

Hospices / CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

INTERRUPTIONS DE GROSSESSE DANS LE CANTON DE VAUD EN 2004

Hugues Balthasar, Brenda Spencer

Etude financée par

Canton de Vaud, Service de la santé publique (SSP)

Citation suggérée

Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2004. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2005 (Raisons de santé, 116).

Remerciements

Nous souhaitons ici remercier Madame Léna Pasche du Service cantonal de recherche et d'information statistique (SCRIS) pour la préparation et la transmission des données de population. Nous remercions également le Service de la santé publique pour leur aimable collaboration et Giovanna Meystre-Agustoni pour la précieuse relecture du présent document.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	4
1.1	Le mandat	4
1.2	Cadre légal et réglementaire	4
2	Méthodes	6
2.1	Recueil et traitement des données	6
2.1.1	Objet du comptage	7
2.1.2	Spécialistes déclarants	7
2.2	Instruments	7
2.3	Populations de référence	8
3	Population	9
3.1	Sous-déclaration	9
4	Résultats	11
4.1	Tendances	11
4.1.1	Taux de recours à l'interruption de grossesse	11
4.1.2	Ratio interruptions de grossesse / naissances vivantes	13
4.1.3	Comparaison internationale	15
4.2	Caractéristiques sociodémographiques et reproductives des résidentes vaudoises ayant interrompu leur grossesse en 2004	17
4.2.1	Caractéristiques socio-démographiques	17
4.2.2	Fécondité et recours antérieurs à l'interruption de grossesse	18
4.3	Caractéristiques de l'interruption de grossesse	19
4.3.1	Motif	20
4.3.2	Âge gestationnel	20
4.3.3	Lieu d'intervention	22
4.3.4	Type d'intervention	23
5	Conclusions	26
5.1	Recueil des données	26
5.2	Tendances	26
5.3	Interruptions de grossesse médicamenteuses	26
5.4	Recommandations	27
	Bibliographie	28
6	Annexes	29
6.1	Tableaux complémentaires	29
6.2	Législation sur l'IG	34
6.3	Statistique en matière d'interruption de grossesse	36
6.4	Lettre du médecin cantonal	37

1 INTRODUCTION

1.1 LE MANDAT

Depuis 1993, le Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) mandate régulièrement l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) afin qu'il prenne en charge le suivi statistique des interruptions de grossesse^a dans le canton de Vaud. Le mandat prévoit notamment que l'IUMSP :

- saisisse les données transmises par les médecins (gynécologues-obstétriciens) au SSP ;
- produise un rapport sur la situation de l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud pour l'année en cause ;
- participe aux discussions sur les orientations de prévention découlant des analyses statistiques et collabore à la diffusion écrite des résultats auprès des publics cible concernés.

1.2 CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

La législation concernant l'interruption de grossesse a été modifiée en mars 2001. Soumise au référendum, cette révision a été acceptée par le peuple le 2 juin 2002 à une large majorité. Le texte est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2002 (cf. annexe 6.2).

Désormais, en vertu des articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse, l'interruption volontaire de grossesse est autorisée jusqu'à la douzième semaine suivant le début des dernières règles (régime du délai). Cette autorisation est assortie des obligations suivantes^b.

- La femme enceinte doit invoquer sa situation de détresse dans une demande écrite (à l'aide d'un formulaire publié par le DSAS).
- 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.
- 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 consultation spécialisée pour mineurs (pour le canton de Vaud : la Fondation ProFa et l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du CHUV).

^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).

^b Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : « Directives relatives à l'interruption de grossesse selon les articles 118, 119 et 120 du Code pénal suisse. Lausanne : DSAS, 29 janvier 2004.

Les interruptions de grossesse pratiquées après la 12^{ème} semaine suivant le début des dernières règles nécessitent un avis médical qui démontre que l'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.

En outre, à des fins statistiques, les interruptions de grossesse doivent être annoncées au Médecin cantonal en utilisant le formulaire élaboré par le DSAS. L'analyse des données ainsi recueillies fait l'objet du présent rapport.

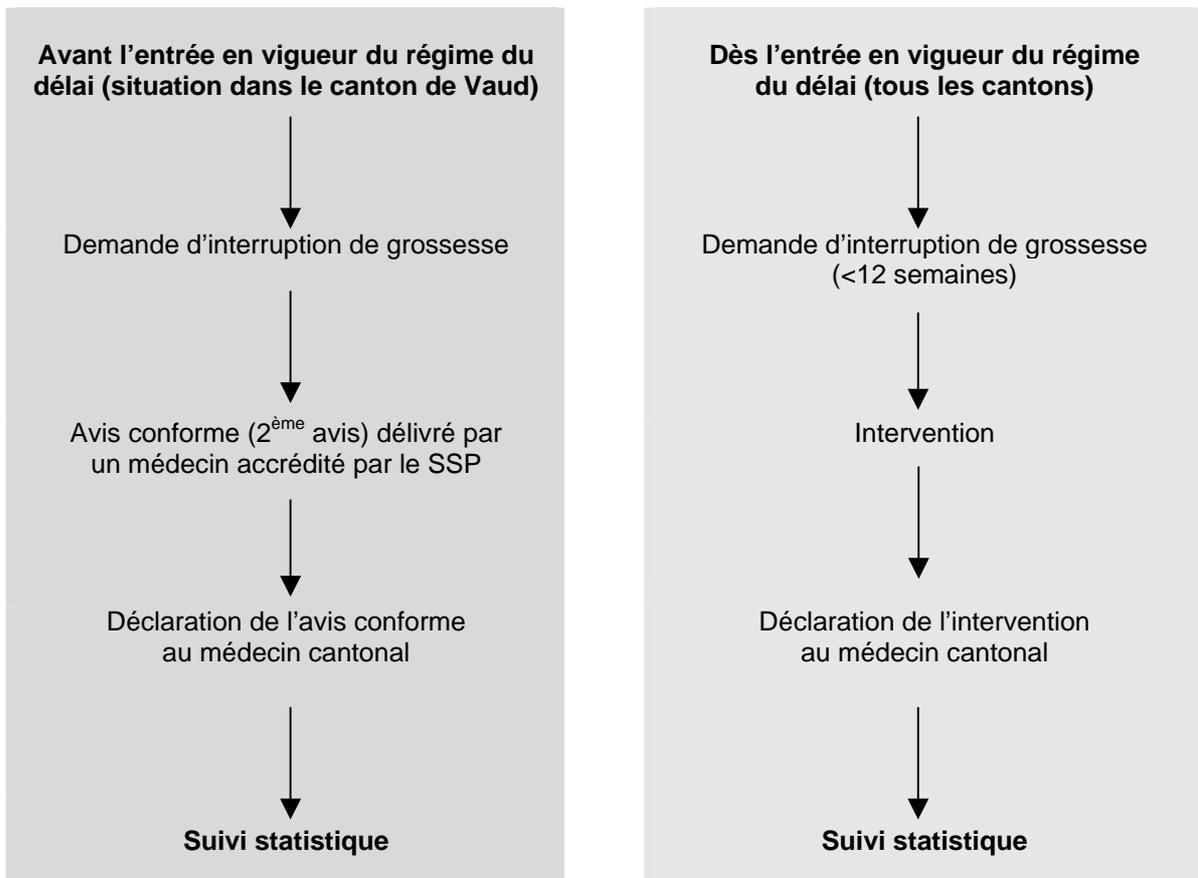
2 METHODES

2.1 RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNÉES

Depuis l'entrée en vigueur du régime du délai, les données sont recueillies par les médecins à l'aide d'un formulaire fourni par le SSP (cf. annexe 6.3). Ce formulaire comporte des indications épidémiologiques de base (âge de la patiente, âge gestationnel, nationalité, formation), des indications plus détaillées concernant la carrière reproductive (nombre d'enfants vivants, recours antérieur à l'interruption de grossesse) ainsi que sur la technique d'interruption utilisée (médicamenteuse vs. chirurgicale).

Il est important de rappeler ici que l'entrée en vigueur, en octobre 2002, du régime du délai a introduit des changements importants au niveau du système de recueil des données. L'un concerne l'objet du comptage, l'autre le nombre de spécialistes participant au système de suivi. Ces changements sont synthétisés dans le tableau ci-dessous et commentés aux paragraphes 2.1.1 et 2.1.2.

Tableau 1 Effet de la nouvelle législation, notamment art. 119 al. 5, sur le suivi statistique des interruptions de grossesse



2.1.1 Objet du comptage

Avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation sur l'interruption de grossesse (1990- 2002), seuls les gynécologues accrédités par le Conseil d'Etat (une quarantaine de spécialistes) étaient autorisés à délivrer l'avis conforme. Ces derniers devaient déclarer chaque demande auprès du SSP. En conséquence, seules les demandes d'IG étaient consignées et non pas les IG effectives (voir aussi, paragraphe 3.1).

Depuis le mois d'octobre 2002, suite à la suppression de l'avis conforme, c'est l'interruption de grossesse, en tant qu'acte médical, qui est recensée. Il en découle a priori une baisse du nombre de déclarations pour l'année 2003, dans la mesure où, dans le cadre de l'ancien système de recueil, la femme enceinte pouvait avorter spontanément ou changer d'avis après avoir obtenu l'avis conforme, sans qu'il soit possible d'en tenir compte dans le suivi statistique. Pour la période qui précède l'entrée en vigueur du régime du délai, on considère que le nombre d'avis conformes délivrés est de 3% à 10% supérieur au nombre effectif d'interruptions de grossesse¹.

