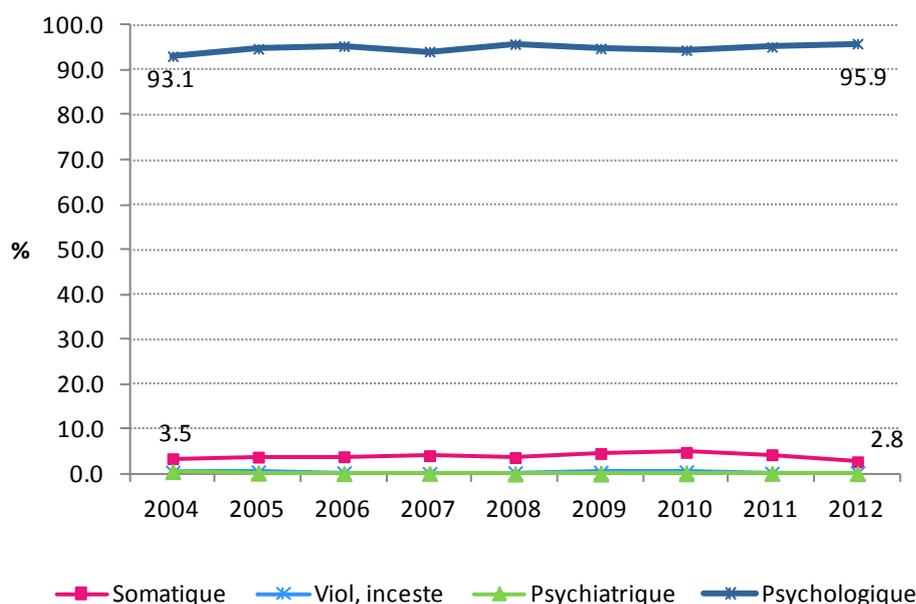
5.3 Caractéristiques de l'interruption de grossesse et lieux d'intervention

5.3.1 Motif de l'interruption de grossesse

La **figure 25** détaille les motifs invoqués par les résidentes vaudoises pour l'interruption de grossesse entre 2004 et 2012. Les modalités de réponses dans le formulaire de déclaration obligatoire sont le motif somatique, viol/inceste, psychiatrique et psychologique.

Une très forte majorité des interruptions de grossesse est liée à des motifs psychosociaux (détresse de la femme enceinte). Cette tendance, très stable depuis 2004, se retrouve quel que soit le lieu d'intervention (**Tableau 9 en annexe**). Les femmes victimes de viol ou d'inceste ont tendance à se diriger vers les consultations en cabinet privé.

Figure 25 Motif invoqué par les résidentes vaudoises pour l'interruption de grossesse (2004-2012)



5.3.2 Type d'intervention

On distingue deux principaux types d'intervention : l'interruption de grossesse chirurgicale (curetage, aspiration) et l'interruption de grossesse médicamenteuse par ingestion de mifépristone (commercialisée en Suisse depuis 1999 sous le nom de Mifégyne®). Ces méthodes sont présentées dans le détail et comparées dans le rapport de Cominetti et al. de 2014¹⁵. Pour rappel, c'est en 2008 que les médecins ont été autorisés à pratiquer l'interruption de grossesse, sous certaines conditions, en cabinet privé (voir §3).

Selon la prise de position de la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique du 16.12.2008 (Avis d'Experts no 15)^q :

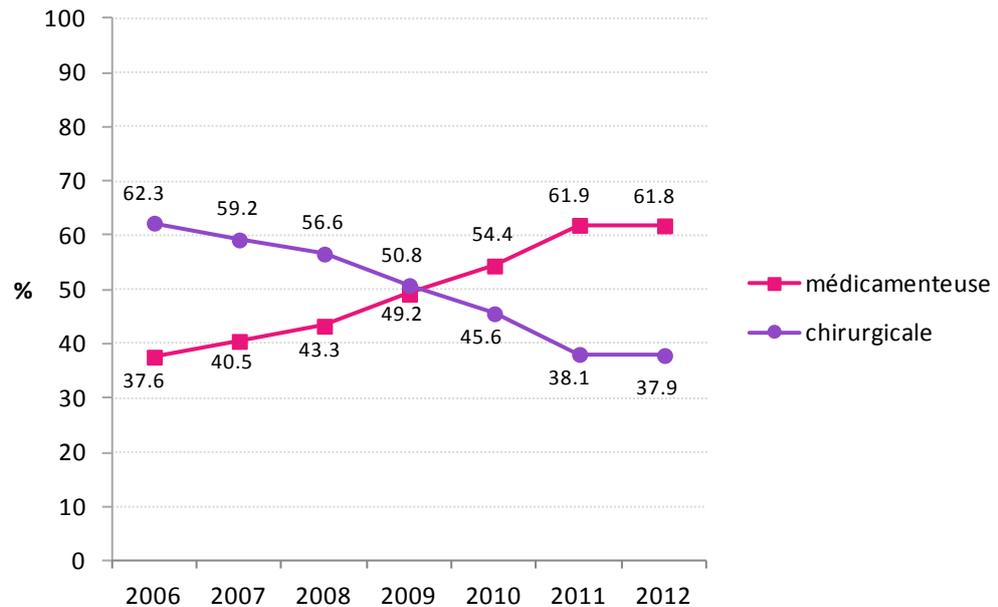
"En Suisse, la mifépristone est autorisée pour les interruptions médicamenteuses de grossesse jusqu'au 49^{ème} jour (7 semaines) suivant la date du premier jour des dernières règles "... " L'utilisation de mifépristone à un stade ultérieur de la grossesse, par ex. jusqu'au 63^{ème} jour (9 semaines) suivant la date des dernières règles, est possible et pratiquée dans certains pays. En Suisse, cette utilisation est laissée à l'appréciation du médecin traitant."

Toutefois, 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 et d'obstétrique¹⁶. 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. L'étude qualitative menée actuellement sur les pratiques et logiques institutionnelles des établissements concernés nous permettra de voir ce qu'il en est pour le canton de Vaud.

^q <http://sggg.ch/files/AVIS%20D%20EXPERTS%2015.pdf>

En 2012, 61.8% du total des interruptions de grossesse recensées parmi les résidentes vaudoises ont été pratiquées avec la méthode médicamenteuse, soit un pourcentage en constante augmentation par rapport aux années précédentes (**Figure 26**), mais légèrement inférieur à la moyenne suisse qui est de 66.9%^r.

Figure 26 Méthodes d'interruption de grossesse, 2006-2012

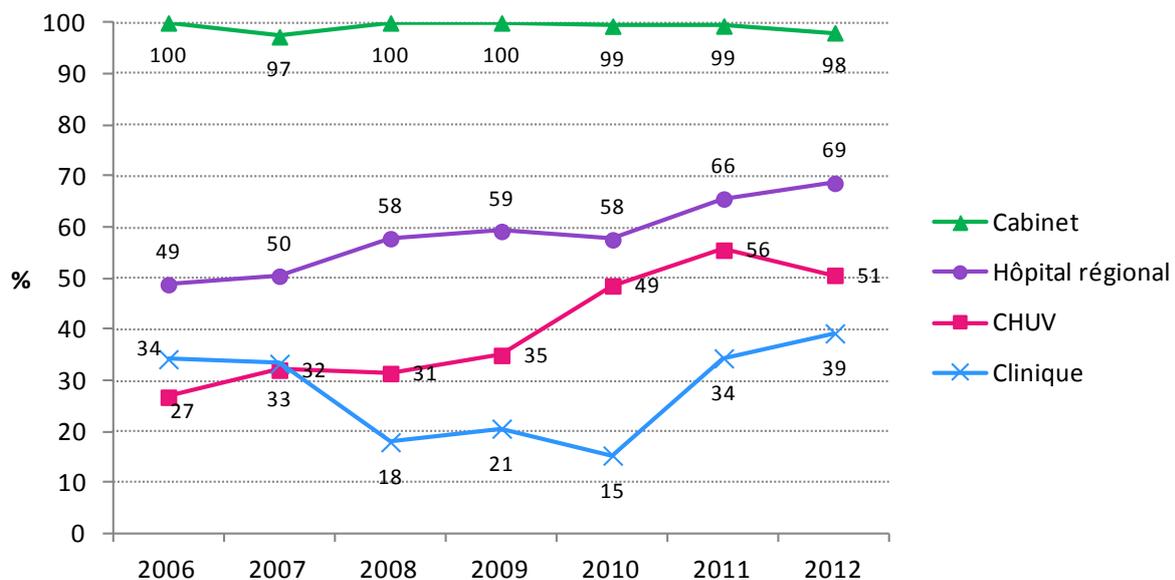


^r Office fédéral de la statistique. Statistique des interruptions de grossesse 2012.
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.print.html>

La **figure 27** présente l'utilisation de la méthode médicamenteuse par lieu d'intervention depuis 2006. On observe une tendance vers une utilisation plus accrue de cette méthode, de manière significative, dans les trois lieux d'intervention où les deux méthodes étaient possibles¹⁷ (CHUV, hôpitaux et cliniques). Pour les cabinets privés, la tendance reste logiquement stable puisque seule la méthode médicamenteuse est utilisée. Concernant la chute des proportions observées entre 2007 et 2010 pour les cliniques privées (-18 points), celle-ci pourrait s'expliquer par un report de la clientèle des cliniques vers le cabinet médical à cette période (cf. Figure 8, p.40). En effet, les gynécologues, qui devaient jusqu'en 2008 aller en clinique pour pratiquer l'interruption de grossesse, ont pu dès lors le faire en cabinet.

