



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

Pratiques exemplaires pour les interruptions de grossesse dans le canton de Vaud

Stéphanie Lociciro, Sébastien Bacher et Brenda Spencer

LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Étude financée par :

Service de la santé publique du canton de Vaud, rubrique budgétaire SSP N° 8276.3634000000-820

Citation suggérée :

Locicero S, Bacher S, Spencer B. Pratiques exemplaires pour les interruptions de grossesse dans le canton de Vaud. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017 (Raisons de santé 153).

<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/153>

Remerciements :

Nos remerciements vont à l'ensemble des expert-e-s du groupe de travail :

- Mme Anne Descuves
- Mme Lauriane Pichonnaz
- Dre Adeline Quach
- Dr Didier Schaad
- Mme Christine Sieber
- Dre Christiane Wirz

Nous souhaitons remercier plus particulièrement la Dre Regina Kulier et la Dre Saïra-Christine Renteria, non seulement pour leur participation au groupe de travail, mais aussi pour les informatrices-clé qu'elles ont été.

Date d'édition :

Juillet 2017

Table des matières

1	Avant-propos	7
2	Principales recommandations	9
3	But de l'étude et mandat	11
4	Méthode	13
4.1	Cadre théorique – pratiques exemplaires	13
4.2	Constitution du groupe de travail	14
4.3	Responsabilités des parties prenantes	16
4.4	Conduite du groupe de travail	17
5	Constats	19
5.1	Accès à l'information sur l'IG pour les femmes/les couples, les gynécologues et médecins généralistes	21
5.2	Première étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud	22
5.2.1	Les professionnel-le-s autorisé-e-s à pratiquer des IG	22
5.2.2	Confirmation de la grossesse et datation : cas particulier de l'IG médicamenteuse	23
5.2.3	Entretien approfondi avec le/la médecin et/ou un-e conseiller-e en santé sexuelle	24
5.2.4	Anamnèse sexuelle : problématique du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles	25
5.2.5	Un délai de réflexion adapté au besoin de la femme	25
5.2.6	Prise en charge financière	26
5.3	Deuxième étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud	27
5.3.1	Interruption de grossesse médicamenteuse	27
5.3.2	Interruptions de grossesse du 2 nd trimestre (≥12 SA)	28
5.3.3	Formulaire de déclaration obligatoire	29
5.4	Troisième étape : confirmation de grossesse interrompue pour l'IG médicamenteuse	29
6	Propositions et avis des experts	31
6.1	Accès à l'information sur l'IG pour les femmes/les couples, les gynécologues et médecins généralistes	32
6.2	Première étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud	35
6.2.1	Les professionnel-le-s autorisé-e-s à pratiquer des IG	35
6.2.2	Confirmation de la grossesse et datation : cas particulier de l'IG médicamenteuse	40
6.2.3	Entretien approfondi avec le/la médecin et/ou un-e conseiller-e en santé sexuelle	42
6.2.4	Anamnèse sexuelle : problématique du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles	44
6.2.5	Un délai de réflexion adapté au besoin de la femme	45
6.2.6	Prise en charge financière	47
6.3	Deuxième étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud	48
6.3.1	Formulaire de demande d'IG signé par la femme (attestation de l'entretien)	48
6.3.2	Interruption de grossesse médicamenteuse	49
6.3.3	Interruptions de grossesse du 2 nd trimestre (≥12 SA)	50
6.3.4	Formulaire de déclaration obligatoire	53
6.3.5	Troisième étape : Confirmation de grossesse interrompue pour l'IG médicamenteuse	54
7	Références	56
8	Annexes	60
8.1	Annexe 1 : Critères de pratique exemplaire	60
8.2	Annexe 2 : Code pénal suisse : Interruption de grossesse (modification du 23 mars 2001)	64

8.3	Annexe 3 : Directives relatives à l'interruption de grossesse selon les articles 118, 119 et 120 du code pénal suisse	66
8.4	Annexe 4 : Avis d'Experts n°15 » édicté par la SSGO	68
8.5	Annexe 5 : Attestation d'entretien et formulaire de déclaration obligatoire vaudois	69
8.6	Annexe 6 : Eléments de base pour la création de la check-list pour l'entretien pré-IG	71
8.7	Annexe 7 : Extrait de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique	72
8.8	Annexe 8 : Condition pour l'obtention de l'attestation de formation complémentaire (AFC) en ultrasonographie prénatale	73
8.9	Annexe 9 : Tests HCG urinaires	74

Liste des tableaux

Tableau 1	Cartographie et membres du groupe de travail (par ordre alphabétique)	15
Tableau 2	Etapes clés et responsabilités des parties prenantes.....	16

Liste des figures

Figure 1	Modèle de radar pour une Pratique Exemplaire en promotion de la santé et en prévention [Broesskamp, U. et al, 2010]	13
Figure 2	Les différentes étapes pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud.....	20
Figure 3	dBEST HCG urine panel test, Ameritek (image: researchgate.net)	74
Figure 4	hCG DUO test Vedalab (image: thelancet.com)	75
Figure 5	Test Check-ToP utilisé par le Dr Seidenberg (image: nordicpharma.com).....	75

Glossaire

APAC	Association de professionnels de l'avortement et de la contraception
ARTCOSS	Association Romande et Tessinoise des Conseillères et Conseillers en Santé Sexuelle
CEESAN	Centre d'Evaluation et d'Expertise en Santé Publique
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CSS	Conseillères et Conseillers en Santé Sexuelle
DISA	Division Interdisciplinaire de Santé des Adolescents, CHUV
DSAS	Département de la Santé et de l'Action Sociale
FMH	Fédération des médecins suisses
GEU	Grossesse extra utérine
GT	Groupe de travail
IG	Interruption de grossesse
IGm	Interruption de grossesse médicamenteuse
IST	Infection sexuellement transmissible
IUMSP	Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive
LISI	Lieu d'Informations et de Soins relatifs à l'Interruption de grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynecologists
SA	Semaine d'aménorrhée
SSGO	Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
SSP	Service de la Santé Publique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

1 Avant-propos

En application de l'article 119 al. 5 du code pénal, sur mandat de l'Office du Médecin cantonal (OMC), l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) assure à des fins statistiques l'enregistrement de toutes les interruptions de grossesse (IG) pratiquées sur le territoire vaudois. Outre les articles du code pénal relatifs à cette intervention, modifiés en 2001, la pratique des IG dans le canton de Vaud est actuellement guidée par des Directives de 2008 émises par le Département de la santé et de l'action sociale. L'avis d'experts no. 15, édicté par la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique en 2008, sert également de référence pour l'utilisation de la mifépristone pour l'IG au premier trimestre. Or, les techniques médicales, ainsi que l'organisation des services relatifs à l'IG, ont connu ces dernières années une évolution importante, plus particulièrement concernant la diffusion de l'interruption de grossesse médicamenteuse. Par ailleurs, une étude complémentaire aux activités de monitoring des IG, portant en particulier sur les pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des IG, a révélé certaines disparités dans les pratiques au sein du canton. Il était donc devenu important de faire un bilan de la situation afin de garantir les meilleures conditions d'efficacité, de sécurité et d'égalité d'accès de la pratique à l'IG dans le canton.

L'IUMSP a donc été mandaté par l'Office du Médecin cantonal pour mener une étude afin :

- d'identifier les pratiques exemplaires de prise en charge de l'IG en Suisse et/ou à l'étranger et d'en vérifier la pertinence pour le canton de Vaud compte tenu du cadre légal et réglementaire ;
- d'examiner, en collaboration avec les acteurs concernés, la pertinence d'adapter ou de modifier la prise en charge actuelle des IG dans le canton de Vaud et de rendre compte des avantages et des éventuels inconvénients des adaptations préconisées ;
- de soumettre, le cas échéant, au Médecin cantonal des propositions en vue d'une éventuelle révision de la directive cantonale relative à l'IG, en concertation avec l'unité juridique du SSP.