2.1.2 Spécialistes déclarants

Depuis l'entrée en vigueur du régime du délai, le nombre de spécialistes habilités à signaler des interruptions de grossesse a été multiplié par trois. Auparavant, seuls les gynécologues accrédités par le SSP étaient autorisés à délivrer l'avis conforme. Désormais, tout spécialiste autorisé à pratiquer l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud a l'obligation d'administrer le questionnaire à leurs patientes et de le transmettre au Service de la santé publique^c. Dans le cadre du nouveau dispositif, le risque de sous-enregistrement n'est pas exclu.

2.2 INSTRUMENTS

Après l'entrée en vigueur du régime du délai, des changements mineurs ont été apportés au formulaire de déclaration. Dans un premier temps, certaines variables ont été supprimées (fin 2002) pour être ensuite réintroduites à l'issue d'une nouvelle révision (début 2004). Les variables en cause sont : l'activité exercée, l'état civil, la vie en couple et la durée du séjour en Suisse. De nouvelles modifications ne sont pas à exclure à l'avenir, en raison de l'harmonisation des statistiques cantonales sur l'interruption de grossesse. L'Office fédéral de la statistique a entrepris des travaux dans ce but, en concertation avec les médecins cantonaux.

En raison des diverses révisions effectuées depuis octobre 2002, plusieurs versions du formulaire étaient encore en circulation en 2004. Aussi dispose-t-on encore d'informations très partielles concernant les variables suivantes : état-civil, vie en couple, durée de séjour en Suisse. Celles-ci ne seront, par conséquent, pas traitées dans le cadre de ce rapport.

^c Selon les directives publiées par le DSAS : « 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 au sens de l'art. 119 al. 4 du CP, les établissements hospitaliers qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 de la loi sur l'assurance maladie et qui sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire de soins ».

2.3 POPULATIONS DE RÉFÉRENCE

Dans le cadre de ce mandat, les tendances sont évaluées à partir de deux indicateurs :

- le taux d'interruptions de grossesse, soit le nombre d'interruptions de grossesse pour 1000 femmes en âge de procréer ;
- le ratio 'interruptions de grossesse / naissances vivantes'.

L'effectif utilisé pour le calcul du taux est formé des femmes de 14 à 49 ans, qui résident dans le canton de Vaud, à l'exclusion des requérantes d'asile (depuis 2002) et des femmes ne résidant pas dans le canton de façon permanente (permis de séjour de courte durée, fonctionnaires internationales). **Il est important de souligner ici que l'utilisation de cet effectif conduit inévitablement à surestimer le taux d'interruptions de grossesse parmi les femmes de nationalité étrangère, dès lors que les interventions sollicitées par les requérantes d'asile, les femmes avec un permis de séjour à durée brève, ainsi que par celles sans titre de séjour, figurent au numérateur, mais pas au dénominateur.**

Quant au ratio, il se fonde sur le nombre de naissances survenues parmi les femmes de 14 à 49 ans qui résident dans le canton de Vaud, toute catégorie confondue, à l'exclusion des naissances survenues parmi les femmes sans titre de séjour (lesquelles ne sont pas enregistrées à l'État-civil).

Les effectifs de ces deux populations de référence, pour l'année en cause, nous ont été transmis par le Service cantonal d'information et de recherche statistiques (SCRIS).

3 POPULATION

Après exclusion des doublons (n=5) et d'une déclaration imputable à l'année 2005, 1189 interruptions de grossesse ont été déclarées en 2004 dans le canton de Vaud. Une diminution de 6% est observée par rapport à l'année précédente (Tableau 2). La part des non-résidentes a régulièrement diminué depuis le début du suivi, passant de 20% en 1990 à 7% en 2004.

Tableau 2 Interruptions de grossesse* effectuées dans le canton de Vaud, par année civile (1994-2004) et selon le lieu de résidence

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Vaud	1316	1256	1333	1313	1576	1451	1630	1568	1454	1184	1103
Autre canton	196	177	149	103	128	151	155	132	79	47	37
A l'étranger	15	21	21	25	33	26	19	25	22	26	42
Sans indication	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	7
Total	1527	1454	1503	1441	1737	1628	1804	1725	1555	1268	1189

(*) A partir du mois d'octobre 2002, seules les IG effectives sont recensées et non plus les demandes d'avis conformes, comme cela était le cas avant l'entrée en vigueur du régime du délai.
Le nombre d'avis conformes demandés serait supérieur de 3% à 10% au nombre d'IG effectivement réalisées.

La suite des analyses porte uniquement sur l'effectif des femmes résidant dans le canton de Vaud (N=1103).

3.1 SOUS-DÉCLARATION

La mise en œuvre de la nouvelle procédure de suivi a vraisemblablement été marquée par un problème de sous-déclaration, imputable à la participation de médecins libre patriciens pas encore familiarisés à la procédure de suivi et/ou méconnaissant son caractère obligatoire. De fait, le nombre de déclarations 'Hors-CHUV' a chuté de 28% entre 2002 et 2003 alors qu'une diminution moins prononcée – conforme aux prévisions – a été observée au CHUV (-6.7%). Suite à ce constat, qui tendait à confirmer l'hypothèse d'une sous-déclaration de la part des libres praticiens, le SSP a envoyé une lettre de rappel, en novembre 2004, à tous les gynécologues-obstétriciens du canton (cf. Annexe 6.4).

Comme le montre le **Tableau 3**, en 2004, le nombre d'interruptions de grossesse déclarées hors-CHUV n'a que très légèrement baissé par rapport à l'année précédente (-1.5%). En revanche, une diminution de 12% est observée au CHUV (sans que celle-ci puisse être imputée à un problème de sous-enregistrement). Il paraît ainsi vraisemblable que le problème

de sous-déclaration à l'extérieur du CHUV ne s'est pas aggravé en 2004. Cela étant, on ignore si le problème s'est maintenu ou non en 2004.

Tableau 3 Evolution du nombre (n et %) de formulaires reçus selon la provenance (CHUV vs. hors-CHUV), avec indication de la variation (en %) d'une année à l'autre

	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hors-CHUV	913	63.4	979	60.1	914	58.3	815	56.1	588	49.7	579	52.5
Variation par rapport à l'année précédente		–		7.2		-6.6		-10.8		-27.9		-1.5
CHUV	528	36.6	651	39.9	654	41.7	639	43.9	596	50.3	524	47.5
Variation par rapport à l'année précédente		–		23.3		0.5		-2.3		-6.7		-12.1
Total	1441	100	1630	100	1568	100	1454	100	1184	100	1103	100
Variation par rapport à l'année précédente		–		13.1		-3.8		-7.3		-18.6		-6.8

4 RESULTATS

Les résultats présentés dans ce chapitre concernent exclusivement les femmes de nationalité suisse ou étrangère résidant dans le canton de Vaud. Cette sélection permet de rapporter les interruptions de grossesse à un dénominateur populationnel et ainsi de connaître l'incidence des interruptions de grossesse pour l'ensemble de la population féminine en âge de procréer ainsi que dans certains sous-groupes.

4.1 TENDANCES

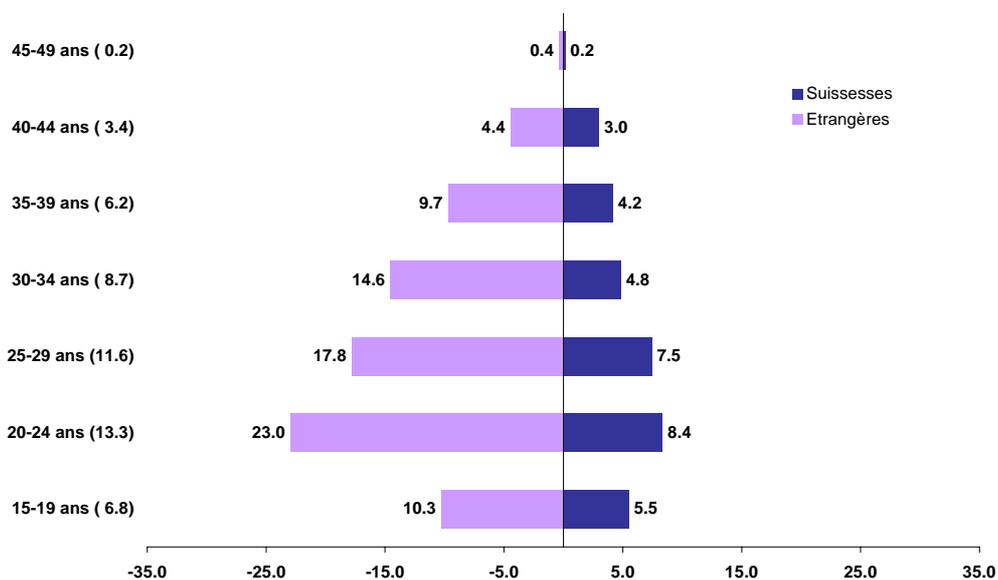
4.1.1 Taux de recours à l'interruption de grossesse

En 2004, le taux de recours à l'interruption de grossesse parmi les femmes de 15 à 49 ans est de 6,9‰. Il s'élève à 6,8‰ parmi les moins de 20 ans, atteint la valeur la plus élevée parmi les femmes de 20 à 24 ans (13,3‰) pour ensuite décroître progressivement jusqu'à la fin de la vie féconde. Un écart important se maintient selon la nationalité (Figure 1). Parmi les femmes de nationalité étrangère, le taux de recours à l'interruption de grossesse est environ trois fois supérieur à celui mesuré parmi les Suissesses : 11,8‰ versus 4,5‰ (Tableau 15). L'écart est particulièrement marqué durant les principales années reproductives (20 à 35 ans).