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

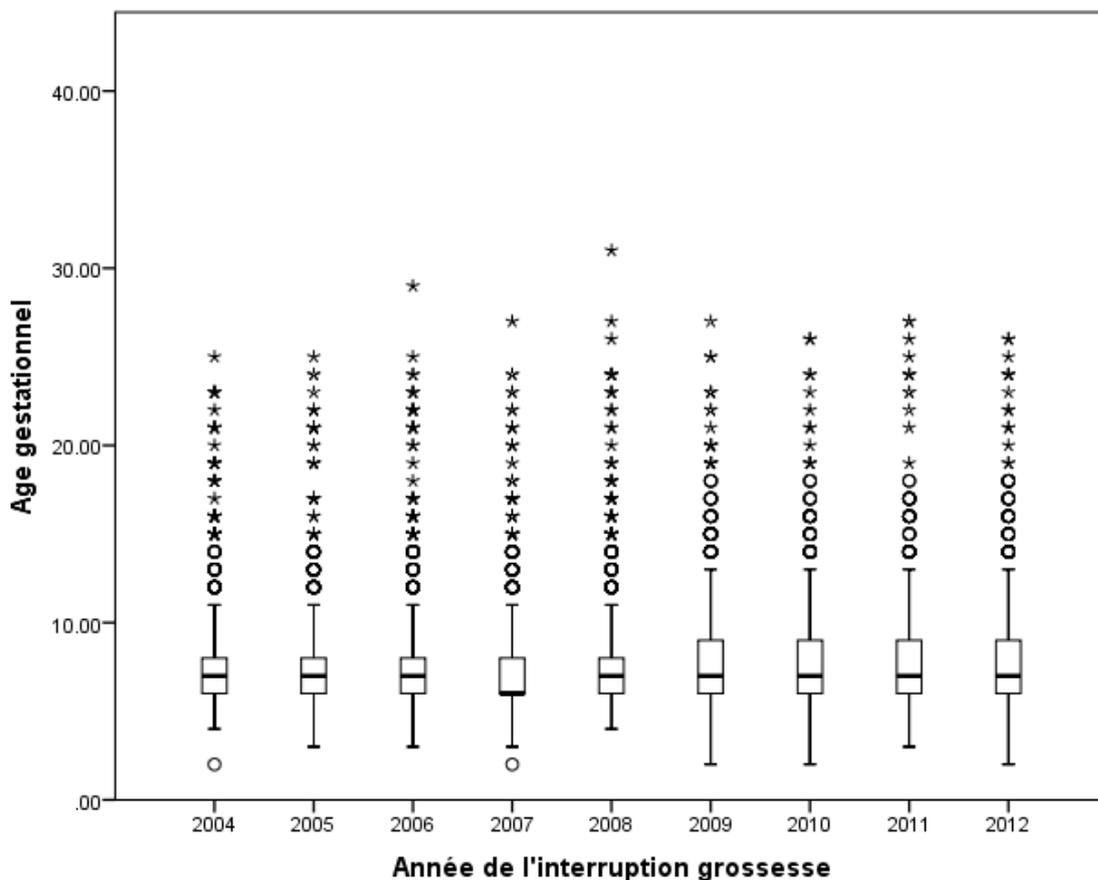


5.3.3 Âge gestationnel

L'âge gestationnel au moment de l'interruption de grossesse est relativement stable depuis 2004 (Figure 28 ci-dessous et Tableau 10 en annexe) avec une moyenne de 7.7 semaines et une médiane de 7.0 sur la période étudiée.

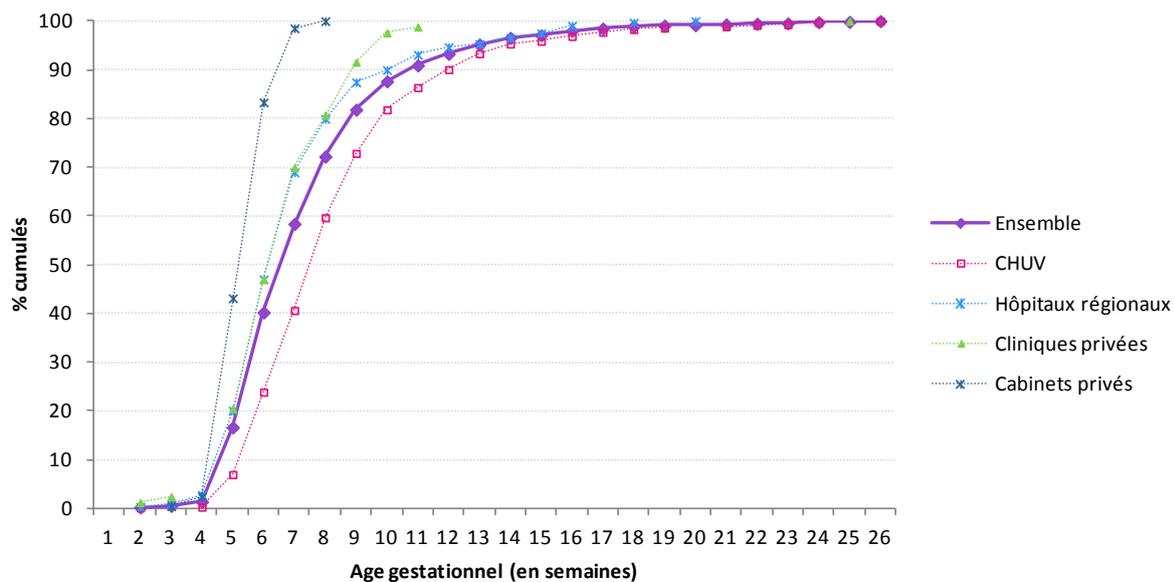
Avant de réaliser une interruption, le médecin doit s'assurer que la grossesse est bien effective et viable (test sanguin, échographie). Dès lors, il y aura toujours un seuil de détectabilité de la grossesse incompressible, un âge gestationnel minimum en-dessous duquel on ne pourra pas lancer la procédure pour une interruption. Cela pourrait expliquer qu'il soit difficile d'obtenir un âge gestationnel moyen en-dessous de 7 semaines et la stabilité que nous observons depuis 2004 montrerait alors une prise en charge relativement rapide de la femme.

Figure 28 Distribution en box-plot des interruptions de grossesse selon l'âge gestationnel, par année d'intervention (2004-2012)



Une représentation de la distribution des interruptions de grossesse en 2012 (pourcentages cumulés) selon l'âge gestationnel donne l'impression de disparités entre établissements (**Figure 29**). Ces différences sont confirmées par une analyse de la variance^s : c'est au CHUV que l'âge gestationnel moyen est le plus important (7.9 semaines sur 2006-2012 ; IC_{95%}[7.7-8.0]), au cabinet privé qu'il est le plus bas (5.7 semaines). L'âge gestationnel moyen n'est pas statistiquement différent entre les hôpitaux régionaux et les cliniques privées (7.0 semaines)^t. L'âge moyen gestationnel plus important du CHUV s'explique de deux manières. D'une part, on y trouve une proportion plus importante d'interruptions de grossesse pratiquées après douze semaines (10% des cas en 2012^u). D'autre part, l'âge gestationnel moyen au CHUV est aussi supérieur lorsque les interruptions tardives et/ou somatiques sont exclues de l'analyse (**Figure 33 en annexe**). Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que le CHUV doit parfois traiter des cas plus lourds et/ou des personnes référées par d'autres hôpitaux ou médecins.

Figure 29 Distribution des interruptions de grossesse (pourcentages cumulés) selon l'âge gestationnel, pour l'ensemble des femmes et par lieu d'intervention en 2012



^s Test de l'ANOVA avec SPSS : analyse de variance à 1 facteur (One-way ANOVA).

^t En 2012, l'âge gestationnel était inférieur ou égal à sept semaines pour deux patientes sur cinq du CHUV (41%) alors que cela représentait une patiente sur sept dans les hôpitaux régionaux (69%) et les cliniques privées (70%) et quasiment la totalité des patientes en cabinet privé (99%).

^u Hôpitaux régionaux : 5% ; Cliniques privées : 1% ; Cabinets privés : 0%.

5.4 Synthèse de la comparaison par lieu d'intervention

Le **tableau 3** présente une synthèse des comparaisons entre établissements réalisant des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud. Il apparaît clairement que les femmes les plus jeunes, sans formation, d'origine étrangère, sans permis de séjour ou n'ayant qu'un statut précaire (ou N, F, L, S) et/ou en situation de grossesse tardive (supérieur à 12 semaines) auront tendance à se diriger ou à être orientées vers le CHUV. Les cliniques, quant à elles, reçoivent une patientèle généralement plus âgée, ayant majoritairement suivi une formation au-delà de l'école obligatoire et où la proportion de femmes ayant déjà un enfant vivant est bien supérieure à celle des femmes n'ayant eu aucun enfant. Il ressort également que l'activité professionnelle, le type de ménage, le motif donné pour l'interruption ne sont pas des critères déterminants quant au choix du lieu où l'intervention sera réalisée.

Une analyse de régression logistique multinomiale sur les données 2012 a permis de confirmer ces observations (**Tableau 11 en annexe**). La variable dépendante choisie est le lieu d'intervention, le CHUV étant le site de référence auquel ont été comparés les trois autres lieux : hôpitaux régionaux, cliniques privées et cabinets privés. Les résultats de cette régression confirment en effet que la probabilité d'aller en clinique par rapport à celle d'aller au CHUV augmente avec l'âge de la patiente. De même, la probabilité d'aller en cabinet privé par rapport à celle d'aller au CHUV est plus faible pour les femmes sans permis ou avec un permis N, F, L, S que pour les Suissesses. Les probabilités d'aller dans un hôpital régional, dans une clinique privée ou dans un cabinet privé, par rapport à celles d'aller au CHUV, diminuent avec l'âge gestationnel, et cet effet est particulièrement marqué pour les cabinets privés.