Pour mener à bien ce mandat, l'équipe de l'IUMSP s'est appuyée sur le concept de pratique exemplaire développé par Promotion santé suisse, concept qui fonde les pratiques exemplaires sur trois piliers : les valeurs, le contexte et les savoirs (connaissances scientifiques actuelles et savoirs d'experts). Ainsi, les recommandations proposées dans ce rapport sont issues d'un long processus de réflexion sur la base de la littérature, des documents juridiques et de l'avis des expert-e-s de terrain consulté-e-s. Chaque recommandation se base sur des constats et des arguments, les facteurs favorables et défavorables ayant également été débattus.

2 Principales recommandations

Recommandations	Justifications	
	Constats	Propositions /avis des experts
1- Mettre à disposition de la population et des professionnel-le-s un site internet cantonal dévolu à la question des grossesses non désirées.	Chapitre 5.1 (p. 21)	Chapitre 6.1 (p. 32)
2- Mettre en place un réseau vaudois formel de professionnel-le-s concerné-e-s par l'IG.	Chapitre 5.2.1 (p. 22)	Chapitre 6.2.1 (p.39)
3- Permettre aux médecins généralistes, spécifiquement formés, de pratiquer des IG.	Chapitre 5.2.1 (p. 22)	Chapitre 6.2.1 (p. 35)
4- Prendre des dispositions afin que l'échographie pré-IG médicamenteuse ne soit pas considérée comme indispensable mais laissée à l'appréciation des médecins.	Chapitre 5.2.2 (p. 23)	Chapitre 6.2.2 (p. 40)
5- Selon la loi dite du régime du délai, le/la médecin doit au préalable [à l'IG] s'entretenir lui-même/elle-même de manière approfondie avec la femme et la conseiller (Art 119). Cet entretien devrait comprendre les éléments présents dans la check-list. Le/la médecin devrait pouvoir déléguer l'entretien à des conseillers et conseillères en santé sexuelle.	Chapitre 5.2.3 (p. 24)	Chapitre 6.2.3 (p. 42)
6- S'assurer de la compréhension de toutes les parties prenantes du fait qu'aucun délai de réflexion concernant la décision d'IG n'est exigé de par le code pénal ; par contre, le/la médecin doit s'assurer lors de l'anamnèse que la femme ait donné son consentement libre et éclairé.	Chapitre 5.2.5 (p. 25)	Chapitre 6.2.5 (p. 45)
7- Recommander, lors de l'entretien pré-IG, une anamnèse systématique afin d'évaluer l'exposition au risque d'avoir contracté une IST (y compris VIH) et proposer, à la femme et son/ses partenaires, des dépistages en fonction de cette anamnèse.	Chapitre 5.2.4 (p.25)	Chapitre 6.2.4 (p. 44)
8- Faire connaître aux parties prenantes que l'IG médicamenteuse est recommandée jusqu'à 9 SA.	Chapitre 5.3.1 (p. 27)	Chapitre 6.3.2 (p. 49)
9- L'IG médicamenteuse à domicile – y compris avec prise de Misoprostol – devrait être recommandée jusqu'à 9 SA.	Chapitre 5.3.1 (p. 27)	Chapitre 6.3.2 (p. 49)
10- Assurer l'accès aux IG du 2nd trimestre : <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître aux parties prenantes le caractère légal des IG du 2nd trimestre lorsqu'un avis médical démontre sa nécessité pour écarter un danger. • Identifier et assurer la pérennisation des lieux de compétences pour la conduite des IG du 2nd trimestre. • Mettre à disposition des intervenant.es deux documents spécifiques aux IG du second trimestre : la confirmation de l'avis du/de la médecin et le formulaire de consentement libre et éclairé à signer par la femme. 	Chapitre 5.3.2 (p. 28)	Chapitre 6.3.3 (p. 50)
11- Faire savoir aux parties prenantes que le test urinaire hCG semi-quantitatif est une alternative pertinente à l'échographie post-IG pour constater l'interruption de la grossesse. Cette option ainsi que le choix du lieu de réalisation du test urinaire (cabinet vs. à domicile) peuvent être proposés, selon l'appréciation du/de la médecin, aux femmes lors du premier entretien, c'est à dire avant l'IG.	Chapitre 5.4 (p. 29)	Chapitre 6.3.5 (p. 54)
12- Faire connaître aux parties prenantes que l'attestation d'entretien pré-IG et le formulaire de déclaration obligatoire s'appliquent aussi bien aux IG en raison d'une indication médicale (interruption thérapeutique de grossesse : maladie physique de la mère ou interruption médicale de grossesse : malformation ou risque grave pour l'enfant1) qu'aux IG invoquant d'autres causes (motifs psycho-social, viol-inceste, psychiatrique).	Chapitre 5.3.2 (p. 28)	Chapitre 6.3.3 (p. 50)
13- Prendre des mesures pour assurer l'accès à l'IG pour les femmes n'ayant pas de moyens de financement ou souhaitant garder leur intervention confidentielle.	Chapitre 5.2.6 (p. 26)	Chapitre 6.2.6 (p. 47)
14- Assurer la prise en charge financière des interruptions de grossesse pour les femmes de moins de 18 ans.	Chapitre 5.2.6 (p. 26)	Chapitre 6.2.6 (p. 47)
15- Reconnaître les compétences des professionnel-le-s formé-e-s à l'entretien IG (conseillères et conseillers en santé sexuelle) pour la prise en charge des mineures de moins de 16 ans.	Chapitre 5.2.3 (p. 24)	Chapitre 6.2.3 (p. 42)
16- En collaboration avec l'Office fédéral de la statistique, informatiser et mettre à jour le formulaire de déclaration obligatoire de l'IG.	Chapitre 5.3.3 (p. 29)	Chapitre 6.3.4 (p. 53)

3 But de l'étude et mandat

En application de l'article 119 al. 5 du code pénal, sur mandat de l'Office du Médecin cantonal (OMC), l'IUMSP assure à des fins statistiques l'enregistrement de toutes les interruptions de grossesse pratiquées sur le territoire vaudois. Une étude complémentaire portant en particulier sur les pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des interruptions de grossesse a révélé des disparités dans les pratiques¹. Ces disparités se trouvent à tous les niveaux (prise en charge de la demande, critères pour choix de la méthode, mise en application des protocoles pour la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse). Bien que ces disparités ne posent pas de problème grave, elles peuvent générer des inégalités de traitement et sont révélatrices de l'absence de vision commune de pratiques exemplaires dans ce domaine.

Sur la base des constats de cette étude, l'Office du Médecin cantonal souhaite renforcer le respect des normes régissant l'exercice de l'interruption de grossesse et harmoniser les pratiques des prestataires à travers la mise en évidence de pratiques exemplaires et, si nécessaire, une révision de la directive cantonale relative à l'interruption de grossesse.

Dans ce but, l'Office du Médecin cantonal confie à l'IUMSP le mandat :

- d'identifier les pratiques exemplaires de prise en charge de l'interruption de grossesse en Suisse et/ou à l'étranger et d'en vérifier la pertinence pour le canton de Vaud compte tenu du cadre légal et réglementaire ;
- d'examiner, en collaboration avec les acteurs concernés, la pertinence d'adapter ou de modifier la prise en charge actuelle des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud (notamment en ce qui concerne les interruptions de grossesse pour les mineures et les conditions guidant le choix de la méthode d'interruption) et de rendre compte des avantages et des éventuels inconvénients des adaptations préconisées ;
- de soumettre, le cas échéant, au Médecin cantonal des propositions en vue d'une éventuelle révision de la directive cantonale relative à l'interruption de grossesse, en concertation avec l'unité juridique du SSP.