Le taux de recours à l'interruption de grossesse a diminué entre 2003 (7,5‰) et 2004 (6,9‰), années pour lesquelles des comparaisons sont à nouveau possibles (Figure 2). Alors qu'il est resté globalement stable parmi les Suissesses (4,5‰), le taux a sensiblement baissé parmi les femmes de nationalité étrangère (2003 : 13,9‰ ; 2004 : 11,8‰), notamment dans la classe d'âge 20-29 ans (2003 : 25,9‰ ; 2004 : 20,1‰). Dans les autres classes d'âge, le nombre rapporté d'interruptions de grossesse est resté stable par rapport à l'année précédente.

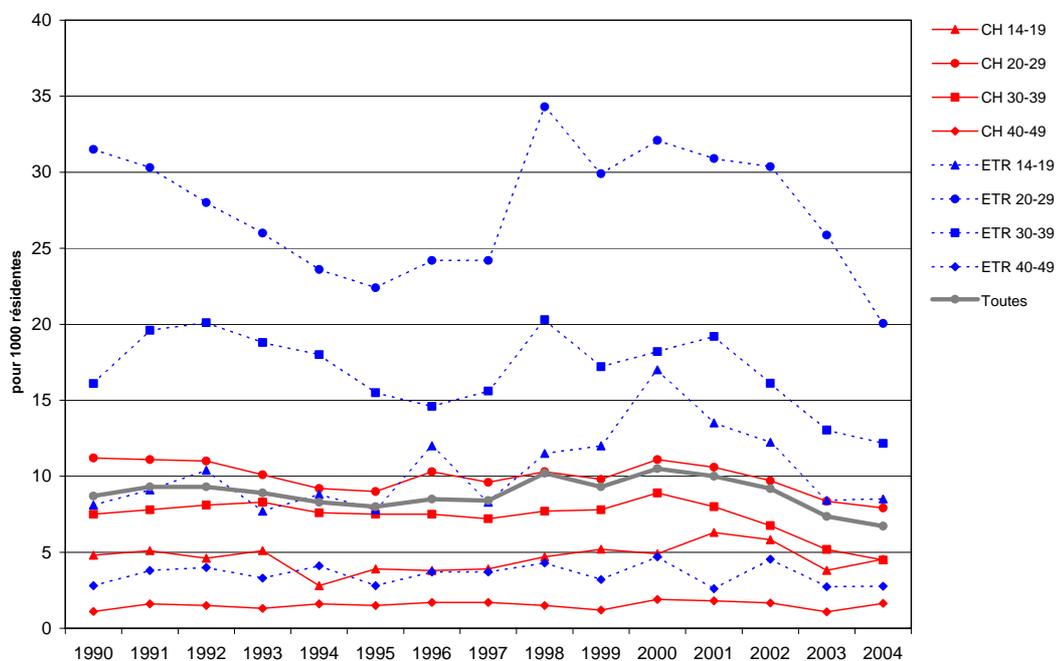
Parmi les Suissesses, on note une légère augmentation des interruptions de grossesse parmi les femmes de moins de 20 ans et celles arrivant au terme de leur vie reproductive. Parmi les 15-19 ans, le taux est ainsi passé de 4,4‰ en 2003 à 5,5‰ en 2004, de 1,1‰ à 1,6‰ parmi les femmes de 40-49 ans (Tableau 15).

Figure 1 Taux de recours à l'interruption de grossesse en 2004 parmi les résidentes vaudoises, par nationalité par classe d'âge



Note : les taux par classe d'âge (Suissesses et étrangères ensemble) sont indiqués sur l'axe vertical entre parenthèses.

Figure 2 Evolution du taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité et par âge, 1990-2004



Note : à partir du mois d'octobre 2002, seules les IG effectives sont recensées et non plus les demandes d'avis conformes, comme cela était le cas avant l'entrée en vigueur du régime du délai. On considère que le nombre d'avis conformes demandés est supérieur de 3% à 10% au nombre d'IG effectivement réalisées.

Parmi les femmes de nationalité étrangère, les taux de recours varient fortement selon le continent ou pays d'origine (Tableau 4). C'est chez les migrantes venues d'Afrique subsaharienne que le taux d'interruption de grossesse est le plus élevé (55,3‰). Viennent ensuite les Sud-américaines (32,1‰), les Nord-africaines (22,0‰), les ressortissantes de pays d'ex-Yougoslavie (14,6‰), les Asiatique (11,1‰) et les ressortissantes de pays d'Europe occidentale (5,8‰). A l'exception des femmes en provenance d'ex-Yougoslavie, le recours à l'interruption de grossesse a diminué entre 2003 et 2004, en particulier chez les Africaines, les Sud-américaines et les Asiatiques (Tableau 4).

Tableau 4 Taux de recours à l'interruption de grossesse parmi les femmes de nationalité étrangère âgées de 15 à 49 ans par continentalité, pour 1000 résidentes vaudoises

Continentalité	2003		2004	
	n	‰	n	‰
Afrique subsaharienne	115	59.8	116	55.3
Amérique du sud	88	36.3	83	32.1
Afrique du Nord	47	35.6	31	22.0
Pays de l'ex-Yougoslavie*	88	14.0	93	14.6
Asie	49	14.0	40	11.1
Europe occidentale**	196	6.3	172	5.8

* Croatie, Slovénie, Bosnie, Serbie, Macédoine, Monténégro

** France, Portugal, Espagne, Allemagne, Italie, Grande-Bretagne

Suivant les nationalités, ces taux sont surestimés car les femmes sans titre de séjour ou au bénéfice d'un permis de séjour de courte durée ne figurent pas au dénominateur alors même qu'elles sont susceptibles de recourir à l'interruption de grossesse. Selon différentes sources officielles, dans le canton de Vaud, la population sud-américaine serait celle comptant le plus de femmes clandestines. Valli² estime ainsi que la région lausannoise abrite quelques 10'000 sans-papiers des deux sexes, dont une majorité proviendrait de pays d'Amérique du sud (Equateur, Colombie, Brésil, Chili). Dans un rapport mandaté par l'Office fédéral des migrations, l'Institut GFS³ affirme que 12'000 à 15'000 sans papiers séjourneraient dans le canton de Vaud, dont plus de la moitié seraient des femmes. Les ressortissant de pays d'Amérique latine constitueraient le groupe le plus représenté. Partant de ces constats, le taux rapporté à la population sud-américaine serait surestimé.

4.1.2 Ratio interruptions de grossesse / naissances vivantes

Le rapport entre le nombre de grossesses et le nombre de naissances vivantes est un indicateur de la propension des femmes d'une population donnée à conserver ou non leur grossesse. Plus le ratio est élevé, moins les femmes sont disposées à conserver leur grossesse. Cet indicateur

est par définition très sensible au nombre de naissances ; les variations les plus importantes surviennent en général dans les catégories de femmes les moins fertiles, en l'occurrence les adolescentes et les femmes s'approchant de la fin de leur carrière reproductive.

En 2004, le ratio des interruptions de grossesse par rapport aux naissances vivantes s'élève à 0,15 parmi les femmes de 15 à 49 ans (Figure 3). Il atteint ses valeurs les plus élevées au début et à la fin de la vie reproductive (parmi les femmes de 15-19 et celles 44-49 ans). Parmi les Suissesses de 15-19 ans, on compte en moyenne près de trois interruptions de grossesse pour une naissance. Dans ce groupe d'âge, ce taux a augmenté par rapport à celui observé en 2003 mais demeure inférieur aux valeurs observées entre 1997 et 2000 (Figure 4). Ce taux atteint ses valeurs les plus basses lors des principales années reproductives, entre 25 et 34 ans.

En moyenne, la propension à interrompre sa grossesse est légèrement plus élevée parmi les femmes de nationalité étrangère (0,18) que chez les Suissesses (0,12). En revanche, le ratio atteint des valeurs plus élevées chez les Suissesses au début et vers la fin de la vie reproductive.

Par rapport à l'année précédente, le ratio IG/naissances vivantes a légèrement diminué, passant de 0,17 à 0,15. Cette diminution est surtout perceptible parmi les femmes de moins 30 ans quelle que soit leur nationalité. Parmi les femmes de plus de 40 ans le ratio a, en revanche, légèrement augmenté.

Figure 3 Rapport IG/naissances vivantes en 2004, par nationalité de la mère et par âge, résidentes vaudoises