Tableau 3 Synthèse des comparaisons entre lieux d'intervention

Caractéristiques (2006-2012)	CHUV	Hôpitaux régionaux	Cliniques	Cabinets privés
Proportion d'IG	Fait le plus d'IG (N°1)	N°2	Fait le moins d'IG (N°4)	N°3
Âge des femmes	Femmes plus jeunes en moyenne		Femmes plus âgées en moyenne	
Nationalité	La majorité des femmes sont étrangères	Même proportion de femmes suisses et étrangères depuis 2009	Proportion légèrement supérieure de suissesses	La majorité des femmes sont suisses depuis 2010
Permis de séjour	Permis B/C en majorité mais a la proportion de femmes la plus importante sans permis de séjour ou N, F, L (environ 1/5)	Permis B/C en majorité	Permis B/C en majorité	Population étrangères en majorité avec un permis C
Formation	Petite majorité de femmes ayant suivi une formation au-delà de l'école obligatoire	2/3 des femmes ont suivi une formation au-delà de l'école obligatoire	Forte majorité de femmes ayant suivi une formation au-delà de l'école obligatoire	
Activité (en emploi ou en formation)	Femmes ayant en majorité un emploi (3/5 environ) mais on y trouve tout de même la proportion la plus importante de femmes sans emploi	Femmes ayant en majorité un emploi (2/3 environ)	Femmes ayant en majorité un emploi (2/3 environ)	Forte majorité de femmes en emploi ou en formation (4/5)
Type de ménage	La proportion de femmes vivant avec un partenaire est la plus importante suivie de la proportion de femmes vivant seules (ou seules avec enfants) quel que soit le lieu.			
	C'est au CHUV que l'on trouve le plus de femmes vivant chez leurs parents par rapport aux autres lieux	Quasi même proportion de femmes vivant seule (ou seule avec enfant) ou avec un partenaire	La moitié des femmes vivent avec un partenaire	Quasi même proportion de femmes vivant seules (ou seules avec enfant) ou avec un partenaire
N enfants vivants vs 0 enfant vivant	Quasi même proportion	Quasi même proportion	Seul lieu où la proportion de femmes ayant déjà un enfant vivant est bien supérieure à celle des femmes n'ayant eu aucun enfant (surtout 2012)	Quasi même proportion
IG précédente(s)	Proportions fluctuantes	Proportions les plus élevées	Proportions fluctuantes	Proportions les plus basses
Motif IG	Pas de différence marquante entre établissements. Motif psychologique pour plus de 9 cas sur 10. Les femmes ayant subi un viol ont tendance à se diriger vers un cabinet privé.			
Âge gestationnel	Âge gestationnel moyen le plus élevé au moment de l'IG			Âge gestationnel moyen le plus bas au moment de l'IG
Méthode IG	Méthode médicamenteuse autant utilisée que la méthode chirurgicale	Méthode médicamenteuse prédominante	Méthode chirurgicale prédominante	Méthode médicamenteuse prédominante

IG : interruption de grossesse

6

Discussion

6 Discussion

Les statistiques de surveillance des IG dans le canton constituent une banque de données originale et précieuse. On voit se dégager certaines tendances, mais leur évolution est difficile à interpréter à cause de l'éventail de facteurs différents qui rentrent en jeu au fil des années. Il s'agit pour beaucoup de facteurs législatifs ayant entraîné une cascade de changements contextuels : la mise sur le marché de la Mifépristone, l'introduction du régime du délai, la mise à disposition de la contraception d'urgence sans ordonnance, la directive cantonale permettant la pratique de l'IG au cabinet médical... ; sans oublier, par ailleurs, les facteurs d'ordre "technique" liés au système de surveillance, comme l'inclusion des requérantes d'asile dans le numérateur pour le calcul du taux d'IG ou les changements apportés au formulaire de déclaration et à la méthode de récolte des données. Ces facteurs peuvent parfois concourir sur une même période et ainsi potentiellement renforcer une tendance particulière sur une période donnée. Ils peuvent également se neutraliser, se compenser, et n'avoir alors aucune influence sur la tendance observée.

Toute interprétation de tendances doit donc être faite avec prudence. Nous présentons ci-après nos hypothèses concernant l'interprétation des tendances constatées lors de ce bilan ainsi que les démarches de vérification effectuées dans un but de clarification.

Avec la votation du régime du délai, l'année 2002 est une année charnière au cours de laquelle deux législations s'appliquaient. La mise en place de la nouvelle loi semble expliquer la baisse temporaire des taux observés entre 2002 et 2004, mais de quelle manière?

Dans un premier temps, il semblait que la chute du nombre d'interruptions de grossesse recensées était liée à un problème de sous-déclaration (notamment à l'extérieur du CHUV), suite à l'augmentation du nombre de gynécologues devant remplir les feuilles de déclaration⁶, mais nos analyses ont mis en évidence que l'effet de cassure a persisté. Même s'il y a eu une légère remontée des taux depuis 2004, les chiffres suivant l'introduction du régime du délai sont restés plus bas qu'avant le changement législatif : entre 2003 et 2012, les taux varient entre 6.8 et 8.5 pro mille comparés à une variation entre 8.1 et 10.4 de 1990 à 2001. Cela donne donc l'impression de constituer deux périodes clairement différentes. La différence entre les deux périodes est particulièrement marquée pour les femmes d'origine étrangère (variation entre 9.5 et 13.1 après 2003 en comparaison avec 14.4 et 20.3 dans la période précédant 2003).

Rappelons qu'avant l'introduction du régime du délai, chaque demande d'interruption de grossesse devait être soumise à l'avis conforme d'un second médecin qualifié comme spécialiste^v. Ce dernier était en charge de remplir le formulaire de déclaration. Suite à cet entretien, certaines femmes changeaient d'avis sans que le médecin n'en soit forcément informé. Le formulaire était alors enregistré comme les autres formulaires à des fins de statistique. Les statistiques disponibles pour les années 1990 à 2001 concernent donc les demandes d'interruptions de grossesse accordées et non les interruptions réellement effectuées. Addor et al. soulignent en 2003 que la

^v Ils étaient une quarantaine de médecins spécialistes en gynécologie avant 2003, accrédités par le service de la santé publique.

proportion de femmes qui renonçaient finalement à poursuivre l'interruption variait de 2% en Ecosse à 5% en Norvège et 8% en Suède : il y avait donc sûrement une légère surestimation du taux d'interruptions de grossesse dans le canton de Vaud avant le régime du délai (avant 2002)¹. Nous avons appliqué ces taux de renoncement aux données suisses (**Figure 32 en annexe**) : la prise en compte de la proportion de femmes renonçant à poursuivre l'interruption de grossesse ne change pas, à elle seule, les tendances générales observées jusqu'alors. La cassure entre 2002 et 2003 est toujours présente et reste significative.

Dès 2002 également, la contraception post-coïtale (également nommée pilule d'urgence) est disponible en Suisse sans prescription médicale dans toutes les pharmacies ainsi que dans les centres de santé sexuelle et de planning familial après un entretien-conseil. Il ne s'agit pas d'une pilule abortive. La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée. Elle est financièrement relativement abordable (entre 25 et 40.-) et peut être donnée à toutes les femmes, quel que soit leur âge. L'accès facilité à la contraception post-coïtale pourrait également participer aux taux moins importants observés dès 2002.

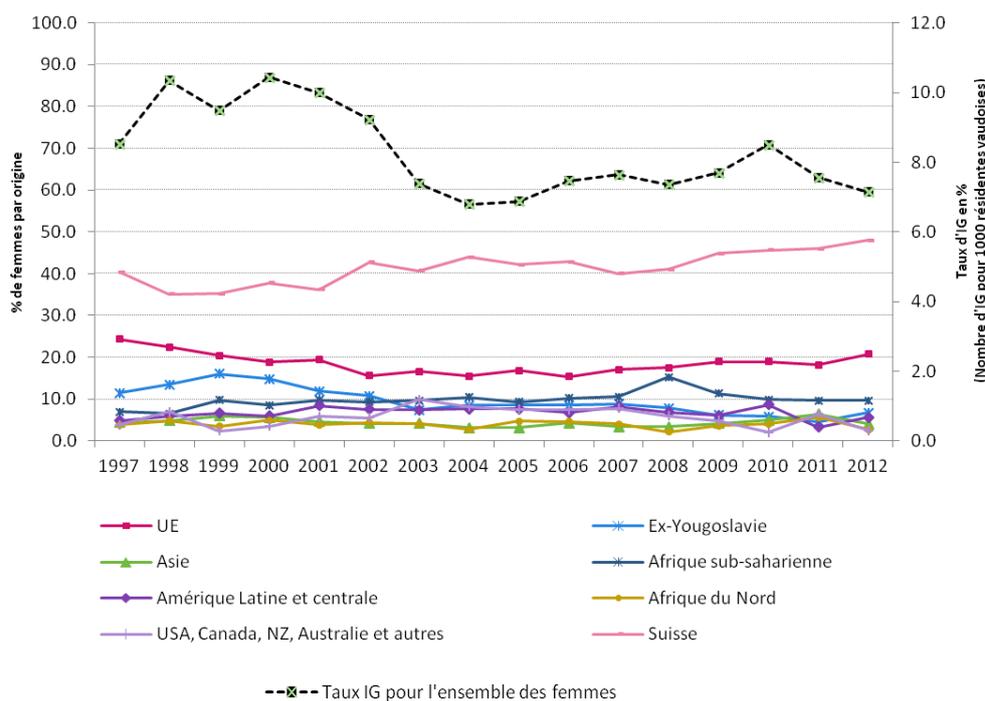
La baisse des taux qui a été maintenue après le changement de la loi est donc difficile à interpréter : doit-on tout attribuer au changement du système ou y a-t-il eu une baisse effective des interruptions de grossesse ? Il semblerait en tout cas que l'on peut confirmer que l'accès à l'interruption, devenu théoriquement plus facile après 2002 grâce à l'évolution de la législation, n'a pas donné lieu à une augmentation des interruptions de grossesse, comme ont pu le craindre certains milieux opposés à la nouvelle législation.