4 Méthode

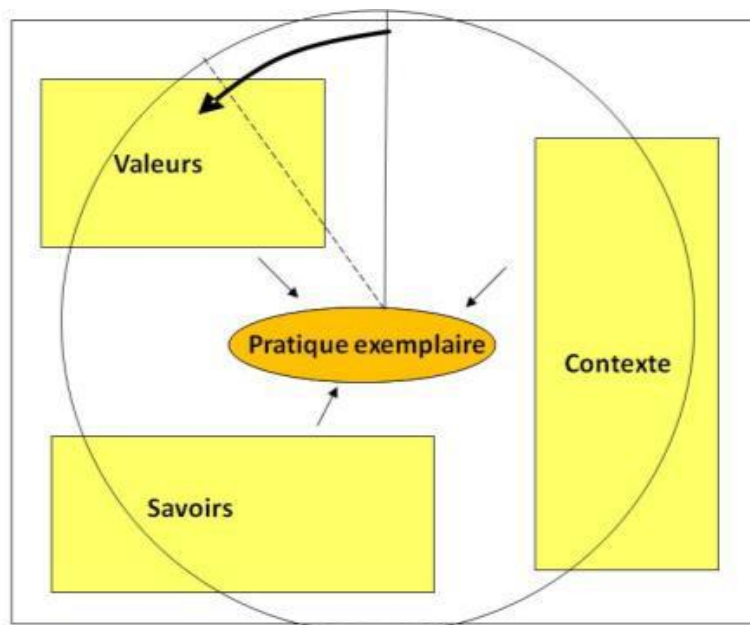
4.1 Cadre théorique – pratiques exemplaires

Cette étude propose de suivre le concept de pratique exemplaire développé par Promotion santé suisse, défini comme suit² :

« Les décisions, activités et interventions basées sur la Pratique Exemplaire dans la promotion de la santé et la prévention des maladies prennent systématiquement en compte les valeurs et principes de promotion de la santé et de santé publique, se fondent sur les connaissances scientifiques actuelles et sur les savoirs d'experts et ceux tirés de l'expérience, prennent en considération les facteurs contextuels pertinents et atteignent les résultats positifs visés tout en évitant simultanément les effets négatifs.^a » (Figure 1).

Les critères de pratique exemplaire sont présentés en détail en annexe 8.1 (p.60).

Figure 1 Modèle de radar pour une Pratique Exemplaire en promotion de la santé et en prévention [Broesskamp, U. et al, 2010]



^a https://promotionsante.ch/assets/public/documents/zz_2_fr/a-public-health/1-grundlagen/qualitaet/best_practice/Pratique_exemplaire_-_Criteres.pdf

4.2 Constitution du groupe de travail

La bonne prise en charge des interruptions de grossesse dépend de l'implication de divers acteurs du secteur public ainsi que du secteur privé. Afin que le système dans son ensemble puisse bien fonctionner, les pratiques préconisées pour la prise en charge de l'interruption de grossesse devaient faire l'objet d'un large consensus, chaque partie prenante ayant un point de vue différent à faire valoir. Un processus participatif s'imposait afin de parvenir à cet objectif.

Différentes parties prenantes ont été identifiées et invitées à participer au groupe de travail (GT) chargé d'élaborer les pratiques exemplaires en matière de prise en charge de l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud. Le Tableau 1 présente une cartographie des actrices et acteurs ainsi que leurs caractéristiques (affiliation, fonction, lieu d'exercice et raison(s) de l'inclusion dans le GT). Une diversité d'intérêts et de perspectives sont représentés : corps de métier (médecins, conseillères en santé sexuelle), domaines (public, privé), implication institutionnelle (CHUV, hôpital régional, PROFA, cabinets de médecins installés), associatif (SANTÉ SEXUELLE suisse, l'APAC, ARTCOSS) et lieux d'exercice (différentes régions du canton).

Ces personnes ont une influence dans le domaine des interruptions de grossesse, croient à l'utilité de la participation au GT, sont soucieuses de l'utilisation des résultats et étaient d'accord de s'engager pour chaque rencontre.

Parmi ces personnes, les Docteurs Renteria et Kulier ont également été sollicitées pour agir comme informatrices-clé, c'est à dire pour travailler plus étroitement avec l'IUMSP dans la préparation des séances du groupe de travail.

Tableau 1 Cartographie et membres du groupe de travail (par ordre alphabétique)

Nom Prénom	Affiliation	Fonction	Lieu d'exercice	Raisons de l'inclusion dans le groupe de travail
Descuves Anne	PROFA	Cheffe de service	Renens	<ul style="list-style-type: none"> Responsable de la consultation de santé sexuelle-Planning familial
Huldi Hélène ^a	APAC Cabinet privé et Hôpital régional de Soleure	Présidente APAC Spécialiste FMH Gynécologie- Obstétrique	Soleure	<ul style="list-style-type: none"> APAC : Groupe de professionnel-le-s travaillant dans le domaine de la grossesse non désirée et de l'interruption de grossesse
Kulier Regina	PROFA	Médecin, Msc épidémiologie, DAS in sexual medicine	Morges/Nyon	<ul style="list-style-type: none"> Auteure dans des revues systématiques sur la question des IG ; expérience dans la pratique et prise en charge des IG Informatrice-clé pour l'étude sur les pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des IG dans le canton de Vaud¹
Pichonnaz Lauriane	CHUV/DFME/ Centre de santé sexuelle- Planning familial	Conseillère en santé sexuelle	Lausanne	<ul style="list-style-type: none"> CSS, membre de ARTCOSS (groupe de réflexion sur les IG du 2nd trimestre) et membre de l'APAC Membre du CLACS : Collectif pour la Liberté de l'Avortement, de la Contraception et des Sexualités
Quach Adeline	PROFA	Médecin responsable	Lausanne	<ul style="list-style-type: none"> Référente métier à la consultation de santé sexuelle-Planning familial
Renteria Saira-Christine	CHUV	Responsable Spécialiste FMH Gynécologie- Obstétrique	Lausanne	<ul style="list-style-type: none"> Experte sur la question des IG, consultation LISI (Lieu d'Informations et de Soins relatifs à l'Interruption de grossesse) Informatrice-clé pour l'étude sur les pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des IG dans le canton de Vaud¹ Groupe de travail GT GYNEA à la SSGO (Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente) Présidente du Groupe de travail contraception de la SGRM de la SSGO.
Schaad Didier	Cabinet privé et Clinique	Spécialiste FMH Gynécologie- Obstétrique	Lausanne	<ul style="list-style-type: none"> Médecin fortement impliqué dans la pratique des IG
Sieber Christine	Fondation SANTE SEXUELLE suisse	Responsable secteur Accès, Savoir & Migration	Lausanne/ Berne/Locarno	<ul style="list-style-type: none"> Personne de référence pour l'IG au sein de la SANTE SEXUELLE suisse : Organisation faitière suisse qui regroupe les centres de consultation et de formation pour la santé sexuelle, ainsi que les associations professionnelles de ces domaines.
Wirz Christiane	Cabinet privé et Hôpital Riviera- Chablais	Spécialiste FMH Gynécologie- Obstétrique	Aigle	<ul style="list-style-type: none"> Médecin fortement impliquée dans la pratique des IG.

^a La pratique professionnelle du Dr Huldi ainsi que l'organisation du groupe de travail en journée ne lui ont finalement pas permis de participer.