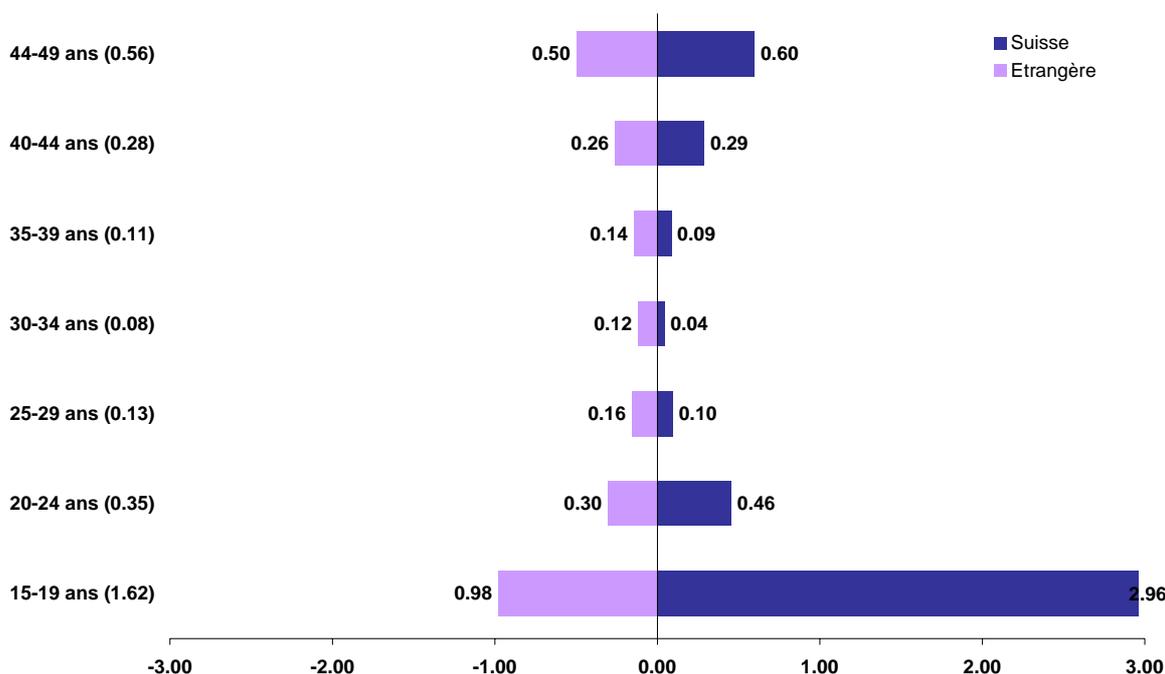
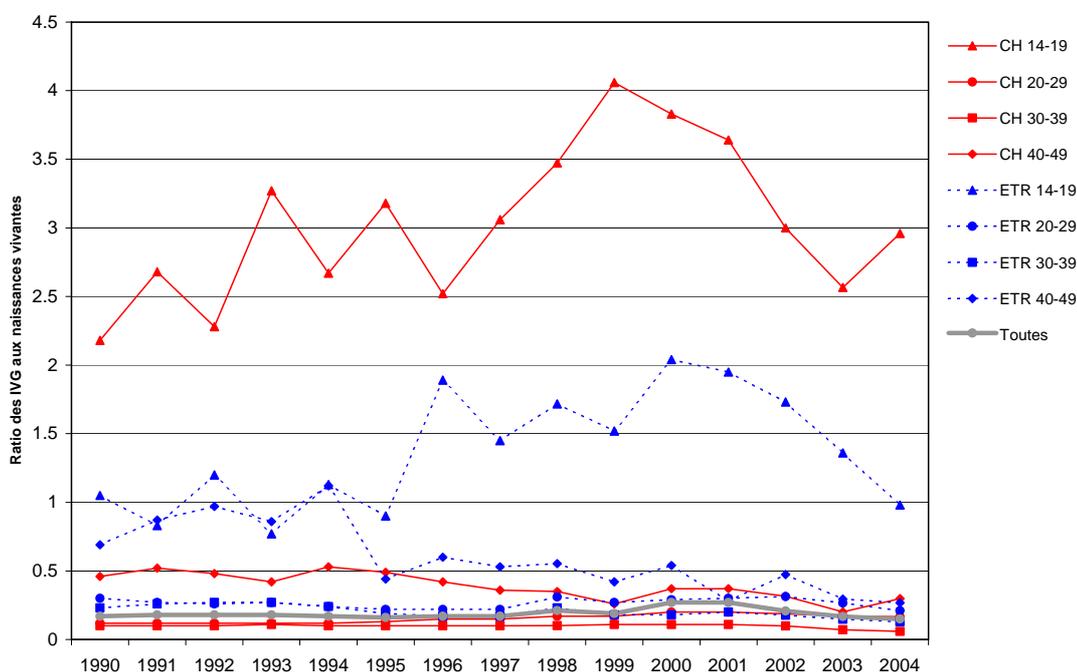


Figure 4 Evolution du rapport IG/naissances vivantes, par nationalité de la mère et par âge, résidentes vaudoises, 1990-2004



Note : A partir du mois d'octobre 2002, seules les IG effectives sont recensées et non plus les demandes d'avis conformes, comme cela était le cas avant l'entrée en vigueur du régime du délai. On considère que le nombre d'avis conformes demandés est supérieur de 3% à 10% au nombre d'IG effectivement réalisées.

4.1.3 Comparaison internationale

Le Tableau 5 donne le nombre d'interruptions de grossesse pour 1000 naissances vivantes dans divers pays d'Europe (région OMS) pour l'année 2003. La Suisse, notamment le canton de Vaud, se situe parmi les pays enregistrant un taux relativement bas. Alors que dans la plupart des pays d'Europe occidentale ce taux suit une tendance à la hausse, il est resté relativement stable en Suisse et dans le canton de Vaud. On notera, par ailleurs, que c'est dans les pays d'Europe de l'Est et dans les Balkans que les taux sont les plus élevés, malgré une très forte diminution du nombre d'interruptions de grossesse dans ces pays depuis quelques années. Dans la Fédération de Russie, le taux d'interruptions de grossesse (pour 1000 femmes en âge de procréer) est par exemple passé de 75,1 ‰ à 45,8‰ entre 1994 et 2002⁴.

Tableau 5 Interruptions de grossesse pour 1000 naissances vivantes en 2003 dans divers Etats de la région Europe (OMS) et dans le canton de Vaud (sans spécification selon l'âge)

Pays	Taux	Tendance*	Pays	Taux	Tendance*
Israël	138.47	→	France (2002)	277.0	↗
Belgique	139.02	↗	UK (2001)	284.5	↗
Pays-Bas	143.85	↗	République Tchèque	289.5	↘
Suisse	146.1	→	Arménie	299.9	↘
Croatie	149.3	↘	Suède	347.7	→
Vaud	172.9	→	Serbie et Montenegro (2002)	388.5	→
Allemagne	181.2	→	Slovaquie	402.7	↘
Espagne (2002)	184.1	↗	Région européenne	459.3	↘
Georgie	187.3	↘	Moldavie	481.2	↗
Finlande	189.1	→	Hongrie	568.3	↘
UE 2002 (avant élargissement)	228.6	↗	Bulgarie	692.6	↘
Islande	229.5	→	Ukraine	716.6	↘
Danemark	240.7	→	Estonie	815.1	↘
Italie (2002)	243.5	↘	Roumanie	1058.1	→
Norvège	246.0	→	Fédération de Russie	1157.0	↘
Albanie	257.1	→			

* Les tendances indiquées se rapportent à la période 2001-2003

Source : Organisation mondiale de la santé ; <http://www.euro.who.int/HFADB>

4.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET REPRODUCTIVES DES RÉSIDENTES VAUDOISES AYANT INTERROMPU LEUR GROSSESSE EN 2004

4.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003 n'ont guère changé par rapport aux années précédentes^{5,6}.

L'âge moyen est d'environ 28 ans quelle que soit la nationalité. On observe une plus forte proportion d'interventions chez les Suissesses se situant au début ou à la fin de leur vie reproductive. On note exceptionnellement la présence d'une jeunes fille de 13 ans en 2004.

Plus de la moitié (56,7%) des interventions recensées en 2004 sont imputées à des femmes de nationalité étrangère (cf. Tableau 6). Les ressortissantes de pays d'Europe occidentale représentent plus du quart de l'effectif. Viennent ensuite les Africaines (19%) les migrantes en provenance d'un pays de l'ex-Yougoslavie (15%) et les Sud-américaines (14%). De faibles variations au niveau des effectifs et des pourcentages sont observées entre 2003 et 2004.

S'agissant du niveau de formation, plus d'un tiers des femmes n'ont pas été formées au-delà de l'école obligatoire. Parmi les femmes de nationalité étrangère, c'est le cas d'une femme sur deux et d'une sur cinq parmi les femmes de nationalité suisse.

Tableau 6 Caractéristiques socio-démographiques des résidentes vaudoises ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2004

		Nat. suisse n=478		Nat. étrangère n=625		Total n=1103	
Age (Min-Max)		15-46		13-47		11-47	
Age moyen (en années)		28.3		28.4		28.4	
Age médian (en années)		27		28		28	
		n	%	n	%	n	%
Classe d'âge	< 20 ans	73	15.3	53	8.5	126	11.4
	20-24 ans	104	21.8	146	23.4	250	22.7
	25-29 ans	93	19.5	148	23.7	241	21.9
	30-34 ans	71	14.9	143	22.9	214	19.4
	35-39 ans	72	15.1	93	14.9	165	15.0
	40-44 ans	56	11.7	35	5.6	91	8.3
	45-49 ans	3	0.6	2	0.3	5	0.5
	Non réponse	6	1.3	5	0.8	11	1.0

		Nat. suisse n=478		Nat. étrangère n=625		Total n=1103	
		n	%	n	%	n	%
Nationalité	Europe occidentale*			173	27.7		
	Ex-Yougoslavie**			95	15.2		
	Amérique du Sud			85	13.6		
	Afrique du Nord			30	4.8		
	Afrique subsaharienne			116	18.6		
	Asie			35	5.6		
	Autre			91	14.6		
Formation	Ecole obligatoire	97	20.3	330	52.8	427	38.7
	Apprentissage	177	37.0	104	16.6	281	25.5
	Formation sup. non-universitaire	146	30.5	125	20.0	271	24.6
	Université, haute école	42	8.8	51	8.2	93	8.4
	Non réponse	16	3.4	15	2.4	31	2.8

* France, Allemagne, Grande-Bretagne, Portugal, Espagne, Italie

** Croatie, Slovénie, Bosnie, Serbie, Macédoine, Monténégro

4.2.2 Fécondité et recours antérieurs à l'interruption de grossesse

Le Tableau 7 donne quelques indications relatives à la carrière reproductive des femmes ayant recouru en 2004 à l'interruption de grossesse.