En prenant la période étudiée dans l'ensemble, selon les déclarations faites au médecin cantonal, on observe depuis le début du suivi en 1990 une diminution légère du taux de recours à l'interruption de grossesse. Pour la totalité de la population vaudoise ayant déclaré une interruption de grossesse sur l'ensemble de la période, l'analyse statistique a montré que cette baisse n'est néanmoins pas significative. En analysant séparément les taux observés dans les deux sous-populations, les suissesses et les femmes d'origine étrangère, nous avons constaté deux tendances qui se concurrencent au sein de la population totale : une tendance à la hausse depuis 2002 pour les suissesses et une tendance à la baisse sur l'ensemble de la période pour la population étrangère. Il en résulte une diminution de l'écart entre Suissesses et femmes d'origine étrangère depuis 2004. Pour les Suissesses, l'augmentation observée tient essentiellement à un changement progressif chez les femmes plus jeunes (moins de 25 ans) (**Tableau 5 en annexe**).

Si on constate sur la période étudiée un taux d'interruptions de grossesse ainsi qu'une variabilité des taux plus importants chez les femmes étrangères, rappelons que pour cette population la situation est plus complexe. En 2008, le taux d'interruptions de grossesse au niveau mondial était de 28‰ et de 27 ‰ en Europe (inclus les pays de l'Ex-union soviétique)¹⁵. La Suisse figure parmi les pays ayant les taux les plus bas d'Europe (6.7‰ en 2012) et le canton de Vaud, avec un taux de 8.9‰, fait partie des cantons dont le taux est le plus élevé de Suisse. Les femmes de nationalité étrangère proviennent en grande majorité de pays dont le taux est plus élevé qu'en Suisse. Il est donc logique d'observer, dans un premier temps, que les femmes d'origine étrangère ont un taux d'interruptions de grossesse plus élevé que leurs homologues suisses.

La population des femmes étrangères ayant eu une interruption de grossesse est très hétérogène : si en 2012 les trois-quarts environ bénéficient d'une situation stable (permis B ou C dont certaines sont même nées en Suisse), un quart n'a qu'un statut de résidence précaire (au bénéfice d'un permis N, F, L ou S ou ayant un statut de requérante d'asile)^w. Il s'agit, par ailleurs, d'une population composée de plusieurs nationalités, plus ou moins présentes dans le canton au fil du temps. Depuis le début du suivi, les femmes originaires d'un pays appartenant à l'Union européenne constituent de manière continue le groupe le plus important (20.8% des déclarations en 2009 et 20.7% en 2012). Concernant le reste des femmes étrangères, en prenant en compte l'ensemble de la population, deux catégories se distinguent. Tout d'abord les femmes appartenant aux pays ayant constitué autrefois la Yougoslavie^x : celles-ci ont été plus présentes dans les statistiques de 1997 à 2002 (période marquée par la guerre des Balkans (1991-2001) et du Kosovo (1998-1999)). Les femmes provenant de l'Afrique sub-saharienne constituent depuis 2009 le deuxième groupe le plus important des étrangères (variant de 11.4% des déclarations en 2009 à 9.6% en 2012).

Figure 30 Proportion de femmes selon l'origine en regard du taux d'interruptions de grossesse dans le canton de Vaud (1997-2012)



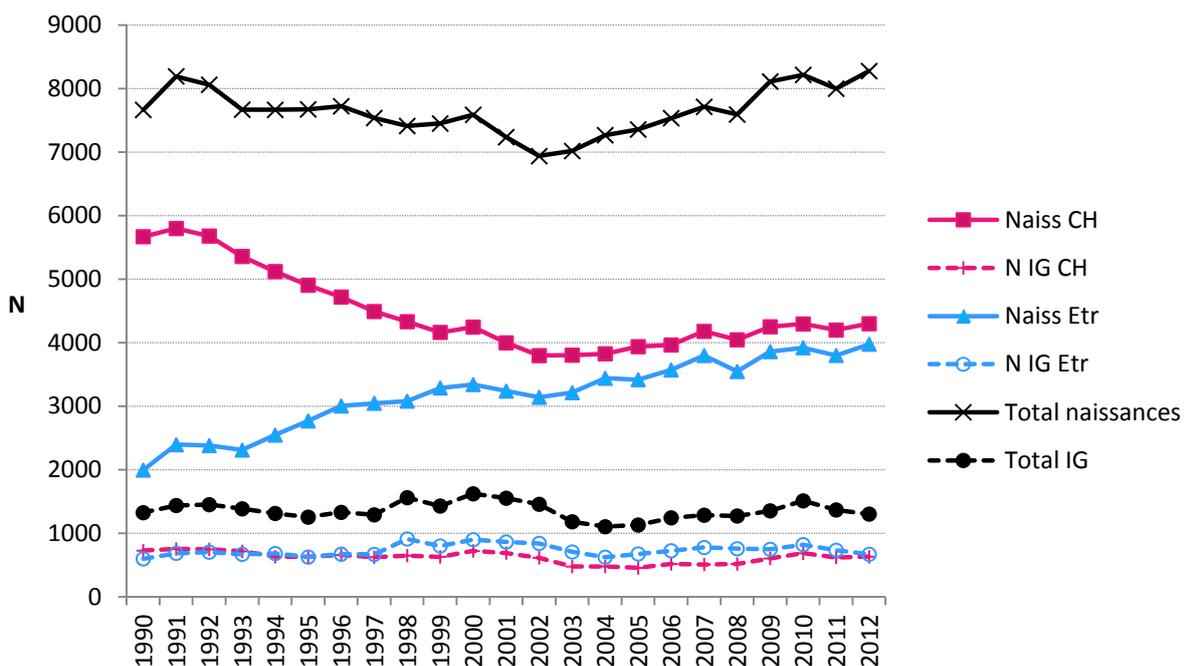
^w L'information concernant le type de permis de séjour est demandée depuis 2009. On constate une grande stabilité dans la répartition des permis au sein de chaque année.

^x Cette catégorisation paraît dépassée en 2014 mais a été adoptée au début de la surveillance et gardée dans un but de suivi.

Les fluctuations constatées dans la population étrangère émanent également de la manière dont les déclarations ont été comptabilisées. Depuis le début du suivi et jusqu'en 1997, la population étrangère prise en compte dans les analyses était limitée aux femmes ayant un permis de séjour d'au moins un an. Les requérantes d'asile et les femmes en situation de séjour illégal n'étaient pas comptabilisées dans le numérateur. Celles-ci, en revanche, ont été prises en compte dans le dénominateur (nombre de naissances vivantes pour le ratio). Dès 1997, elles sont enfin prises en compte dans le numérateur, ce qui tend à augmenter le ratio chez les femmes étrangères et de ce fait chez les résidentes du canton de Vaud. Malgré les mesures prises, il reste impossible d'avoir des statistiques précises concernant toute la population étrangère dans le canton, car, contrairement à la situation des requérantes, les personnes non déclarées ne sont pas incluses dans le dénominateur utilisé pour le calcul des taux ; elles sont néanmoins présentes dans le numérateur. Leur absence au dénominateur augmente faussement le taux d'interruptions de grossesse pour les nationalités concernées, très probablement de peu, mais nous ne disposons pas de données suffisamment fiables pour apporter une correction.

Ces résultats concernant les interruptions de grossesse sont également à mettre en relation avec le contexte de la fertilité plus large dans le canton. Entre 1990 et 2012, il y a eu des changements importants en ce qui concerne le nombre de naissances vivantes chez les Suissesses et chez les femmes d'origine étrangère : chez les Suissesses, une chute allant de 5797 naissances en 1991 à 3796 en 2002, suivie d'une très légère remontée jusqu'en 2012 (4298 naissances). Pour les femmes d'origine étrangère, la tendance entre 1990 et 2002 est tout à fait l'inverse. Par ailleurs, dans cette population, on constate une remontée constante sur l'ensemble de la période (**Figure 31**).

Figure 31 Nombre absolu d'interruptions de grossesse et nombre de naissances pour les résidentes du canton de Vaud (1990-2012)



Concernant les Suissesses chez qui on constate une augmentation du taux d'interruptions de grossesse, on observe une différence entre les femmes de moins de 20 ans et celles entre 20 et 24 ans. Pour ces dernières, la chute des naissances dans la première partie de la période étudiée a été très marquée, ayant diminué de plus de la moitié : de 693 en 1990 à 209 en 2003, mais à partir de cette dernière année, le nombre de naissances augmente de nouveau et les trois dernières années dépassent le seuil de 300 par année. Ces tendances ne sont pas observées chez les Suissesses de moins de 20 ans, chez qui le nombre de naissances a fluctué entre 15 (minimum en 1994) et 45 (maximum en 2007) sur l'ensemble de la période. Cette différence ressort clairement dans l'évolution de l'indicateur constitué du rapport entre les interruptions de grossesse et les naissances vivantes : pour les Suissesses entre 20 et 24 ans, il n'a guère changé entre 2003 (51.2) et 2012 (53.5), alors que pour les Suissesses de moins de 20 ans, il est passé de 243.5 à 343.3 pendant la même période. Rappelons néanmoins qu'en termes de nombre absolu, peu de Suissesses de moins de 20 ans sont concernées (en 2012 : 30 naissances et 103 interruptions de grossesse).

Hormis les différences en termes de nationalité et d'âge que nous venons de discuter, le profil socio-démographique des résidentes vaudoises ayant vécu une interruption de grossesse est dans l'ensemble resté stable depuis 2004 : à titre d'exemple, l'âge médian des femmes concernées est resté entre 27.9 et 28.8 ans. Etant donné la constance des chiffres, nous résumons ci-après une description générale de la situation au cours des neuf dernières années.