4.3 Responsabilités des parties prenantes

Le tableau 2 présente les étapes clés et la répartition des tâches pour les différentes parties prenantes à l'étude.

Les membres du groupe de travail se sont engagés à observer la stricte confidentialité des débats. Ils se sont également engagés à ne pas transmettre à des tiers des informations ou des documents relevant du processus d'analyse de la situation et des options de travail comme, par exemple, les versions préliminaires du rapport.

Tableau 2 **Étapes clés et responsabilités des parties prenantes**

Tâches	SSP	IUMSP/CEESAN	Groupe de travail
Attribuer le mandat	x		
Suivre le mandat, s'assurer du respect des délais	x	x	
Présenter le contexte et les enjeux		x	
Recherche de littérature		x	
Analyse de la situation et définition des thèmes		x	
Déterminer les pratiques exemplaires pour améliorer la prise en charge de l'IG			x
Déterminer les pratiques exemplaires pour améliorer la surveillance des IG			x
Animation du GT		x	
Synthèse des séances		x	
Restitution des séances au GT		x	
Validation des bonnes pratiques			x
Rapport préliminaire et restitution orale au SSP		x	
Rapport final		x	

4.4 Conduite du groupe de travail

L'animation du groupe de travail était assurée par l'équipe de l'IUMSP, qui lui a proposé une analyse de la situation, la méthode et des options de travail ainsi que les documents à discuter relatifs aux différentes thématiques à traiter en priorité (cf. Figure 2).

Tout travail effectué entre les séances a ensuite été envoyé à l'ensemble du groupe. Les pratiques exemplaires pour les interruptions de grossesse ont été définies en adoptant un processus itératif. Ce processus a comporté les étapes suivantes :

1. Préparation de la première séance du groupe de travail, sur la base de la littérature (littérature scientifique, directives d'autres autorités et des organisations nationales et internationales) ainsi que des échanges avec les informateurs/informatrices-clé.
 - Développement par l'équipe de l'IUMSP des "Constats et propositions" (v1) en lien avec les différentes thématiques identifiées autour de la pratique de l'IG dans le canton.
 - Envoi des "Constats et propositions" (v1) au groupe d'expert-e-s en vue de la première séance du GT.
2. Première séance du groupe d'expert-e-s tenue le 17 mars 2017, d'une durée de 3 heures : débat des "Constats et propositions" (v1).
3. Modification du document des "Constats et propositions" (v1) sur la base du consensus obtenu oralement lors de la 1^{ère} séance.
 - Envoi par e-mail aux experte-es pour validation de la version des "Constats et propositions" modifiées selon le consensus du groupe (v2).
 - Modifications des "Constats et propositions" (v2) sur la base des retours des expert-e-s.
 - Développement par l'équipe de l'IUMSP d'un document reprenant l'ensemble des propositions ainsi que les avis des expert-e-s et incorporant une synthèse des différentes options de changement de pratique possibles : « Propositions et Avis des expert-e-s ».
4. Deuxième séance du groupe de travail tenue le 9 mai 2017, d'une durée de 3 heures : discussion du document "Propositions et Avis des expert-e-s " :
 - Discussion de l'implication des résultats pour la définition des pratiques ;
 - Evaluation des options proposées selon différents critères (pertinence, faisabilité) ;
 - Discussion des recommandations à mettre en exergue.
5. Modification du document « Propositions et Avis des expert-e-s » sur la base du consensus obtenu oralement lors de la 2^{ème} séance.

- Envoi par mail aux experts pour validation des " Propositions et Avis des experts " ainsi que des recommandations principales modifiées selon le consensus de la 2^{ème} séance.
6. Préparation du rapport préliminaire à destination du médecin cantonal.
 7. Soumission du rapport préliminaire au médecin cantonal ; présentation orale et débat (11 Juillet 2017).
 - Le cas échéant, des modifications seront apportées en consultation avec les membres du GT concernés.
 8. Troisième séance du groupe de travail : cette séance était prévue pour discuter du document après introduction des résultats de la consultation avec le médecin cantonal et pour le valider comme proposition de pratiques exemplaires à proposer aux responsables du canton. La dernière séance a finalement été remplacée par une consultation écrite. La version finale du rapport a été envoyée aux expert-e-s fin juillet 2017 pour validation finale (délai de réponse à fin août).
 9. Remise du rapport final au médecin cantonal (septembre 2017). Il servira de base à l'établissement de nouvelles directives cantonales.

5 Constats

Notre démarche méthodologique consiste en une analyse de la situation actuelle, déconstruite en une série de constats. Nous avons effectué une recherche de la littérature internationale, du cadre légal et réglementaire, des pratiques des autres cantons ainsi que des synthèses et guidelines publiés dans d'autres pays afin d'identifier les pratiques considérées comme exemplaires. Cette approche nous permet de questionner les fondements des pratiques courantes : sont-elles soutenues par des preuves scientifiques ? Quels sont leurs buts ? Contribuent-elles à l'efficacité du système dans son ensemble ? Correspondent-elles aux besoins des femmes ?

Les questions posées nous ont conduits à proposer différentes options de changements possibles et à émettre des hypothèses concernant leur(s) impact(s) éventuel(s) ainsi que leurs avantages et inconvénients. Ces options sont celles qui sont **hypothétiquement** possibles ; la faisabilité et la pertinence de chacune est variable et dépend du contexte et de la perspective des différentes parties prenantes. Elles doivent donc être discutées en profondeur.

La figure 2 montre les différentes étapes pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud, chacune d'entre elles abordant plusieurs thèmes. Ces étapes ont servi de fil rouge pour la discussion avec le groupe de travail. Dans un souci d'efficacité, les thèmes faisant l'objet de consensus tant au niveau Suisse qu'international ou jugés non prioritaires pour notre réflexion n'ont pas été traités lors de ce travail. Pour chacun des thèmes considérés, nous avons tout d'abord présenté au groupe de travail des constats issus de la revue de littérature, y compris les études effectuées par l'IUMSP. En découlaient alors des questions pour lesquelles nous présentions différentes propositions, non mutuellement exclusives.

Le but était de connaître la résonance de notre analyse et des différentes propositions étayées auprès des expert-e-s invité-e-s à participer au groupe de travail.

Chaque thème identifié a été formulé sous forme de question. Ce chapitre propose de présenter ces questions avec les constats qui ont pu être établis à ce sujet (synthèse de l'évidence accompagnée des compléments d'informations : sources bibliographiques et statistiques).

Figure 2 Les différentes étapes pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud

1) Accès à l'information sur l'IG pour :

- les femmes / les couples
- les gynécologues et médecins généralistes

2) Première étape :

- Les professionnel-le-s autorisé-e-s à pratiquer des IG
- Confirmation de la grossesse + datation
- Entretien approfondi avec le/la médecin et/ou un-e CSS
 - Repérage d'une potentielle ambivalence
 - Exploration d'absence de coercition
 - Information sur la possibilité de faire adopter l'enfant
 - Information sur les contraceptions existantes
 - Conseils et informations sur les risques de l'intervention
 - Information sur les méthodes pour l'IG (médicamenteuse et chirurgicale)
- Anamnèse sexuelle : problématique du VIH et des autres IST
- Délai de réflexion adapté au besoin de la femme
- Présence du géniteur et prise en compte de ses besoins*
- Prise en charge financière

3) Deuxième étape :

- Formulaire de demande d'IG signé par la femme (attestation de l'entretien) *
- Facteur rhésus et antigène (RhD)*
- Méthodes d'interruption possibles selon l'avancement de la grossesse et le choix de la femme :
 - IG médicamenteuse (IGm) :
 - ≤ 7 SA : à domicile
 - ≤ 9 SA : laissé à l'appréciation du médecin traitant
 - IG chirurgicale : à tout moment jusqu'à 12 SA*
 - IG médicamenteuse avec expulsion (≥12 SA=IG du 2nd trimestre)
- Formulaire de déclaration obligatoire

4) Troisième étape :

- Confirmation de grossesse interrompue pour l'IGm

IG : Interruption de grossesse.