Tableau 7 Caractéristiques de la carrière reproductive des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2004

		Nat. suisse		Nat. étrangère		Total	
		n	%	n	%	n	%
		478		625		1103	
Enfants vivants	0	272	56.9	279	44.6	551	49.9
	1	85	17.8	137	21.9	222	20.1
	2	84	17.6	121	19.3	205	18.6
	3 et plus	32	7.7	85	14.2	117	11.4
	Non réponse	5	1.1	3	0.5	8	0.7
IG précédentes	Oui	98	20.5	196	31.4	294	26.7
Nombre d'IG précédentes⁽¹⁾	1	76	77.6	138	70.4	214	72.8
	2	15	15.3	39	19.9	54	18.4
	3 et plus	7	7.1	19	9.7	26	8.8

⁽¹⁾ Parmi les femmes ayant déjà subi une IG

En moyenne, une femme sur deux a déjà eu un enfant ou plus. Les femmes de nationalité étrangère sont sensiblement plus fécondes que les Suissesses : 55,4% des femmes de nationalité étrangère ont déjà un ou plusieurs enfants, contre 43,1% des Suissesses.

Parmi les femmes ayant un ou plusieurs enfants, près d'une sur cinq (18,2%) a interrompu sa grossesse durant l'année du dernier accouchement ou durant l'année suivante. Cette valeur est identique à celles mesurées en 2002 et 2003. Un écart moyen de 5,5 ans sépare les deux événements (médiane 4 ans), sans différence notable suivant la nationalité (Tableau 17, en annexe).

Environ un quart (26,7%) des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2004 y avaient déjà recouru antérieurement (Tableau 7). Cette proportion est restée relativement stable par rapport à 2003 (28,6%) et 2002 (26,2%). Parmi ces femmes, plus d'un quart (27,2%) ont recouru plus d'une fois à l'interruption de grossesse par le passé.

Le pourcentage d'interruptions de grossesse répétées varie plus ou moins fortement selon la nationalité (Tableau 8). Il est particulièrement élevé parmi les femmes en provenance d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne, alors qu'ils est plus ou moins proche de la moyenne dans les autres groupes de nationalité.

Tableau 8 Interruptions de grossesse antérieures (en %) par nationalité/continentalité, résidentes vaudoises, 2004.

Nationalité / Continentalité	n	% IG antérieure ^(a)	Plus d'une IG antérieure ^(b)
Suisse	478	20.5 (23.3)	22.5
Europe occidentale	173	21.4 (21.9)	18.9
Ex-Yougoslavie	95	24.2 (37.5)	39.9
Afrique du Nord	30	43.3 (56.3)	38.5
Afrique subsaharienne	116	51.7 (42.3)	31.7
Amérique du Sud	85	32.9 (29.2)	28.6
Asie	42	28.6 (26.0)	8.3
Total	1103	26.7 (28.6)	27.2

(a) Les chiffres entre parenthèses sont les pourcentages observés en 2003

(b) Base = effectif des femmes ayant déjà recouru à l'interruption de grossesse auparavant

4.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Cette section traite des caractéristiques des demandes d'interruption de grossesse. Quel était le motif de l'intervention ? A quel stade de la grossesse et dans quel type d'établissement a-t-elle eu lieu ?

4.3.1 Motif

Les motifs indiqués par les médecins ont peu évolué par rapport aux années précédentes. Une forte majorité des interruptions de grossesse (94%) sont expliquées par des motifs psychosociaux (détresse de la femme enceinte). On n'observe pas différence significative selon la nationalité.

Tableau 9 Motif de l'interruption de grossesse en 2003, par nationalité, résidentes vaudoises

	Nationalité suisse		Nationalité étrangère		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
Somatique	11	2.30	18	2.88	29	2.63
Viol, inceste	2	0.42	3	0.48	5	0.45
Psychiatrique	6	1.26	1	0.16	7	0.63
Psycho-social	444	92.89	592	94.72	1036	93.93
Non réponse	15	3.14	11	1.76	26	2.36
Total	478	100	625	100	1103	100

4.3.2 Âge gestationnel

En 2004, l'âge gestationnel moyen s'élève à 7,42 semaines, soit une valeur semblable à celles observées les années précédentes. Au total, 93% des interruptions sont pratiquées avant la douzième semaine de gestation (Tableau 18, en annexe), c'est-à-dire durant la période au cours de laquelle l'interruption de grossesse ne requiert pas obligatoirement d'avis médical. Comme le montre la Figure 5, près d'une intervention sur cinq survient avant la sixième semaine, 42% avant la septième semaine, 62% avant la huitième semaine. La moyenne et la médiane s'élèvent respectivement à 7,4 et 7 semaines.

Les indicateurs de tendance centrale et de dispersion (Tableau 10) montrent que l'âge gestationnel ne varie quasiment pas selon l'âge et la nationalité. La médiane et la moyenne sont, en revanche, légèrement supérieures lorsque l'interruption de grossesse est motivée par des problèmes somatiques (maladie de la mère ou du fœtus).

Figure 5 Distribution des interruptions de grossesses (pourcentages cumulés) selon l'âge gestationnel (en semaines révolues), résidentes vaudoises, 2004

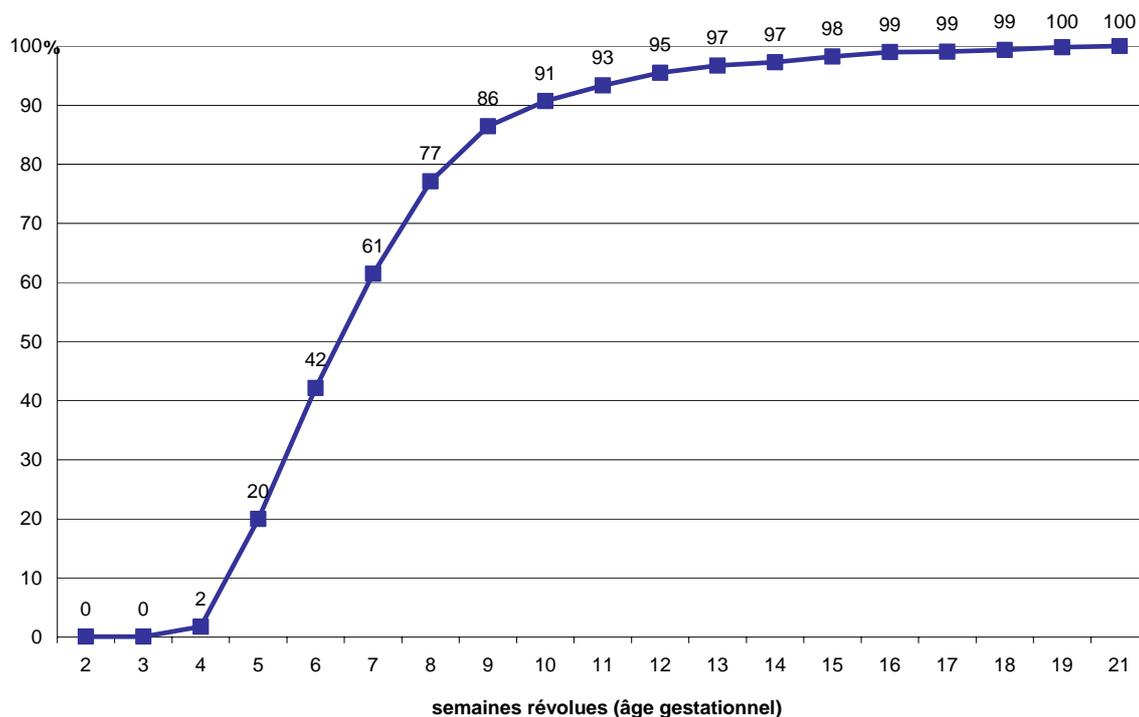


Tableau 10 Age gestationnel : indicateurs de tendance centrale et de dispersion selon la nationalité, l'âge et l'indication médicale, résidentes vaudoises, 2004.

		n	moyenne	min-max	25 pct	50 pct	75 pct	SD
Ensemble		1061	7.42	2-21	6	7	8	2.49
Nationalité	suisse	460	7.35	2-21	6	7	8	2.63
	étrangère	601	7.48	4-21	6	7	8	2.39
Age	<20 ans	126	7.63	4-16	6	7	9	2.35
	20-24	243	7.70	2-17	6	7	9	2.61
	25-29	237	7.25	5-19	6	7	8	2.44
	30-34	202	7.11	4-21	6	7	8	2.56
	35-39	154	7.46	5-19	6	7	8	2.47
	40-44	88	7.06	5-21	5	6	8	2.51
	45-49	4	8.25	7-11	7	7.5	9.5	1.89
Motif	somatique	28	9.39	4-21	6	8	11	4.79
	autre motif	1033	7.37	2-19	6	7	8	2.39

4.3.3 Lieu d'intervention

En 2004, un peu moins d'une intervention sur deux (47,5%) a été pratiquée au CHUV. A ce titre, on observe d'importantes variations selon la nationalité (Figure 6). Le recours aux services obstétriques du CHUV est nettement majoritaire parmi les Sud-américaines et les Africaines. Il concerne un peu plus d'un tiers des ressortissantes de pays d'Ex-Yougoslavie, soit une proportion relativement faible par rapport aux autres nationalités représentées.

Le recours au CHUV est d'autant plus prononcé que les patientes sont jeunes (**Tableau 11**). Près de 65% des femmes de moins de 20 ans s'y sont rendues. Cette proportion diminue progressivement avec l'âge, de façon plus marquée chez les Suissesses que chez les femmes de nationalité étrangère.