La majorité des femmes a achevé une formation au-delà de l'école obligatoire. Leur proportion est plus importante chez les Suissesses ainsi que dans les cliniques et les cabinets privés. En relation avec le niveau de formation, la proportion de femmes ayant une activité rémunérée ou en formation est plus importante chez les Suissesses que parmi les femmes de nationalité étrangère. Concernant le type de ménage dans lequel la femme évolue, environ deux sur cinq vivent avec un partenaire et un tiers vivent seules ou seules avec enfant(s). Il n'y a pas de différence notable lorsque cet indicateur est analysé du point de vue de la nationalité. La majorité des femmes n'a aucun enfant vivant au moment de l'interruption de grossesse. Parmi celles qui en ont au moins un, 20% ont l'interruption dans l'année de leur dernier accouchement ou l'année suivante. La proportion de femmes ayant déjà eu recours à l'interruption de grossesse au cours de la vie est relativement stable depuis 2004. Certaines différences en fonction des caractéristiques des femmes sont constatées selon le lieu où l'interruption s'est déroulée.

Concernant les caractéristiques des interruptions de grossesse, le motif majeur invoqué par les femmes confrontées à l'interruption de grossesse est le motif psychosocial (ou détresse de la femme enceinte) à plus de 90%. Cette tendance, très stable depuis 2004, se retrouve quel que soit le lieu d'intervention. L'utilisation de la méthode médicamenteuse est en constante augmentation depuis 2006 et supplante largement la méthode chirurgicale depuis 2010. A ce jour, seules les cliniques privées utilisent majoritairement la méthode chirurgicale, mais cela semble *a priori* dû au fait que les médecins pratiquant en clinique sont également installés en cabinet. Nous faisons l'hypothèse qu'ils proposent la méthode médicamenteuse au cabinet et redirigent, très logiquement, leurs patientes vers la clinique pour une intervention chirurgicale.

L'âge gestationnel au moment de l'interruption de grossesse est relativement stable depuis 2004 avec une moyenne de 7.7 semaines et une médiane de 7.0 sur la période étudiée. Cette moyenne

semble incompressible à l'heure actuelle du fait qu'il faille attendre 6 semaines d'aménorrhée pour que l'embryon soit visible à l'échographie et donc pour parvenir à déterminer si la grossesse est viable ou pas.

7

Références

7 Références

- 1 Addor V, Narring F, Michaud PA. Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of its recurrence. *Swiss medical weekly : official journal of the Swiss Society of Infectious Diseases, the Swiss Society of Internal Medicine, the Swiss Society of Pneumology*. 2003;133(15-16):219-26.
- 2 Addor V, Ferron C, Narring F, Michaud PA. Interruptions de grossesse dans un canton suisse de 1990 à 1993: implications pour la surveillance épidémiologique. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1997;45(474):82.
- 3 Addor V. Interruptions volontaires de grossesse dans le canton de Vaud. Données 2001 et tendances 1990-2001. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents. 2002.
- 4 Balthasar H, Spencer B, Addor V, Jeannin A, Resplendino J, Dubois-Arber F. Les interruptions volontaires de grossesse dans le canton de Vaud en 2002. *Rev Med Suisse Romande*. 2004(124):645-8.
- 5 Balthasar H, Jeannin A, Benninghoff F, Spencer B. Demandes d'interruption de grossesse dans le canton de Vaud : analyse des données 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004.
- 6 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005.
- 7 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2004. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005.
- 8 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2005. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2006.
- 9 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2006. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2007.
- 10 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2007. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008.
- 11 Meystre-Agustoni G, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2009. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2010.
- 12 Locicero S, Meystre-Agustoni G, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2010. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2011.
- 13 Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2011. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2012.
- 14 Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2013.
- 15 Cominetti F, Koutaissoff D, Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse : données épidémiologiques, accessibilité et techniques: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Unité d'évaluation de programmes de prévention 2014.
- 16 Rey Anne-Marie, Seidenberg André. Schwangerschaftsabbruch: dir Praxis der Spitäler und Liniken in der Schweiz. *Bulletin des médecins suisses*. 2010;91(13/14):551-4.
- 17 Locicero S, Boubaker K, Spencer B, editors. Diffusion de la méthode médicamenteuse pour l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud : 2006-2011. Conférence de Santé Publique Suisse; 2012; Lausanne.

8

Annexes

8 Annexes

8.1 Législation sur l'interruption de grossesse avant et après le régime du délai

Législation avant le régime du délai :

Code pénal suisse.

Infractions contre la vie et l'intégrité corporelle (1942)

Art. 118

"La personne enceinte qui, par son propre fait ou par celui d'un tiers, se sera fait avorter sera punie d'emprisonnement."

L'action pénale se prescrit par deux ans

Art. 119

Celui qui, avec le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter,

celui qui aura prêté assistance à une personne enceinte en vue de l'avortement,

sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.

L'action pénale se prescrit par deux ans.

Celui qui, sans le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.

La peine sera la réclusion pour trois ans au moins, si le délinquant fait métier de l'avortement.

Art. 120

Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse a été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.

L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par

La nouvelle loi :

REGIME DU DELAI – REVISION DU CODE PENAL Selon la décision des Chambres fédérales du

23.3.2001

Art. 118 Interruption de grossesse punissable

Celui qui interrompt la grossesse d'une femme avec son consentement, ou encore l'instigue ou l'aide à interrompre sa grossesse sans que les conditions fixées à l'article 119 soient remplies, sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.

Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.

La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119, al. 1, soient remplies, sera punie de l'emprisonnement ou de l'amende.

Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par deux ans.

Art. 119 Interruption de grossesse non punissable

L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.

L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme et la conseiller.

Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.

Le canton désigne les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte.

A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté.

Art. 120 Contraventions commises par le médecin

Sera puni des arrêts ou de l'amende le médecin qui interrompt une grossesse en application de l'art. 119, al. 2, et omet avant l'intervention

d'exiger de la femme enceinte une requête écrite;

de s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte, de la conseiller et de l'informer sur les risques médicaux de l'intervention ainsi que de lui remettre

un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé de façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu.

Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.

Les dispositions de l'article 34, chiffre 2, demeurent réservées pour autant que la grossesse est interrompue par un médecin diplômé et qu'il s'agit d'écartier un danger imminent, impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.

Dans ce cas le médecin traitant doit, dans les vingt-quatre heures après l'opération, aviser l'autorité compétente du canton dans lequel l'opération a eu lieu.

Si la grossesse a été interrompue à cause d'un autre état de détresse grave dans lequel se trouvait la personne enceinte, le juge pourra atténuer librement la peine (art. 66)

Les dispositions de l'article 32 ne sont pas applicables.

contre signature un dossier comportant :

la liste des centres de consultation qui offrent gratuitement leurs services ;

une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle ;

des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant ;

de s'assurer lui-même, si la femme enceinte a moins de 16 ans, qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisé pour mineurs.

Sera puni de la même peine le médecin qui omet d'aviser l'autorité de santé publique compétente, conformément à l'art. 119, al. 5, de l'interruption de grossesse pratiquée.

8.2 Directives de 2008 relatives à l'interruption de grossesse selon les articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse

DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

Vu les articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP, RS 311.0), le Département de la santé et de l'action sociale (OSAS) arrête :

1. Structures habilitées :
Sont habilités à pratiquer l'interruption de grossesse 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.
2. Médecins habilités :
Médecins porteurs d'un titre de spécialiste en gynécologie-obstétrique et autorisés à pratiquer dans le canton de Vaud.
3. Conditions pour les établissements hospitaliers :
Etablissements de soins aigus avec mission de gynécologie-obstétrique
4. Conditions pour les cabinets médicaux :
 - Equipement de réanimation cardia-respiratoire
 - Pratique médicale et surveillance de la patiente dans le respect des bonnes pratiques et du devoir de diligence
 - art. 3 et 26 de la Loi du 15 décembre 2000 sur les produits thérapeutiques (LPTh, RS 812.21)
 - art. 94 de la Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP; RSV 800.01)
 - 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
5. Conditions pour l'interruption de grossesse :
 - 5.1 Interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines suivant le début des dernières règles (art 119 al. 2 et 120 al. 1 CP) :
 - Une demande écrite de la femme enceinte invoquant sa situation de détresse est obligatoire (art. 119, al. 2 et 120 al. 1, lettre a CP) au moyen du formulaire ad hoc disponible au Service de la santé publique.
 - Avant toute intervention, le médecin doit avoir un entretien approfondi avec la femme enceinte, la conseiller et l'informer sur les risques de l'intervention, ainsi que sur la prise en charge financière. Il doit lui remettre un dossier d'information disponible auprès du Service de la santé publique (art. 119 al. 2 CP et art 120 al. 1 lit.b).

- En outre, si la femme enceinte est âgée de moins de 16 ans, le médecin doit s'assurer qu'elle s'est adressée à un Centre de consultations spécialisé pour mineurs (art. 120, al. 1, lettre c CP). Pour le canton de Vaud, il s'agit:
 - des centres de consultations de grossesse et de planning familial de la Fondation ProFa.
 - de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents-UMSA-CHUV.

5.2 Interruption de grossesse après la 12^{ème} semaine suivant le début des dernières règles :

- Au-delà de la 12^{ème} semaine de grossesse, un avis médical est obligatoire pour démontrer qu'une interruption de grossesse est nécessaire afin d'écartier 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).

6. Annonce des interventions à des fins statistiques

En application de l'art. 119 al. 5 CP, les cas d'interruption de grossesse doivent être annoncés au Médecin cantonal en utilisant exclusivement le formulaire élaboré par le OSAS, qui peut être téléchargé sur le site internet ou obtenu auprès de la Division médicale du Service de la santé publique, tél. 021/ 316 42 50.