CSS : Conseiller-ère-s en santé sexuelle et reproductive.

IGm : interruption de grossesse médicamenteuse.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

* Thèmes non traités par le groupe de travail (non prioritaires ou ne nécessitant pas de discussion ou prise de décision actuellement).

5.1 Accès à l'information sur l'IG pour les femmes/les couples, les gynécologues et médecins généralistes

Comment améliorer les connaissances sur les procédures disponibles (légal, médicales, et accompagnement psycho-social) et les différentes étapes d'une IG tant pour les femmes concernées que pour les médecins ?

Constats :

L'étude sur les pratiques et logiques institutionnelles vaudoises a montré que dans certains districts, il est plus difficile de se voir proposer la méthode médicamenteuse entre 7 et 9 semaines d'aménorrhée¹. Si la femme se trouve dans cette situation et qu'elle désire la méthode médicamenteuse, elle doit, si elle le peut et si elle est bien informée, aller au CHUV ou chez un-e gynécologue installé-e en cabinet qui acceptera de la recevoir. Les centres PROFA sont bien implantés dans le réseau et peuvent aider la femme à obtenir un rendez-vous. Encore faut-il que la femme connaisse cette possibilité.

Certains médecins pensent que les femmes mineures doivent bénéficier d'une autorisation parentale pour une interruption en cabinet ou autrement aller au CHUV, aux Services de Gynécologie-Obstétrique du Département femme-mère-enfant (Dfme). Or, une mineure de moins de 16 ans, capable de discernement, n'a pas l'obligation légale d'informer ses parents ou autres détenteurs/détentrices de l'autorité parentale concernant sa démarche pour une interruption de grossesse. Il est en revanche obligatoire qu'elle consulte une unité spécialisée pour mineures à savoir PROFA^b ou la DISA^c qui fait partie du Dfme. Ce Département fait également appel aux conseillères en santé sexuelle du Centre de santé sexuelle-planning familial du CHUV.

A Zürich, le Dr Seidenberg (médecin généraliste pratiquant en cabinet des IG médicamenteuses et chirurgicales) propose un site web détaillé sur les procédures pour une IG dans son cabinet en plusieurs langues (<http://www.seidenberg.ch/pages/abtreibung.php>).

Même si les statistiques concernant la durée de grossesse des interruptions pratiquées dans le canton de Vaud indiquent dans l'ensemble un bon accès à l'intervention (les $\frac{3}{4}$ sont réalisées dans les 9 premières semaines de grossesse), certaines femmes, par exemple celles qui n'ont pas de gynécologue, peuvent se retrouver à faire de nombreux téléphones avant d'obtenir un rendez-vous¹. Ceci peut avoir comme conséquence qu'elles n'aient plus accès à la méthode médicamenteuse ou doivent se rabattre sur un établissement de santé alors que cela n'était pas leur premier choix.

^b Profa : Fondation reconnue d'utilité publique par l'Etat de Vaud. Offre des prestations en matière de santé sexuelle, de grossesse, de sexualité, de relations de couple, une aide à ceux et celles qui ont subi des infractions d'ordre physique, sexuel ou psychique.

^c DISA : Division Interdisciplinaire de Santé des Adolescents, CHUV.

A Londres (NHS abortion services + 2 organisations volontaires), une ligne téléphonique unique dédiée aux renseignements et à la prise de rendez-vous pour une IG a été mise en place. Cette ligne est destinée aux clientes soit directement, soit via leur médecin généraliste, les cliniques de planning familial, les *Brook clinics* et les *genitourinary medicine clinics* (cliniques de vénérologie).³

5.2 Première étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud

5.2.1 Les professionnel-le-s autorisé-e-s à pratiquer des IG

Quel-le-s professionnel-le-s pourraient être autorisé-e-s à pratiquer des interruptions de grossesse médicamenteuses (IGm) pour améliorer l'accès à l'IG?

Constats :

En Suisse, l'interruption de grossesse est régie par les articles 119 et 120 du CP qui ne font pas de distinction entre gynécologues-obstétriciens et autres spécialistes (Annexe 8.2). Chaque canton applique le code pénal par le biais d'une directive cantonale qui lui est propre. Dans le canton de Vaud, suivant la directive, l'IG est pratiquée seulement par des gynécologues-obstétricien-ne-s (Annexe 8.3).

Certains hôpitaux régionaux ne prennent pas en charge les mineures et les renvoient vers le CHUV à Lausanne alors qu'ils pourraient faire appel aux services de la fondation PROFA située dans leur district¹. Cela a pour conséquence de compliquer le processus de prise en charge de l'IG et d'obliger les adolescentes à consulter différentes structures se situant à différents endroits du canton.

En France, les généralistes ayant signé une convention avec un établissement de santé peuvent pratiquer l'IGm en cabinet et représentent environ 4-5% des IGm⁴. Ce rapport de la Haute autorité de santé française précise qu'une échographie doit être possible. Les médecins des Centres de planification et d'éducation familiale sont autorisés à pratiquer des IGm. De plus, selon un décret de juin 2016, les sages-femmes y sont aussi habilitées⁵. « *Seuls les médecins qualifiés en gynécologie médicale ou obstétrique et les médecins généralistes (ou les sages-femmes) pouvant justifier d'une pratique régulière des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé sont habilités à pratiquer ces interventions. Le médecin doit avoir signé une convention avec un établissement de santé qui accueillera la patiente au cas où cela serait nécessaire* ». Article 18-IVG (article R.4127-18 du code de la santé publique de la République française).

Aux USA et selon l'*American College of Obstetricians et Gynecologists*⁶, certains états (non précisés) permettent au personnel infirmier et sages-femmes avancés de procéder à des IGm. Dans les autres états, un médecin est requis (spécialité non précisée).

5.2.2 Confirmation de la grossesse et datation : cas particulier de l'IG médicamenteuse

Faut-il systématiquement réaliser une échographie de routine avant une IG médicamenteuse afin de dater la grossesse et d'exclure la possibilité d'une grossesse extra-utérine ?

Constats :

L'échographie est effectuée en routine en Suisse. En effet, dans « l'avis d'experts n°15 » édicté par la SSGO en 2008, l'échographie pré-IGm y est clairement mentionnée mais pas l'examen gynécologique.⁷ (Annexe 8.4). En revanche, aucune mention de la part des directives cantonales disponibles en ligne de BE, FR, GE, GR, JU, SO, SG, TG, UR, VS, VD, ZH ou dans le code pénal.

Or, selon une étude de 2011 de Kulier et al. [4], il n'y a pas de preuve ni de réponse polarisée par rapport aux bénéfiques de l'échographie pré-IGm en ce qui concerne la datation de la grossesse, l'exclusion d'une grossesse extra utérine (GEU) ou encore l'exclusion de malformation utérine⁸. Des recommandations françaises⁹ et des directives de l'OMS¹⁰ mentionnent encore que la pratique de l'échographie doit être encouragée mais n'est pas indispensable si la chronologie des événements est connue et un examen gynécologique par un-e professionnel-le est possible. Dans ce cas, la datation de la grossesse peut se faire de manière suffisamment fiable avec la date des dernières règles ainsi qu'un examen gynécologique^{9, 11}. Cela est encore corroboré par une autre étude aux USA de 2016 qui démontre que si la date des dernières règles est connue, qu'un examen gynécologique fiable est fait et qu'il n'y a pas de symptômes évocateurs ou de facteurs de risque (douleurs unilatérales, saignements vaginaux, antécédents infectieux par *C. trachomatis*, chirurgie tubaire, tabac, âge élevé) ou d'antécédents de GEU, alors on peut se passer de l'examen échographique⁶.