Figure 6 Pourcentages d'interruptions de grossesse pratiquées au CHUV, par nationalité/continentalité

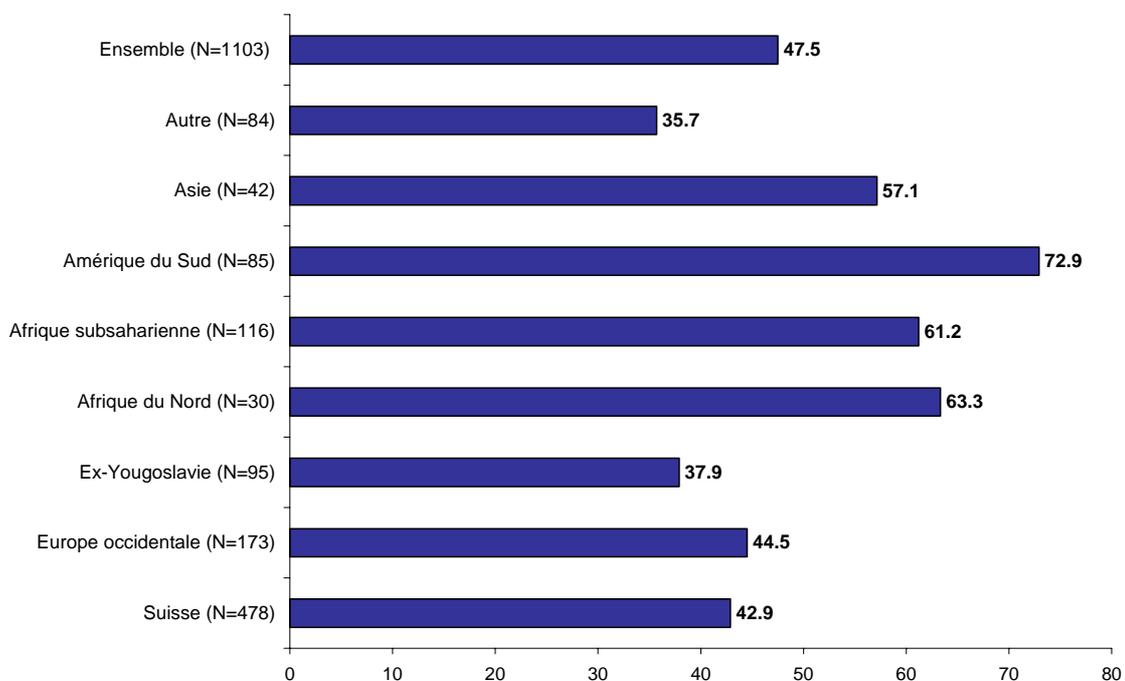


Tableau 11 Pourcentages d'interruptions de grossesse pratiquées au CHUV, par classe d'âge et par nationalité, résidentes vaudoises 2004 (N=1092)

Intervention au CHUV	Nationalité suisse		Nationalité étrangère		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
<20 ans	45	60.8	36	67.9	81	64.3
20-24	57	54.8	91	62.3	148	59.2
25-29	42	45.2	65	43.9	107	44.0

Intervention au CHUV	Nationalité suisse		Nationalité étrangère		Ensemble	
	n	%	n	%	n	%
30-34	21	29.6	74	51.8	95	44.4
35-39	23	31.9	39	41.9	62	37.6
40-49	13	22.0	14	37.8	27	28.1
Ensemble	201	42.5	319	51.0	520	47.6

4.3.4 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, une substance antiprogestative commercialisée sous le nom de Mifégyne®. En Suisse, son utilisation est autorisée depuis 1999.

Selon les recommandations actuelles, l'usage de la Mifégyne® n'est pas indiqué au-delà de la septième semaine de grossesse (49 jours). Passé ce délai, l'intervention chirurgicale est préférée. En association séquentielle à un analogue des prostaglandines, la mifépristone est efficace dans 92% à 98% des cas⁷.

En Suisse, la prescription de Mifégyne® doit satisfaire aux dispositions légales en vigueur, notamment l'article 120 du Code pénal. Son utilisation n'est autorisée qu'en clinique ou dans un centre médical, dans lesquels sont également pratiquées les interruptions chirurgicales de grossesse et qui disposent des moyens de surveillance et de réanimation cardio-respiratoire appropriés. En outre, le traitement doit être administré en présence du médecin^d.

En 2004, dans le canton de Vaud, environ un quart (26,8%), du total des interruptions de grossesses recensées parmi les résidentes vaudoises ont été pratiquées avec la méthode médicamenteuse. Ce pourcentage s'élève à 42,9% si l'on exclut du dénominateur les grossesses de plus 49 jours. Sept interventions ont été pratiquées au-delà de 7 semaines de grossesse.

Comme le montre le Tableau 12, le choix de la méthode d'intervention est très étroitement associé à l'âge gestationnel, y-compris lorsque la grossesse est inférieure à 50 jours : 73% des femmes dont la grossesse est inférieure à six semaines ont opté pour la méthode médicamenteuse en 2004, contre 28% des femmes présentant une grossesse de 6 à 7 semaines. Un niveau de formation élevé, le recours à un établissement hors-CHUV, l'absence d'interruption de grossesse antérieure et l'absence d'enfants sont également associés à un recours plus élevé à la méthode médicamenteuse. L'âge et la nationalité ne sont en revanche pas significativement associés avec le type d'intervention.

^d Compendium suisse des médicaments (www.kompendium.ch). Dernière mise à jour de l'information : juillet 2002.

Tableau 12 Type d'intervention (chirurgicale vs. médicamenteuse) selon l'âge gestationnel, la nationalité, l'âge de la patiente, la formation, la déclaration d'interruptions de grossesse antérieure(s), la fécondité, et le lieux d'intervention, parmi les femmes dont la durée de la grossesse est inférieure à 50 jours (pourcentages en lignes)

		IG chirurgicale		IG médicale	
		n	%	n	%
Âge gestationnel*	jusqu'à 5 semaines	56	27.1	151	72.9
	6 à 7 semaines	306	71.7	121	28.3
Nationalité	suisse	163	55.6	130	44.4
	étrangère	220	58.2	158	41.8
Continentalité	Europe occidentale	60	57.1	45	42.9
	ex-Yougoslavie	36	63.2	21	36.8
	Afrique du nord	11	50	11	50
	Afrique subsaharienne	43	61.4	27	38.6
	Amérique du sud	30	60	20	40
	Asie	16	64	9	36
	autre	24	49	25	51
	Âge	<20 ans	44	62.9	26
	20-24 ans	80	59.7	54	40.3
	25-29 ans	85	54.5	71	45.5
	30-34 ans	63	47.7	69	52.2
	35-39 ans	66	62.3	40	37.7
	40+	39	58.7	27	41.3
Formation*	école obligatoire	147	63.6	84	36.4
	apprentissage	109	62.3	66	37.7
	formation supérieure	115	46.7	131	53.3
IG précédente**	non	268	55.1	218	44.9
	oui	110	62.9	65	37.1
Avoir un ou plusieurs enfants**	non	174	53.7	150	46.3
	oui	208	60.5	136	39.5
lieux d'intervention**	CHUV	174	60.8	112	39.2
	hors-CHUV	209	54.3	176	45.7

* p<0.001 ** p<0.1

Note : Pourcentages calculés après exclusion des non réponses

Afin de connaître avec plus de spécificité les déterminants de l'utilisation de la Mifégyne, les variables présentées ci-dessus ont été intégrées dans un modèle de régression logistique. L'analyse porte sur les femmes dont la durée de la grossesse est strictement inférieure à 50 jours (n=607), soit la période au cours de laquelle le recours à la Mifégyne® est envisageable.

Les résultats indiquent (Tableau 13) que seuls l'âge gestationnel et le lieu d'intervention sont significativement associés au type d'intervention ($p < 0.05$). En d'autres termes, la probabilité d'une interruption de grossesse médicamenteuse augmente inversement avec l'âge gestationnel ; elle est plus importante parmi les femmes ayant été prises en charge dans un autre établissement que le CHUV et – mais une moindre mesure – parmi celles bénéficiant d'une formation supérieure ($p < 0.1$). L'âge de la patiente, la nationalité et les variables de carrière reproductive (fécondité, IG antérieure) ne sont pas des facteurs explicatifs significatifs. Ces résultats sont en phase avec ceux établis lors de l'analyse des données 2003⁶.

Tableau 13 Déterminants de l'utilisation de Mifégyne® parmi les résidentes vaudoises, dont la grossesse est inférieure à huit semaines, 2004

Variables	Odds ratios	95% IC	Z	P-value
Âge de la patiente	1.003	0.971-1.037	0.20	0.843
Âge gestationnel	0.191	0.144-0.253	-11.48	0.000
Nationalité				
Suisse	–	–	–	–
Europe occidentale	1.311	0.734-2.376	0.89	0.372
ex-Yougoslavie	0.682	0.319-1.460	-0.99	0.324
Afrique du Nord	1.610	0.542-4.779	0.86	0.391
Afrique subsaharienne	1.265	0.603-2.652	0.62	0.534
Amérique du sud	1.002	0.439-2.288	0.00	0.996
Asie	1.198	0.368-3.902	0.30	0.765
Autre	1.873	0.852-4.12	1.56	0.118
Formation				
Ecole obligatoire	–	–	–	–
Apprentissage	0.779	0.432-1.404	-0.83	0.406
Haute école, Université	1.616	0.963-2.715	1.82	0.069
Lieu d'intervention				
CHUV	–	–	–	–
Hors-CHUV	2.034	1.295-3.195	3.08	0.002
Avoir un ou plusieurs enfants				
Non	–	–	–	–
Oui	0.681	0.414-1.119	-1.52	0.130
IG antérieure				
Non	–	–	–	–
Oui	0.93	0.593-1.486	-0.27	0.790

Log likelihood = -305.44 ; LR chi2 (14) = 219.76; p-value = 0.0000

5 CONCLUSIONS

5.1 RECUEIL DES DONNÉES

Depuis la transformation du système de suivi, on ne peut exclure un problème de sous-déclaration des interruptions de grossesse de la part des médecins libres praticiens. La forte diminution du nombre de déclarations observée en 2003 ne s'est néanmoins pas poursuivie en 2004. Le nombre de déclarations est resté stable, ce qui indique que le problème ne s'est pas aggravé durant l'année en cause. En revanche, on ignore s'il s'est maintenu ou non.