7. Sanctions

Toute violation de ces directives expose à des sanctions administratives ou pénales en vertu du CP, de la LPT ou de la LSP.

8. Abrogation

Les directives du OSAS du 29 janvier 2004 sont abrogées.

9. Entrée en vigueur

Les présentes directives entrent en vigueur au 1^{er} juin 2008.

Le Chef du département



Pierre-Yves Maillard

8.4 Tableaux et figures supplémentaires

Tableau 4 Nombre d'interruptions de grossesse par classe d'âge et par nationalité (1990-2012) – données redressées pour les retards de déclaration. Etat de la base de données au 30.02.2013

Classes d'âge	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Suissesses																							
15-19 *	72	75	66	71	39	54	52	55	64	71	69	88	86	56	74	84	107	102	103	134	115	109	103
20-24	178	150	152	137	124	122	136	127	119	132	151	142	133	107	104	92	103	122	124	157	197	165	162
25-29	178	201	196	173	149	139	155	137	157	127	140	133	111	103	93	80	94	94	92	98	124	114	111
30-34	144	172	161	163	158	156	160	137	157	144	167	141	122	79	72	82	111	98	86	85	102	108	97
35-39	113	95	118	126	105	104	98	110	102	116	130	124	105	92	73	74	61	68	78	86	103	77	98
40-44	36	53	52	42	52	45	54	53	46	33	60	55	50	36	60	41	36	22	31	42	41	44	53
45-49 **	5	6	2	4	4	8	3	4	4	6	5	6	8	2	3	2	6	2	5	2	4	6	7
ensemble 15-49	726	752	747	716	631	628	658	623	649	629	722	689	615	475	479	455	518	508	519	604	686	623	631
Etrangère																							
15-19 ***	42	50	59	43	51	45	70	48	65	69	97	77	71	50	51	71	98	87	70	64	82	68	57
20-24	184	185	178	147	171	151	171	178	232	206	194	199	220	192	148	152	178	185	187	172	166	149	125
25-29	182	196	188	207	171	175	168	156	236	199	242	216	200	181	150	154	191	193	201	202	225	190	175
30-34	93	130	153	166	165	137	150	150	206	185	206	196	175	152	144	153	138	161	157	182	193	173	156
35-39	73	91	89	76	86	92	77	100	130	108	110	146	122	97	94	96	89	113	101	95	124	113	109
40-44	23	30	28	27	33	25	32	33	37	30	47	28	51	32	35	43	29	32	38	27	30	45	42
45-49 ****	1	3	8	3	4	1	3	2	5	3	3	1	2	2	2	6	2	5	5	5	4	1	5
ensemble 15-49	598	685	703	669	681	626	671	667	911	800	899	863	841	706	624	675	725	776	759	747	824	739	669
Ensemble	1324	1437	1450	1385	1312	1254	1329	1290	1560	1429	1621	1552	1456	1191	1115	1142	1248	1294	1283	1353	1510	1368	1318

* dont < 15 ans : 1 en 2006 ; 3 en 2007 ; 1 en 2008 ; 7 en 2010 ; 2 en 2011 ; 5 en 2012.

** dont > 49 ans : 1 en 2006 ; 1 en 2011.

*** dont < 15 ans : 1 en 2006 ; 1 en 2007 ; 4 en 2008 ; 1 en 2009 ; 5 en 2010 ; 5 en 2011 ; 7 en 2012.

**** dont > 49 ans : 1 en 2006 ; 1 en 2008 ; 2 en 2011 ; 1 en 2012.

Tableau 5 Taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité et par classe d'âge (1990-2012)

Classes d'âge	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Suissesses																							
15-19	5.64	6.07	5.46	5.97	3.33	4.57	4.47	4.73	5.48	6.10	6.0	7.40	7.07	4.4	5.5	6.0	7.3	6.6	6.5	8.5	7.3	6.8	6.7
20-24	12.37	10.50	10.69	9.81	9.12	9.18	10.51	10.08	9.60	10.78	12.6	11.64	10.94	8.7	8.4	7.4	8.1	9.2	8.8	10.6	12.9	10.3	9.9
25-29	10.17	11.50	11.30	10.30	9.19	8.90	10.19	9.26	10.84	8.96	10.42	9.74	8.56	8.1	7.5	6.3	7.4	7.3	7.0	7.4	9.2	8.3	8.0
30-34	8.28	9.83	9.22	9.26	8.98	8.86	9.25	8.00	9.50	8.89	10.74	9.08	8.04	5.3	4.9	5.6	7.8	7.0	6.2	6.2	7.3	7.8	7.1
35-39	6.76	5.68	6.96	7.37	6.10	6.03	5.72	6.46	5.94	6.72	7.12	6.99	5.75	5.2	4.3	4.4	3.7	4.1	4.7	5.3	6.5	5.0	6.5
40-44	1.94	2.93	2.94	2.44	3.10	2.71	3.27	3.18	2.75	1.96	3.39	3.19	2.79	2.0	3.2	2.2	1.9	1.2	1.7	2.3	2.3	2.5	3.0
45-49	0.29	0.33	0.11	0.22	0.22	0.44	0.17	0.23	0.24	0.36	0.30	0.36	0.47	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.1	0.2	0.3	0.3
ensemble 15-49	6.3	6.6	6.5	6.3	5.7	5.7	6.1	5.8	6.1	6.0	6.9	6.6	5.8	4.5	4.5	4.3	4.8	4.6	4.7	5.4	6.1	5.5	5.6
Etrangère																							
15-19	9.37	10.69	12.12	8.75	10.18	9.15	14.18	9.83	13.20	13.87	17.91	14.32	13.29	9.3	9.5	12.8	17.0	15.0	6.5	10.7	13.4	10.1	8.9
20-24	34.02	32.67	30.73	24.96	27.47	24.89	29.44	30.79	39.73	35.94	29.01	30.47	32.74	27.2	20.7	20.8	24.6	26.3	11.7	22.6	21.9	18.9	15.5
25-29	29.22	28.32	25.79	26.84	20.75	20.69	20.42	19.39	30.20	25.51	27.90	25.60	22.83	19.9	16.4	16.8	20.6	21.1	25.3	20.3	22.8	18.7	16.8
30-34	16.43	20.46	22.18	22.62	20.57	16.23	17.04	16.78	22.67	20.25	21.02	20.16	17.53	14.9	13.7	14.5	13.1	15.4	21.0	16.1	16.8	14.4	12.6
35-39	15.77	18.43	17.22	13.69	14.49	14.47	11.38	14.08	17.49	13.67	12.71	16.09	13.05	9.9	9.4	9.3	8.5	10.9	14.0	8.4	10.8	9.6	9.0
40-44	4.95	6.34	5.90	5.77	6.90	5.15	6.43	6.52	6.86	5.26	7.53	4.23	7.16	4.2	4.3	5.0	3.2	3.5	9.4	2.7	2.9	4.2	3.8
45-49	0.26	0.74	1.92	0.70	0.94	0.23	0.68	0.46	1.15	0.67	0.65	0.21	0.41	0.4	0.4	1.0	0.3	0.7	3.9	0.6	0.5	0.00	0.5
ensemble 15-49	17.1	18.3	18.1	16.6	16.0	14.4	15.3	15.1	20.3	17.5	17.9	17.1	16.1	13.0	11.1	11.8	12.3	13.1	12.2	11.7	12.6	10.9	9.5
Ensemble	8.9	9.5	9.5	9.0	8.5	8.1	8.7	8.5	10.3	9.5	10.4	10.0	9.2	7.4	6.8	6.9	7.5	7.6	7.4	7.7	8.5	7.6	7.1

Source : IUMSP/SCRIS.

S'agissant du taux calculé parmi les femmes de nationalité étrangère, le dénominateur comprend les résidentes du canton de Vaud, les requérantes d'asile et les femmes en court séjour (population au 31.12)

Tableau 6 Moyennes mobiles (sur 2 périodes) des taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité (1990-2012)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Suissesses	6.5	6.5	6.2	5.9	5.8	5.9	6.0	6.0	6.3	6.5	6.4	5.6	4.9	4.4	4.5	4.6	4.7	4.9	5.4	5.7	5.7	5.6
Etrangères	17.8	17.7	16.9	15.7	15.2	14.9	16.9	17.6	18.6	17.5	17.0	15.4	13.4	12.0	11.7	12.4	12.6	12.3	12.1	11.7	11.0	10.2
Ensemble	9.3	9.3	9.0	8.6	8.5	8.5	9.2	9.5	10.1	10.0	9.9	8.9	7.8	7.0	7.0	7.3	7.5	7.6	7.9	7.9	7.7	7.4

Tableau 7 Nombre d'interruptions de grossesse pour 100 naissances vivantes, par nationalité et par classe d'âge (1990-2012)