Les guidelines britanniques ne recommandent pas d'échographie pré-IGm sauf si la patiente n'est pas certaine de la date des dernières menstruations ou de difficultés à l'examen clinique (utérus difficilement palpable, obésité, etc.)¹². Une revue de littérature de 2004 montre que l'échographie n'est pas 100% sensible avec encore 0.02% de GEU non-détectée par l'examen échographique¹³. Elle conclut encore qu'il n'y a pas, jusqu'à preuve du contraire, d'évidence suggérant que l'IGm mène à des complications extraordinaires de GEU chez ces femmes ayant une GEU non-détectée par échographie.

5.2.3 Entretien approfondi avec le/la médecin et/ou un-e conseiller-e en santé sexuelle

Un entretien psycho-social approfondi avant l'intervention, tel que défini par les conseiller-e-s en santé sexuelle (CSS), est-il nécessaire pour toutes les femmes ?

Constats :

La littérature montre que la majorité des femmes sont certaines de leur décision d'interrompre leur grossesse lorsqu'elles se présentent à un médecin ou dans un établissement de santé^{3, 14-17}. Ces femmes vivent mal le fait de devoir reporter l'IG, qui est vécu non seulement comme un traumatisme, mais entraîne également des IG plus tardives. Cependant, elles sont en demande de renseignements et d'une orientation rapide vers une intervention³.

Dans une étude londonienne, Kumar et al. ont également mis en évidence que le rôle du conseiller-e n'apparaît pas clair pour certaines femmes qui perçoivent ce rendez-vous de manière suspicieuse, comme une tentative de leur faire changer d'avis ou de remettre en question leur décision. Pourtant, la plupart des femmes ne sont pas opposées à ces services de conseils si elles sentent que leur décision sera respectée. Le service de conseil apparaît important pour un petit groupe de femmes qui n'ont pas pu partager leur situation avec des amis ou la famille. Cela représente la seule opportunité pour discuter de leur décision de faire une IG³.

La plupart des femmes ont visité leur médecin de famille pour obtenir de l'information et être orientées pour une IG. Elles s'attendaient à ce que leur médecin les soutienne dans leur décision de faire une IG mais pas qu'il soit impliqué dans le processus de prise de décision³.

Une très petite minorité de femmes ne sont pas certaines de leur décision et pourraient bénéficier d'une prise en charge particulière. Ralph et al. propose le Taft-Baker Scale (TBF) comme outil de screening afin de les identifier¹⁸.

Les ressources en counselling devraient être utilisées pour cibler les femmes en réel besoin et non pour être proposées ou imposées à toutes les femmes en demande d'une IG³.

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* recommande que les femmes qui sont certaines de leur décision concernant l'IG ne devraient pas être soumises à un counseling obligatoire¹⁹.

En France, suite à la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, l'entretien psychosocial devient facultatif, sauf pour les mineures. « Il est cependant systématiquement proposé comme un temps d'écoute et de parole pour les femmes qui en ont besoin ». Il est peu demandé par les femmes²⁰.

Dans une étude belge parue en 2013, Vandamme et al. ont étudié les points de vue et ressentis de 1000 femmes concernant l'entretien pré-IG. Si les femmes tendaient à avoir une perception négative et étaient hésitantes avant l'entretien, la très grande majorité était très satisfaite au final et a pu aborder les thèmes qu'elles souhaitaient discuter en priorité.

5.2.4 Anamnèse sexuelle : problématique du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles

Le VIH et d'autres IST doivent-ils être systématiquement abordés chez les femmes recourant à l'IG ?

Constats :

Les guidelines britanniques recommandent de rechercher systématiquement l'infection à *C. trachomatis* et de soumettre les patientes à un questionnaire évaluant les risques en rapport avec le VIH, la gonorrhée ou encore la syphilis. En cas de risque important, des examens de dépistage sont alors prescrits¹².

L'OMS ne recommande pas de dépistage systématique des IST lors d'une demande d'IG mais qu'il y ait une discussion pour sensibiliser aux IST. De plus, un dépistage du VIH doit pouvoir être proposé sur place ou alors la patiente doit pouvoir être facilement orientée vers un tel dépistage en cas de doute¹⁰.

La Haute Autorité de Santé française a réévalué la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France en mars 2017. Elle recommande qu'un test de dépistage du VIH soit systématiquement proposé dans les cas d'interruptions volontaires de grossesse²¹.

5.2.5 Un délai de réflexion adapté au besoin de la femme

Est-il nécessaire d'imposer un délai de réflexion à la femme ?

Constats :

L'avis d'experts N°15 de la SSGO, en date de 2008, recommande « un délai de réflexion raisonnable » une fois que la patiente a opté pour une IG médicamenteuse⁷. Ce délai est uniquement mentionné dans cet avis d'experts mais n'apparaît ni dans le code pénal, ni dans la directive cantonale. Le manque de précision sur la durée (« raisonnable ») laisse la longueur et le caractère du délai à l'appréciation du médecin. Ceci constitue une source d'inégalité possible.

En 2016, Ralph et al. ont montré que le niveau d'incertitude concernant la prise de décision vis à vis d'une IG n'est pas différent - voir plus faible - que pour d'autres décisions liées à la santé en général (ex. : mastectomie préventive après un cancer du sein). Ce résultat s'oppose au discours suggérant que la prise de décision de faire une IG est un fait exceptionnel et que, de ce fait, il requiert une protection supplémentaire de la femme en lui imposant (parfois par la loi) un temps de réflexion, en exigeant un formulaire d'information et une visualisation par ultra sons¹⁸.

Les femmes peuvent reconnaître que leur décision de faire une IG était une décision difficile à prendre et simultanément qu'elles sont certaines que cette décision était juste pour elles^{18, 22}.

5.2.6 Prise en charge financière

Comment faciliter l'accès à l'IG pour les femmes n'ayant pas les moyens de la payer ?

Constats :

En Suisse, les coûts liés à l'IG sont pris en charge par les caisses-maladie, dans le cadre de la LAMal. Il reste tout de même à prendre en compte la franchise et la quote-part. Dans les faits, la plupart des femmes payent donc de leur poche l'intervention. Au cas par cas, le service social du CHUV, par le biais de recours à des fondations ou/et par des échelonnements des paiements, peut apporter une aide financière après évaluation de la situation.

En sus du coût de l'IG, le cas des mineures relève également le problème de la confidentialité de l'intervention par rapport aux parents ou détenteurs/détentrices de l'autorité parentale. Dans ce cas, la facture ne peut être envoyée à l'assurance. Rappelons que, dans le canton de Vaud, 47 femmes âgées de moins de 18 ans, dont 6 âgées de moins de 16 ans, étaient concernées par une IG en 2015²³. Partant de l'évaluation du coût des IG en Suisse romande par Perrin et al. en 2011²⁴ et de la répartition des femmes de moins de 18 ans par lieu de l'IG en 2015²³, le coût moyen du financement de ces IG se situerait autour des 65'000.- par an^d. Rappelons que la problématique de la confidentialité concerne également les adultes, l'assurance étant tenue d'envoyer un décompte à la personne ayant contracté l'assurance.

En 2011, Collet et al. ont présenté un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IG en France. Il ressort en particulier que la prise en charge financière des IG pour les mineures est totale : «aucune demande de paiement et aucune identification de l'assurée ne doivent être possibles»²⁵.