5.2 TENDANCES

En 2004, un total de 1189 interruptions de grossesses ont été pratiquées dans le canton de Vaud, dont 93% concernaient des femmes résidant dans le canton. Rapporté à la population féminine en âge de procréer (15-49 ans), le taux d'interruption est estimé à 6,9‰. Il est légèrement inférieur à celui observé en 2003 (7,5‰).

Un écart important se maintient entre les femmes de nationalité suisse (4,5‰) et celles de nationalité étrangère (11,8‰). Le taux d'interruptions de grossesse atteint des valeurs particulièrement élevées parmi les femmes en provenance d'Afrique, d'Amérique du Sud et des Balkans (Ex-Yougoslavie).

La diminution du taux de recours à l'interruption de grossesse observée en 2004, touche principalement les femmes de nationalité étrangère, en particulier celles qui ont entre 20 et 29 ans (2003 : 25,9‰ ; 2004 : 20,1‰). Parmi les Suissesses, on observe, chez les femmes de 15-19 ans, une légère augmentation des recours (2003 : 4,4‰ ; 2004 : 5,5‰).

Le ratio IG/naissances vivantes s'élève à 0,15 parmi les femmes de 15 à 49 ans, soit une valeur légèrement inférieure à celle observée en 2003 (0,17). La diminution observée en 2004 concerne principalement les femmes de moins de 30 ans, quelle que soit leur nationalité. En comparaison internationale, ce ratio demeure relativement bas et stable.

Depuis plusieurs années, on n'observe que peu de changement au niveau des caractéristiques socio-démographiques (âge, nationalité, formation), de la carrière reproductive (fécondité, IG antérieures) et des caractéristiques de l'interruption de grossesse en tant que telle (motif, âge gestationnel, méthode d'intervention).

5.3 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE MÉDICAMENTEUSES

Près d'un quart des interventions recensées en 2004 ont été pratiquées par voie médicamenteuse. Ce pourcentage s'élève à 42% si l'on exclut les femmes non éligibles pour ce type d'intervention (notamment celles dont la grossesse était supérieure à 49 jours). Le choix de la méthode d'interruptions de grossesse est fortement associé au lieu d'intervention, ce indépendamment de l'avancement de la grossesse, de la nationalité ainsi que d'autres facteurs.

En l'occurrence, la probabilité d'une intervention médicamenteuse est plus réduite au CHUV que dans les autres établissements du canton (établissements hors-CHUV).

5.4 RECOMMANDATIONS

Les principales recommandations issues des analyses effectuées dans le cadre de ce rapport sont les suivantes :

Prévention

- Il faut maintenir une information et un accès adéquats à la contraception d'urgence dans la population générale et en particulier pour les adolescentes^e.
- Il faut poursuivre les activités de prévention des grossesses non désirées auprès des communautés migrantes, dans lesquelles le taux d'interruption de grossesse est particulièrement élevé.
- Il faut renforcer le conseil relatif à la contraception au cours de la période néonatale et lors d'un recours à l'interruption de grossesse.

Type d'intervention

- Il faudrait envisager d'organiser une rencontre entre professionnels concernés par l'interruption de grossesse (gynécologues, conseillères en planning familial) et travaillant dans différents établissements du canton afin de mieux comprendre le recours inégal à la méthode médicamenteuse suivant les établissements.

Recueil des données

- Il faut sensibiliser périodiquement les spécialistes pratiquant l'interruption de grossesse au caractère obligatoire de la déclaration et à l'importance de cette statistique en termes de santé publique.

^e Au sujet de la contraception d'urgence dans le canton de Vaud, voir : Quach A. Contraception d'urgence dans un centre de planning familial⁸.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Addor V, Narring F, Michaud PA. Abortion trends 1990-1999 in a swiss region and determinants of its recurrence. *Swiss Med Wkly* 2003;133(15-16):219-26.
- 2 Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Lausanne: Direction de la sécurité sociale et de l'environnement, Ville de Lausanne; 2003.
- 3 Longchamp C, Aebersold C, Rousselot B, Ratelband-Pally S. Sans-papiers en Suisse : c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile; rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. Berne: gfs.bern; 2005.
- 4 Lazdane G. Abortion in Europe: ten years after Cairo. *Entre Nous: The European magazine for sexual and reproductive health* 2005;(59):4-6.
- 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. (Raisons de santé, 94).
- 6 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de Santé, 106).
- 7 Spitz IM. Mifepristone for the medical termination of pregnancy UpToDate; 2005. Available at: URL:www.uptodate.com.
- 8 Quach A. Contraception d'urgence dans un centre de planning familial. *Schweiz Med Forum* 2005;5:763-72.

6 ANNEXES

6.1 TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau 14 Nombre d'interruptions de grossesse par classe d'âge et par nationalité

Nationalité	Classe d'âge	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Suisse	15-19	71	69	88	86	56	74
	20-24	132	151	142	133	107	104
	25-29	127	140	133	111	103	93
	30-34	144	167	141	122	77	71
	35-39	116	130	124	104	92	72
	40-44	33	60	55	50	36	56
	45-49	6	5	6	8	2	3
	ensemble	629	722	689	614	473	473
	données manquantes	10	1	7	2	4	5
Total		639	723	696	616	477	478
Etrangère	15-19	69	97	77	71	49	51
	20-24	206	194	199	220	191	146
	25-29	199	242	216	196	181	148
	30-34	185	206	196	174	151	143
	35-39	108	110	146	120	95	93
	40-44	30	47	28	51	32	35
	45-49	3	3	1	2	2	2
	ensemble	800	899	863	834	701	618
	données manquantes	12	8	9	4	6	7
Total		812	907	872	838	707	625
Ensemble		1429	1621	1552	1448	1174	1091
Données manquantes		22		16	6	10	12
Total		1451	1630	1568	1454	1184	1103

Note : A partir du mois d'octobre 2002, seules les IG effectives sont recensées et non plus les demandes d'avis conformes, comme cela était le cas avant l'entrée en vigueur du régime du délai. On considère que le nombre d'avis conformes demandés est supérieur de 3% à 10% au nombre d'IG effectivement réalisées.

Tableau 15 Taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité et par classe d'âge (1999-2003)

Nationalité	Classe d'âge	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Suisse	15-19	6.1	5.9	7.4	7.1	4.4	5.5
	20-24	10.8	12.1	11.6	10.9	8.7	8.4
	25-29	9.0	10.1	9.7	8.6	8.1	7.5
	30-34	8.9	10.7	9.1	8.0	5.1	4.8
	35-39	6.7	7.4	7.0	5.7	5.2	4.2
	40-44	2.0	3.5	3.2	2.8	2.0	3.0
	45-49	0.4	0.3	0.4	0.5	0.1	0.2
	ensemble	6.0	6.9	6.6	5.8	4.5	4.5
Etrangère	15-19	13.9	19.7	15.8	14.6	10.0	10.3
	20-24	35.9	33.4	34.4	37.8	31.1	23.0
	25-29	25.5	31.1	28.2	24.9	22.0	17.8
	30-34	20.3	22.5	21.5	18.7	15.8	14.6
	35-39	13.7	13.3	16.8	13.4	10.2	9.7
	40-44	5.3	7.8	4.4	7.4	4.4	4.4
	45-49	0.7	0.7	0.2	0.4	0.4	0.4
	ensemble	17.5	19.3	18.3	17.2	13.9	11.8
Ensemble	9.5	10.7	10.2	9.4	7.5	6.9	

Note : A partir du mois d'octobre 2002, seules les IG effectives sont recensées et non plus les demandes d'avis conformes, comme cela était le cas avant l'entrée en vigueur du régime du délai. On considère que le nombre d'avis conformes demandés est supérieur de 3% à 10% au nombre d'IG effectivement réalisées.

Tableau 16 Ratio IG/naissances vivantes, par nationalité et par classe d'âge, résidentes vaudoises (2000-2004)

Nationalité		2000	2001	2002	2003	2004
Suisse	15-19	3.83	3.52	2.97	2.43	2.96
	20-24	0.62	0.59	0.53	0.51	0.46
	25-29	0.11	0.11	0.11	0.10	0.10
	30-34	0.10	0.09	0.08	0.05	0.04
	35-39	0.15	0.15	0.13	0.11	0.09
	40-44	0.36	0.34	0.28	0.20	0.29
	45-49	0.83	1.50	1.00	0.40	0.60
	ensemble	0.17	0.17	0.16	0.12	0.12
Etrangère	15-19	2.02	1.93	1.73	1.36	0.98
	20-24	0.45	0.41	0.52	0.44	0.30
	25-29	0.23	0.24	0.22	0.19	0.16
	30-34	0.18	0.17	0.16	0.14	0.12
	35-39	0.20	0.25	0.20	0.16	0.14
	40-44	0.53	0.29	0.47	0.29	0.26
	45-49	0.75	0.25	0.67	0.67	0.50
	ensemble	0.27	0.27	0.27	0.22	0.18
Ensemble	0.21	0.21	0.21	0.17	0.15	

Note : A partir du mois d'octobre 2002, seules les IG effectives sont recensées et non plus les demandes d'avis conformes, comme cela était le cas avant l'entrée en vigueur du régime du délai. On considère que le nombre d'avis conformes demandés est supérieur de 3% à 10% au nombre d'IG effectivement réalisées.