Classes d'âge	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Suissesses																							
15-19	218.2	267.9	227.6	322.7	260.0	317.6	247.6	305.6	110.3	394.4	383.3	352.0	296.6	243.5	296.0	336.0	281.6	226.7	332.3	432.3	302.6	445.8	343.3
20-24	25.7	22.0	25.8	27.2	30.2	30.7	42.4	44.9	15.8	50.6	61.6	58.9	53.4	51.2	45.6	37.9	43.6	44.5	43.8	56.7	57.6	55.0	53.5
25-29	7.4	8.6	8.7	8.4	7.8	8.2	9.4	9.4	6.6	9.9	11.5	11.5	10.6	10.0	9.7	8.0	9.8	9.6	9.8	10.0	12.5	11.7	10.9
30-34	7.9	8.7	8.3	8.4	8.2	8.2	8.6	7.6	5.7	8.6	9.7	8.9	8.2	5.2	4.5	5.0	7.0	6.0	5.3	5.2	6.4	7.1	5.9
35-39	18.2	14.4	15.8	17.8	14.1	13.1	13.6	14.4	8.3	15.0	15.1	15.2	13.0	11.2	8.9	9.0	6.7	7.0	8.1	8.1	9.7	7.1	9.4
40-44	40.4	48.2	47.3	40.8	52.0	42.9	42.2	34.6	22.3	22.6	35.5	33.7	28.4	19.7	31.1	20.7	17.4	8.7	13.1	16.1	16.9	15.5	22.1
45-49	166.7	100.0	50.0	44.4	36.4	88.9	27.3	33.3	11.8	50.0	83.3	150.0	100.0	40.0	60.0	40.0	66.7	15.4	27.8	8.3	26.7	29.4	30.4
ensemble 15-49	12.8	13.0	13.2	13.4	12.3	12.8	13.9	13.9	8.7	15.1	17.0	17.2	16.2	12.5	12.5	11.6	13.1	12.2	12.8	14.2	16.0	14.8	14.7
Etrangère																							
15-19	102.4	83.3	122.9	75.4	110.9	90.0	189.2	145.5	342.1	150.0	202.1	192.5	173.2	138.9	98.1	177.5	272.2	414.3	280.0	173.0	227.8	157.5	139.0
20-24	42.6	38.9	36.9	33.0	40.8	34.2	36.5	38.9	85.3	42.4	45.3	41.4	52.3	44.1	30.9	31.9	39.6	43.7	48.7	36.8	38.6	41.0	33.4
25-29	23.5	20.4	20.5	23.4	17.3	17.1	15.4	15.1	17.5	19.5	23.0	23.6	22.0	18.8	16.1	16.3	19.2	20.0	20.7	20.7	23.7	20.4	17.9
30-34	17.1	20.5	22.0	24.4	21.8	15.7	15.7	14.2	11.9	16.3	17.5	17.5	16.4	14.1	12.1	13.2	11.9	13.6	12.9	14.3	13.7	12.7	11.5
35-39	44.0	40.4	44.3	36.5	28.7	28.8	20.3	25.3	16.1	20.8	20.3	25.2	20.7	16.6	14.5	15.0	11.9	14.7	13.2	10.7	14.2	12.9	11.5
40-44	65.7	81.1	80.0	79.4	106.5	43.1	60.4	52.4	27.4	39.0	53.4	28.6	46.8	28.6	26.1	28.5	17.1	20.0	19.7	14.0	13.8	20.8	16.5
45-49	33.3	100.0	200.0	150.0	133.3	16.7	23.1	66.7	25.0	75.0	75.0	25.0	66.7	66.7	50.0	54.5	25.0	33.3	45.5	21.7	25.0	0.0	20.8
ensemble 15-49	30.0	28.6	29.5	29.0	26.8	22.6	22.3	21.9	21.0	24.3	26.9	26.7	26.8	13.0	11.1	11.8	12.3	13.1	12.2	11.7	12.6	10.9	16.8
Ensemble	17.3	17.6	18.0	18.1	17.1	16.4	17.2	17.1	13.3	19.2	21.4	21.5	21.0	16.8	15.2	15.4	16.5	16.7	16.8	16.7	18.4	17.1	15.7

Figure 31 Nombre absolu d'interruptions de grossesse et nombre de naissances pour les résidentes du canton de Vaud (1990-2012)

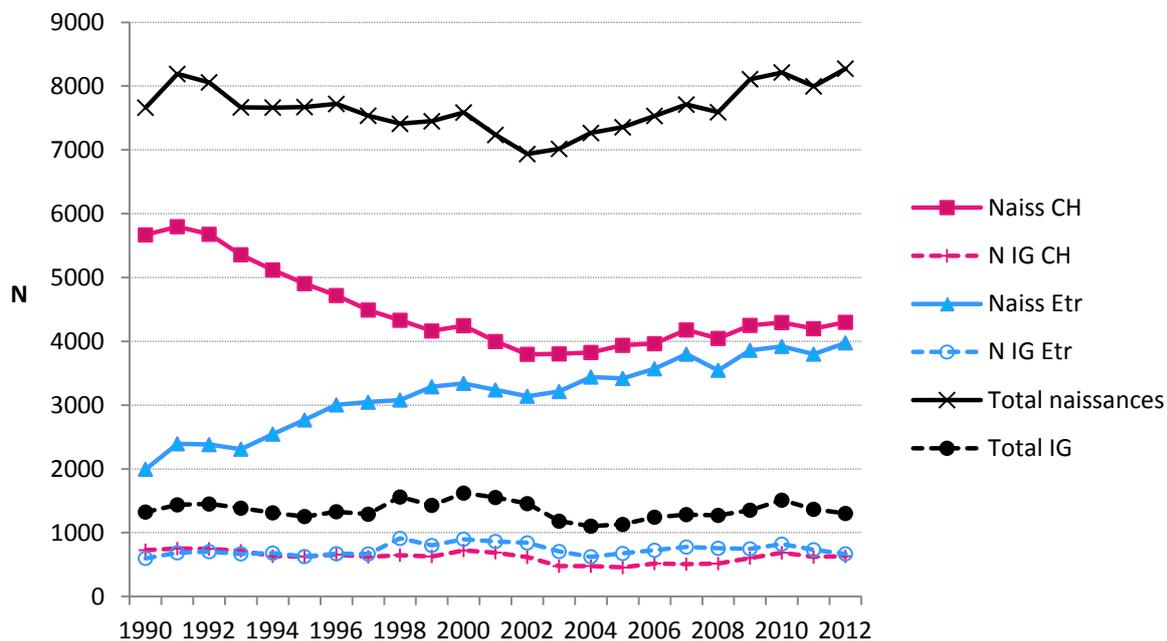


Figure 32 Corrections de 1990 à 2001 des taux d'interruptions de grossesse en Suisse par la proportion de femmes ayant renoncé à l'intervention (-2% et -8%)

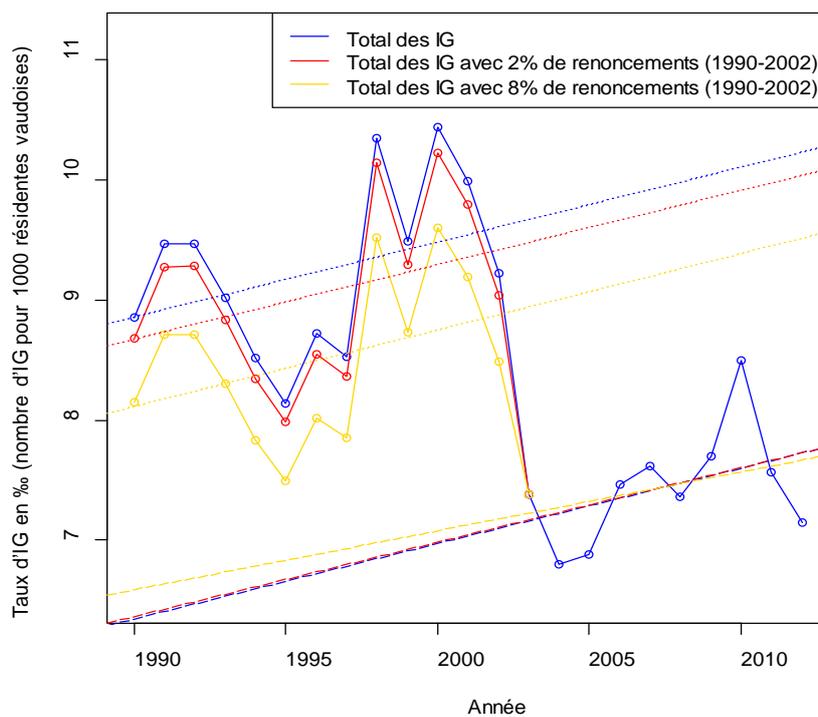


Tableau 8 Interruptions de grossesse précédentes par lieu d'intervention (2006-2012)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
IG précédentes								
CHUV	N	177	208	233	228	270	233	222
	%	29.5	31.0	35.9	34.1	32.2	30.1	31.5
Hôpitaux régionaux	N	111	130	138	137	127	111	118
	%	26.3	30.1	29.1	31.2	30.1	33.2	36.6
Cabinets privés	N	8	16	19	47	60	47	50
	%	21.6	43.2	37.3	30.7	37.7	28.1	24.2
Cliniques privées	N	55	53	26	33	35	28	29
	%	29.9	36.1	26.0	35.9	38.5	30.1	34.5
Nombre d'IG précédentes (en %)								
CHUV								
	une	72.9	75.5	70.8	70.2	71.9	64.4	71.6
	deux	22.0	16.8	21.0	24.1	19.3	21.9	18.0
	trois et plus	5.1	7.7	8.2	5.7	8.9	13.7	10.4
Hôpitaux régionaux								
	une	72.1	72.3	78.3	80.3	79.5	73.9	68.6
	deux	18.0	22.3	13.0	10.9	16.5	20.7	23.7
	trois et plus	9.9	5.4	8.7	8.8	3.9	5.4	7.6
Cabinets privés								
	une	75.0	75.0	78.9	72.3	63.3	66.0	68.0
	deux	0.0	18.8	15.8	19.1	26.7	19.1	24.0
	trois et plus	25.0	6.3	5.3	8.5	10.0	14.9	8.0
Cliniques privées								
	une	72.7	73.6	92.3	81.8	94.3	82.1	82.8
	deux	20.0	13.2	7.7	18.2	5.7	17.9	10.3
	trois et plus	7.3	13.2	0.0	0.0	0.0	0.0	6.9