^d Perrin et al. ont évalué le coût minimum, maximum et moyen pour une IG, par type d'établissement (cabinet privé, hôpitaux régionaux et hôpitaux universitaires). Nous avons calculé, pour le canton de Vaud, le nombre de femmes âgées de moins de 18 ans ayant eu une IG en 2015, par type d'établissement. Nous avons ainsi obtenu une estimation du coût minimum (30'000.-), maximum (145'000.-) et moyen (65'000.-) qui reviendrait à la charge du canton si ce dernier prenait en charge les IG pour les mineures de moins de 18 ans.

5.3 Deuxième étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud

5.3.1 Interruption de grossesse médicamenteuse

Peut-on recommander l'interruption de grossesse médicamenteuse jusqu'à 9 SA (au lieu des 7 SA) ?

Constats :

En ce qui concerne l'IGM, l'avis d'expert édicté par la SSGO recommande de la pratiquer jusqu'à 7 SA, voire 9 SA à l'appréciation du médecin⁷. Ces pratiques, datant de bientôt 10 ans, ne sont plus en phase avec les recommandations plus récentes d'autres institutions nationales ou supranationales. Rappelons également que Swissmedic recommande actuellement la prise de Mifégyne jusqu'à 7SA.

L'OMS¹⁰, les guidelines britanniques (RCOG)¹² et états-uniens (ACOG)⁶, ainsi que des recommandations françaises pour la pratique clinique de 2016⁹, recommandent l'IGM jusqu'à 9SA mais avec une posologie différente en fonction du nombre de semaines d'aménorrhée (<7 ou <9 SA).

- SSGO (2008)⁷ : jusqu'à 7 voire 9 SA : mifépristone 600mg po, après 36-48h misoprostol 400ug po/sl/bu/va.
- OMS (2012) :
 - jusqu'à 7 SA : mifépristone 200mg, après 24-48h misoprostol 800ug va/sl/bu ou 400mg po.
 - 7 à 9 SA : mifépristone 200mg, après 24-48h misoprostol 800ug va/sl/bu.
- Recommandations françaises pour la pratique clinique de 2016 :
 - jusqu'à 7 SA : 200mg mifépristone po. et après 24-48 heures 400ug misoprostol po/sl/bu/va., éventuellement renouvelé après 3h (NP1, grade A).
 - 7 à 9 SA : 200mg mifépristone po. et après 24-48 heures 800ug misoprostol va/bu/sl éventuellement complétée d'une dose de 400ug au bout de 3 à 4 heures (grade A) avec un taux de succès >98 % (NP1). Entre 7 et 9 SA, il ne semble pas nécessaire de répéter systématiquement les doses de misoprostol, alors qu'au-delà de 9 SA, cette répétition est recommandée (grade B).
 - 9 à 12 SA : mifépristone 200mg po. et après 24-48 heures de 800ug de misoprostol va/bu/sl. Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400mg, administrées toutes les 3h va/bu/sl, jusqu'à l'expulsion (NP2, grade B).

Peut-on recommander l'interruption de grossesse médicamenteuse à domicile jusqu'à 9 SA ?

Constats :

En Suisse, la SSGO recommande de donner des comprimés de misoprostol en vue de les prendre à domicile dans le cas d'IGm <7 SA et si la situation le permet⁷.

Les recommandations de l'OMS permettent la prise de misoprostol à la maison (y compris <9 SA), une option sûre selon cet article¹⁰. En 2011, selon la RCOG, il est interdit en Grande-Bretagne de prendre la misoprostol à domicile, bien que ces mêmes guidelines soulignent les preuves d'études d'autres pays démontrant que la procédure est sûre¹². En revanche, aux USA, l'ACOG approuve la prise de misoprostol à domicile⁶. En 2010, la Haute autorité de santé française (HAS) estime que la patiente peut prendre le misoprostol à domicile pour autant qu'elle en soit à moins de 7 SA et qu'elle se trouve à moins d'1h de trajet d'un établissement de santé référent en cas de complication de l'IGm⁴. D'après la HAS, la limite de 7 SA se justifie car les douleurs sont plus importantes aux âges gestationnels plus avancés.

Une étude suédoise, menée par Kopp et al. en 2010, montre que l'IGm avec prise vaginale de misoprostol à domicile jusqu'à 9 SA est sûre et bien acceptée par les femmes²⁶.

5.3.2 Interruptions de grossesse du 2nd trimestre (≥12 SA)

La non-prise en charge pour une IG du 2nd trimestre auprès de plusieurs établissements est-elle dommageable pour la patiente ? Comment améliorer et assurer sur le long terme la prise en charge des IG du 2nd trimestre sur le canton de Vaud ?

Constats :

Dans le canton de Vaud, la proportion d'IG supérieures à 12 SA était de 7% en 2015²³ (N=98). Aucune clinique et très peu d'hôpitaux régionaux semblent pratiquer des interruptions du 2nd trimestre pour raisons dites psycho-sociales (supérieures à 12 SA). La patiente est alors renvoyée systématiquement vers le CHUV. L'hôpital d'Aigle est également connu pour sa pratique des interruptions du 2nd trimestre.¹

En tant que centre universitaire et établissement réalisant le plus d'IG sur le canton de Vaud, le CHUV est à la pointe des derniers développements de prise en charge des IG. Le CHUV réunit, une fois par semaine, un collège de professionnel-le-s multidisciplinaire (conseiller-e-s en santé sexuelle, sages-femmes, infirmier-e-s cadres, aumônier-e, accompagnant-e spirituelle, psychiatre, assistant-e social-e, médecins, assistant-e administrative) afin de discuter des cas les plus complexes.

En 2009, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en France a montré une situation similaire à celle du canton de Vaud²⁰. Tous les établissements ne prennent pas en charge les IG du 2nd trimestre (12 à 14 SA). Les femmes sont alors réorientées vers un autre établissement hospitalier, au risque de concentrer la charge des interventions considérées comme les plus délicates sur le même établissement.

5.3.3 Formulaire de déclaration obligatoire

Comment faire en sorte que le formulaire soit systématiquement rempli, et ceci, de manière adéquate ?

Constats :

On observe quelques données manquantes dans le formulaire de déclaration obligatoire (Annexe 8.5).

Certain-e-s professionnel-le-s ont relevé des difficultés d'interprétation de l'indicateur « méthodes d'intervention ». Par exemple, en cas d'échec de la méthode médicamenteuse, une intervention chirurgicale doit s'en suivre. Que coche alors le praticien, « méthode médicale (RU 486)» comme cela était prévu à l'origine ou « méthode chirurgicale » comme cela s'est finalement terminé ? Les gynécologues interviewé-e-s semblent majoritairement cocher la méthode médicale dans ce cas.

Dans les cas d'interruptions du 2nd trimestre, les médecins se trouvent également parfois démuni-e-s concernant ce même item. Certains praticiens cochent interruption chirurgicale pour des interruptions du 2nd trimestre (supérieures à 12 SA) lorsque la femme se trouve en salle d'opération pour l'intervention alors qu'il n'y a pas toujours une évacuation chirurgicale de l'utérus mais expulsion, comme lors de l'IGm jusqu'à 9 SA.

5.4 Troisième étape : confirmation de grossesse interrompue pour l'IG médicamenteuse

Une échographie est recommandée après une IG médicamenteuse afin de vérifier que la femme ne soit plus enceinte. Quelles alternatives pourraient être recommandées, à qui et dans quelles circonstances ?

Constats :

En Suisse, une échographie post-IGm est effectuée dans le cadre d'une IG médicamenteuse⁷. Les professionnel-le-s concerné-e-s relèvent que les femmes ne reviennent pas toujours pour un dernier contrôle.