Tableau 17 Délai (en années) entre le dernier accouchement et l'interruption de grossesse

Années	Suisse	Etrangère	Ensemble	%	% cum
0	5	6	11	2.2	2.2
1	32	49	81	16.0	18.2
2	24	39	63	12.5	30.7
3	20	37	57	11.3	42.0
4	22	35	57	11.3	53.3
5	18	27	45	8.9	62.2
6	8	22	30	5.9	68.1
7	5	17	22	4.4	72.5
8	9	13	22	4.4	76.8
9	8	16	24	4.8	81.6
10	6	10	16	3.2	84.8
11	7	16	23	4.6	89.3
12	4	10	14	2.8	92.1
13	11	2	13	2.6	94.7
14	3	5	8	1.6	96.2
15	2	1	3	0.6	96.8
16	1	5	6	1.2	98.0
17	2	3	5	1.0	99.0
19	0	1	1	0.2	99.2
22	2	0	2	0.4	99.6
26	0	1	1	0.2	99.8
27	0	1	1	0.2	100
Total	189	316	505	100	
Résumé					
25 pct	2	2	2		
50 pct	4	4	4		
75 pct	8	8	8		
moyenne	5.5	5.4	5.5		

Tableau 18 Distribution en % de l'âge gestationnel, par semaine révolue

Semaines révolues	n	%	% cumulés
2	1	0.1	0.1
4	18	1.7	1.8
5	193	18.2	20.0
6	235	22.1	42.1
7	205	19.3	61.5
8	166	15.6	77.1
9	99	9.3	86.4
10	45	4.2	90.7
11	28	2.6	93.3
12	23	2.2	95.5
13	13	1.2	96.7
14	6	0.6	97.3
15	10	0.9	98.2
16	8	0.8	99.0
17	1	0.1	99.1
18	3	0.3	99.3
19	5	0.5	99.8
21	2	0.2	100.0
Total	1061	100	
Non réponses	42		
Total	1103		

6.2 LÉGISLATION SUR L'IG

Comparatif entre les deux législations sur l'IG : source
www.femco.org/avortement/f_gesetze.htm

Législation précédente : Code pénal suisse. Infractions contre la vie et l'intégrité corporelle (1942)	La nouvelle loi : REGIME DU DELAI – REVISION DU CODE PENAL Selon la décision des Chambres fédérales du 23.3.2001
Art. 118	Art. 118 Interruption de grossesse punissable
<ol style="list-style-type: none">1. "La personne enceinte qui, par son propre fait ou par celui d'un tiers, se sera fait avorter sera punie d'emprisonnement."2. L'action pénale se prescrit par deux ans	<ol style="list-style-type: none">1. 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.2. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.3. 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.4. Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par deux ans.
Art. 119	Art. 119 Interruption de grossesse non punissable
<ol style="list-style-type: none">1. 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 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.2. Celui qui, sans le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.3.1 La peine sera la réclusion pour trois ans au moins, si le délinquant fait métier de l'avortement.	<ol style="list-style-type: none">1. 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.2. 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.3. Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.

4. 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.
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.

Art. 120

1. 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 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.
2. 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'écarter 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.
3. 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)
4. Les dispositions de l'article 32 ne sont pas applicables.

Art. 120 Contraventions commises par le médecin

1. 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
 - a. d'exiger de la femme enceinte une requête écrite;
 - b. 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 contre signature un dossier comportant:
 1. la liste des centres de consultation qui offrent gratuitement leurs services;
 2. une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle;
 3. des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant;
 - c. 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

MEDECIN CANTONAL

Lausanne, novembre 2004

DrDL/JR/ff

Interruptions de grossesse

Chères Consœurs, Chers Confrères,

En date du 29 janvier 2004, nous vous avons fait parvenir un courrier accompagnant les nouvelles directives du Chef du Département de la santé et de l'action sociale, ainsi que la documentation ad hoc concernant la mise en œuvre des modifications législatives dans le domaine de l'interruption de grossesse.

A l'examen des données 2003, analysées par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, nous constatons une baisse sensible des interruptions de grossesse. Cette baisse s'inscrit certainement dans la tendance intervenue dès 2000 et que l'on constate tant au niveau fédéral que cantonal. Un autre élément d'explication est le fait qu'auparavant les statistiques étaient basées sur les avis conformes délivrés alors qu'aujourd'hui elles se basent sur les interruptions réellement pratiquées. Ce dernier biais a fait l'objet d'une étude qui signale une différence se situant entre 3 et 10%. **Mais les statistiques vaudoises 2003 nous montrent une baisse de 18.6%**, ce qui nous incite à penser que nous assistons à une **sous-déclaration**.

Dès lors nous souhaitons vous rappeler les éléments suivants :

Cette statistique est **une obligation légale** (Code pénal, article 119, al. 5 et Directives du Chef du DSAS, point 4). Il est indispensable que l'ensemble des données soit consigné. Nous soulignons que les données à recueillir sont des informations indispensables pour mener correctement l'entretien approfondi prévu sur le plan légal (Code pénal, art. 119, al.2 et Directives du Chef du DSAS point 2.2.). Une copie de ces données peut constituer la base du dossier de la patiente.

Il ne s'agit pas d'une simple démarche administrative. Sur le plan fédéral, cela permet de suivre les effets de la nouvelle législation et, au niveau cantonal, nous disposons de bonnes statistiques depuis plus de 10 ans qui nous permettent **de prioriser notre travail de prévention**. A titre d'exemple, nous sommes intervenus auprès des infirmières scolaires pour la promotion de la pilule d'urgence afin de diminuer les risques liés aux interruptions de grossesse auprès des adolescentes et nous menons actuellement un projet-pilote auprès des femmes migrantes en collaboration avec la Fondation Profa.

Vous trouverez en annexe le tiré à part d'un article de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne concernant les interruptions volontaires de grossesse pour l'année 2002.

./ ..

Cette recherche démontre de manière globale que la prévention des interruptions volontaires de grossesse a de **bons résultats**. **Trois tendances** doivent néanmoins être relevées :

1. **Grossesse dans les 12 mois suivant un accouchement** : l'étude mentionnée démontre très clairement la fréquence anormalement élevée des IVG dans les 12 mois suivant un accouchement. Ceci doit nous convaincre de l'importance des conseils de contraception lors de l'accouchement et des contrôles suivants ce dernier.
2. **Taux élevés d'IVG chez des femmes étrangères** : ces taux sont particulièrement frappants, ils démontrent que le travail de prévention effectué à ce jour est efficace sur la population autochtone, et que nos efforts doivent maintenant se concentrer sur les femmes étrangères, en particulier celles originaires d'Amérique du sud et d'Afrique.
3. **IVG anormalement fréquentes chez les personnes ayant déjà subi une IVG précédemment** : là également, cette analyse montre que les efforts de prévention doivent être concentrés sur les personnes ayant déjà subi une IVG.

En résumé, les données contenues dans ce tiré à part intéressent en premier lieu les gynécologues du canton et les centres de planning familial et de grossesse. Elles doivent vous permettre de mieux cibler votre travail de prévention, qui par ailleurs est excellent, pour preuve, la diminution des interruptions volontaires de grossesse.

Cependant un doute persiste quant à une **sous-déclaration**. Dans ce sens, nous vous invitons à revoir vos dossiers afin de rattraper des déclarations 2003 qui n'auraient pas été faites et à être attentifs aux déclarations 2004. Merci de nous adresser le plus rapidement possible la page statistique jointe à la déclaration signée par la patiente (Médecin cantonal, Rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne, fax : 021 316 42 72).

Notre secrétariat (Mmes Fontana et Perret, tel. 021 316 42 26) est à votre disposition pour l'envoi des documents ad hoc.

En vous remerciant de votre aide et de votre collaboration, veuillez recevoir, chères Consœurs, chers Confrères, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Dr Daniel Laufer
Médecin cantonal

Annexe mentionnée

Dernières parutions

Disponibles sur www.iumsp.ch

- N° 109 *Huissoud T, Balthasar H, Dubois-Arber F.* Evaluation du centre de compétences dépendances Azimut, septembre 2003 - octobre 2004 : rapport final. Lausanne : IUMSP, 2005.
- N° 110 *Danon-Hersch N, Paccaud F.* Future trends in human resources for health care: a scenario analysis. Lausanne : IUMSP, 2005.
- N° 111 *Méan F, Gervasoni J-P, Pasquier N, Reymond Darot S.* Planning familial. Regard sur les prestations de la Fondation Profa et de l'Espace Prévention Morges-Aubonne. Lausanne : IUMSP, 2005.
- N° 112 *Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F.* Toxicomanie dans le canton de Vaud : période d'évaluation 2002-2004 : cahier 1. Lausanne : IUMSP, 2005.
- N° 113 *Huissoud T, Samitca S, Arnaud S, Balthasar H, Zobel F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud: quatrième période d'évaluation 2002-2004 (Cahier 2). Lausanne : IUMSP, 2005 (à paraître)
- N° 114 *A paraître*
- N° 115 *Huissoud T, Arnaud S, Dubois-Arber F.* Evaluation du rôle du Distribus au sein du dispositif lausannois d'échange de matériel stérile. Lausanne : IUMSP, 2005.
- N° 116 *Balthasar H, Spencer B.* Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2004. Lausanne : IUMSP, 2005.

**Service d'édition et de diffusion - SED
Hospices / CHUV**

Département universitaire de médecine
et santé communautaires DUMSC
44, rue du Bugnon, CH - 1011 Lausanne
Téléphone ■ ■ 41 21 314 49 80
Téléfax ■ ■ 41 21 314 48 87
e-mail dumsc.info@chuv.ch