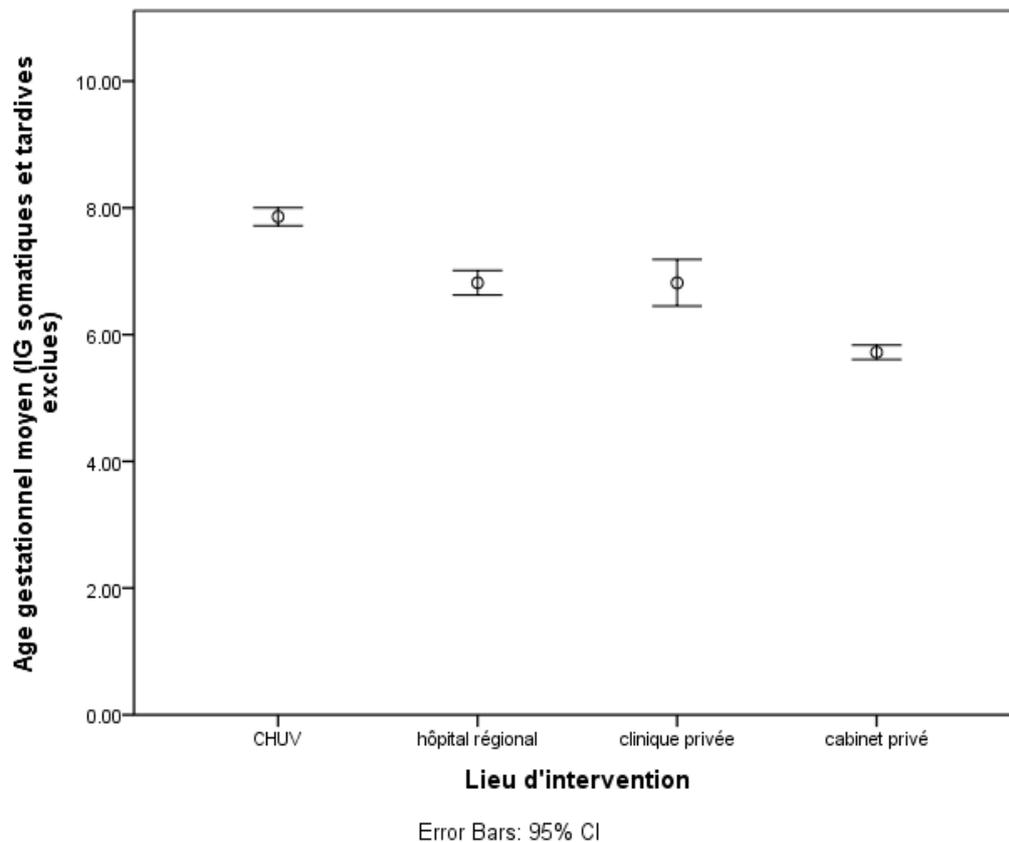
Tableau 9 Motifs de l'interruption de grossesse par lieu d'intervention (2006-2012)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Motif psychologique							
CHUV	95.3	91.6	94.8	95.2	95.9	96.9	96.5
Hôp. Régionaux	94.3	96.5	96.8	93.6	90.3	90.4	93.8
Cliniques privées	98.4	96.6	95.0	93.5	97.8	94.6	95.2
Cabinets privés	94.6	100.0	100.0	97.4	95.6	97.0	97.6
Motif somatique							
CHUV	4.2	5.7	4.6	4.3	3.7	2.8	2.6
Hôp. Régionaux	4.5	3.0	3.0	5.7	8.1	8.4	4.3
Cliniques privées	1.6	2.0	4.0	5.4	2.2	5.4	3.6
Cabinets privés	5.4	0.0	0.0	2.6	4.4	3.0	1.0
Motif psychiatrique							
CHUV	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hôp. Régionaux	0.2	0.2	0.2	0.0	0.5	0.9	0.3
Cliniques privées	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	0.0
Cabinets privés	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5
Viol, inceste							
CHUV	0.2	0.0	0.6	0.4	0.4	0.3	0.1
Hôp. Régionaux	0.7	0.2	0.0	0.7	1.2	0.3	0.9
Cliniques privées	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cabinets privés	0.0	1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0

Tableau 10 Statistiques descriptives de l'âge gestationnel, par année (2004-2012)

Âge gestationnel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Moyenne	7.6	7.6	7.4	7.4	7.5	7.9	8.0	7.9	7.8
Médiane	7.0	7.0	7.0	6.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
Ecart-type	2.9	2.9	2.9	2.9	3.0	3.0	2.8	2.8	3.0
Minimum	2	3	3	2	4	2	2	3	2
Maximum	25	25	29	27	31	27	26	27	26
Centiles									
25	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
50	7.0	7.0	7.0	6.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
75	8.0	8.0	8.0	8.0	8.0	9.0	9.0	9.0	9.0

Figure 33 Âge gestationnel moyen pour les interruptions faites avant 13 semaines par lieu d'intervention (Interruptions somatiques et tardives exclues), année 2012



Afin de savoir si les différences observées entre les établissements pourraient être dues aux interruptions de grossesses tardives (supérieures à 12 semaines) et aux interruptions pour des raisons somatiques, nous avons sélectionné l'année 2012 et comparé les âges gestationnels moyens pour les interruptions faites avant 13 semaines et exclu les interruptions somatiques.

Tableau 11 Résultats de la régression logistique multinomiale pour le lieu de l'interruption de grossesse (données 2012)

Site de référence: CHUV

Hôpital régional	RRR*	IC à 95% CI pour le RRR		p-value
		IC inf.	IC sup.	
Age	1.002	0.887	1.132	0.970
Activité prof. 2	1.050	0.797	1.383	0.727
Formation 2	1.548	1.164	2.057	0.003
Ménage 2	0.826	0.607	1.124	0.224
Ménage 3	0.934	0.603	1.446	0.760
Ménage 4	0.629	0.376	1.052	0.077
Nb enfants	1.166	1.004	1.353	0.044
Age gestationnel	0.934	0.882	0.989	0.019
Méthode 2	0.567	0.406	0.791	0.001
IG précédemment 2	1.099	0.838	1.442	0.494
Nationalité ou permis 2	0.917	0.695	1.210	0.541
Nationalité ou permis 3	0.776	0.507	1.189	0.244

Clinique privée

Age	1.401	1.128	1.739	0.002
Activité prof. 2	1.108	0.652	1.883	0.705
Formation 2	1.891	1.041	3.435	0.037
Ménage 2	0.804	0.467	1.384	0.431
Ménage 3	0.378	0.117	1.225	0.105
Ménage 4	0.421	0.134	1.321	0.138
Nb enfants	0.998	0.759	1.311	0.987
Age gestationnel	0.630	0.541	0.733	0.000
Méthode 2	6.209	3.425	11.255	0.000
IG précédemment 2	1.021	0.612	1.704	0.936
Nationalité ou permis 2	0.727	0.430	1.228	0.233
Nationalité ou permis 3	0.746	0.312	1.788	0.512

Cabinet privé

Age	1.176	0.997	1.388	0.055
Activité prof. 2	1.347	0.915	1.985	0.131
Formation 2	1.388	0.917	2.100	0.121
Ménage 2	0.673	0.444	1.021	0.063
Ménage 3	1.059	0.574	1.955	0.855
Ménage 4	0.333	0.135	0.823	0.017
Nb enfants	0.967	0.786	1.190	0.751
Age gestationnel	0.461	0.387	0.549	0.000
Méthode 2	0.056	0.013	0.238	0.000
IG précédemment 2	0.678	0.453	1.016	0.060
Nationalité ou permis 2	0.891	0.606	1.310	0.558
Nationalité ou permis 3	0.415	0.195	0.882	0.022

* Rapport des Risques Relatifs

Répartition des interruptions de grossesse par lieu d'intervention :

CHUV	Hôp. rég.	Clinique	Cabinet
698	422	85	215

Codage des variables: (pour les variables catégorielles, la première catégorie sert de référence)

Age:	Age. Unité: 5 années
Activité prof.:	1 = Pas d'activité professionnelle 2 = Activité professionnelle
Formation:	1 = Pas terminé l'école obligatoire ou seulement école obligatoire 2 = autres
Ménage:	1 = Seule, avec ou sans enfants 2 = partenaire 3 = parents 4 = autre
Nb enfants:	Nombre d'enfants
Age gestationnel:	Age gestationnel en semaines
Méthode:	1 = Médicale 2 = Chirurgicale
IG précédemment:	1 = Jamais eu recours à l'IG 2 = Déjà eu recours à l'IG
Nationalité ou permis:	1 = Suisse 2 = Permis B ou C 3 = Autre permis ou pas de permis ou inconnu

Interprétation des coefficients (exemples)

Clinique privée	Cabinet privé
Age	Nat./permis3
1.401	0.415
$\frac{P(\text{Clinique} \text{Age}=x+5)}{P(\text{CHUV} \text{Age}=x+5)}$	$\frac{P(\text{Cabinet} \text{Permis3})}{P(\text{CHUV} \text{Permis3})}$
$\frac{P(\text{Clinique} \text{Age}=x)}{P(\text{CHUV} \text{Age}=x)} = 1.401$	$\frac{P(\text{Cabinet} \text{Suisse})}{P(\text{CHUV} \text{Suisse})} = 0.415$

Lorsque l'âge augmente de 5 ans, le rapport entre les probabilités d'aller en clinique et au CHUV est multiplié en moyenne par 1.401. (La probabilité d'aller en clinique par rapport à celle d'aller au CHUV augmente avec l'âge.)

Lorsqu'on passe de la catégorie "Suisse" à la catégorie "Permis3", le rapport entre les probabilités d'aller en cabinet et au CHUV est multiplié en moyenne par 0.415. (La probabilité d'aller en cabinet par rapport à celle d'aller au CHUV est plus faible pour les femmes "sans permis" que pour les Suissesses.)