Selon des recommandations de 2016 pour la pratique clinique en France, l'examen échographique post-IGm doit être laissé à l'appréciation des équipes. Un dosage du hCG sérique après 2 semaines, en plus d'un interrogatoire seul ou avec un examen clinique, peut être une alternative.⁹

L'OMS conclut qu'il n'y a pas de suivi clinique obligatoire si les suites sont considérées comme simples mais qu'il est dans ce cas important « d'informer les femmes sur les symptômes de poursuite de la grossesse et d'autres signaux d'alerte, comme des saignements importants

prolongés ou de la fièvre, qui doivent les faire revenir pour un contrôle si jamais elles sont concernées »¹⁰.

Des études récentes démontrent qu'il est possible et fiable de constater la fin de la grossesse après une IGM en utilisant un test hCG urinaire semi-quantitatif^{27, 28}, voire même un test dit à faible sensibilité^{29, 30}. Une de ces études montre en effet une sensibilité de 100% à détecter les grossesses se poursuivant à 3, 7 et 14 jours (spécificité respectivement 63.9, 90.4 et 97.1%)²⁷. Une autre étude, impliquant un groupe test avec test urinaire à domicile contre un groupe contrôle avec ultrason et visite médicale, montre un taux de poursuite de grossesse de 0.7% dans le groupe test (contre 0% dans le groupe contrôle)²⁸. Dans ces études, un suivi par téléphone a tout de même été fait.

En 2010, la Haute Autorité de Santé française notait l'importance d'insister sur la nécessité de la visite de contrôle pour vérifier la vacuité utérine, 14 à 21 jours après l'IG⁴. Cela comporte au minimum un examen clinique et le recours facile au dosage du hCG sérique ou bien à l'échographie.

Selon le Dr Seidenberg, il n'y a pas de critères clairs et basés sur des preuves concernant le moment de l'examen de contrôle²⁹. Un test de hCG urinaire à faible sensibilité <1'000 UI/mL (Check-ToP) après 2 semaines confirmerait le succès de l'IGm. Selon lui, il n'y aurait pas besoin de confirmation de contrôle sauf en cas de saignements peu abondants ou au contraire très intenses, d'un Check-ToP positif, de persistance des symptômes de grossesse après 5 semaines, d'une température supérieure à 38.5°C ou encore de douleurs pelviennes persistantes.

6 Propositions et avis des experts

Dans un second temps, des options de changements possibles en lien avec les constats ont été proposées pour discussion au groupe de travail. Pour chaque option, les implications pour la pratique étaient indiquées, accompagnées des arguments qui peuvent être avancés en faveur de, ou bien contre, un tel changement. L'outil ainsi développé a permis de soumettre au groupe de travail une vision de l'ensemble des éléments pertinents.

6.1 Accès à l'information sur l'IG pour les femmes/les couples, les gynécologues et médecins généralistes

Comment améliorer les connaissances sur les procédures disponibles (légal, médicales, et l'accompagnement psycho-social) et les différentes étapes d'une IG tant pour les femmes concernées que pour les médecins ?

Proposition 1 : Création d'un site web exhaustif, comportant un onglet destiné aux professionnel-le-s et un tout public, sous la responsabilité du DSAS^e, dédié à l'IG sur le canton de Vaud comprenant :

- les documents essentiels : le Code pénal suisse en matière d'IG ; les directives cantonales relatives à l'IG ; la brochure d'information générale (avec les coordonnées des lieux où la femme peut demander une IG et recevoir des conseils) ; le formulaire de déclaration obligatoire avec la feuille d'attestation de l'entretien ;
- un rappel de la prise en charge particulière pour les mineures de moins de 16 ans ;
- l'avis d'expert de la SSGO sur l'utilisation de la Mifépristone pour l'IG au premier trimestre (en cours d'actualisation) ;
- la mise à disposition d'un exemple de protocole de prise en charge pour les IGm à domicile pour les professionnel-le-s ;
- l'organigramme pour l'entretien de conseil avant une IG³¹ (Steiner-König, 2003) ;
- Le guide pratique d'entretiens de planning familial³² (Méan et Wyss, 2006) ;
- une description des différentes étapes et rendez-vous nécessaires pour une IG (ex. : site du LISI du CHUV^f) ;

Avis des experts :

L'ensemble des expert-e-s se rallie à l'idée d'avoir à disposition un site web cantonal dévolu à la question de l'IG (proposition 1).

Les expert-e-s s'accordent à dire qu'un site web est une nécessité de nos jours. Ils soulignent que les nouvelles générations commencent par chercher de l'information sur internet. Cela favoriserait l'accès à l'information sur le code pénal et les procédures pour les IG. Ce site devra être optimisé pour la consultation sur les appareils mobiles (Iphone et tablette).

L'information à délivrer étant importante et propre à chaque canton, un site web au niveau cantonal sera préféré à un site web au niveau fédéral. SANTE SEXUELLE suisse pourrait alors référencer sur son propre site les sites web officiels existants. SANTE SEXUELLE suisse mentionne que cela serait tout à fait réalisable.

Le site web devrait également mentionner qu'il existe des solutions si la personne a des difficultés financières (« L'argent ne doit pas être une barrière »). Actuellement, il n'existe aucune solution administrative accessible à toutes les femmes concernées. La mise en place de solutions cantonales ou nationales serait nécessaire, comme par exemple un fonds inter-assurances pour les femmes assurées qui demandent la

^e DSAS : Département de la Santé et de l'Action Sociale.

^f LISI : Lieu d'informations et de soins relatifs à l'interruption de grossesse. http://www.chuv.ch/dfme/dfme_home/dfme-femme-mere/dfme-consultations/dfme-medecine-psycho-sociale/dfme-consultation-interruption-grossesse.htm

- une description des méthodes d'IG existantes selon les semaines d'aménorrhée (SA) ;
- alternatives à l'IG : procédure pour l'adoption ; accouchement confidentiel.
- les rapports annuels des statistiques des IG du canton de Vaud et de l'OFS.

Pro 1 : • faciliterait l'accès à l'information.

Limite 1 : • sa faisabilité dépend de la possibilité à trouver une ou des organisations capables de mettre en œuvre/financer le site.

Proposition 2 : Mise en place d'une ligne téléphonique dédiée à l'IG en partenariat avec SANTE SEXUELLE suisse.

Pro 2 : • faciliterait la prise de rendez-vous et un accès plus rapide à un-e médecin.

Limite 2 : • sa faisabilité dépend de la possibilité à trouver une ou des organisations capables de mettre en œuvre et de financer le poste de la personne formée répondant à la permanence téléphonique.

confidentialité et une possibilité de financement au niveau fédéral pour les personnes sans assurance.

Le fonds spécifique de SANTE SEXUELLE suisse pour les IG ne semble pas connu de l'ensemble des expert-e-s qui recommandent de mentionner ce fonds uniquement sous l'onglet destiné aux médecins. Les femmes n'ont en effet pas la possibilité de s'adresser directement au fonds. Elles peuvent passer par le biais d'un centre de santé sexuelle ou par un-e médecin membre de l'APAC Suisse. La limite par cas est de CHF 1000.-

Les expert-e-s sont partagé-e-s sur l'utilité d'une ligne téléphonique cantonale mais concèdent que sa mise en place pourrait être un atout supplémentaire (proposition 2).

Les expert-e-s reconnaissent que parfois, dans la pratique, la prise en charge ne peut pas être aussi rapide qu'ils le désiraient, par manque de personnels notamment. Malgré des échanges réguliers au niveau du réseau, entre les différents prestataires de soins, certaines femmes reçoivent alors les coordonnées d'un-e autre médecin à contacter, ce dernier n'ayant lui-même pas forcément la possibilité de dégager une plage horaire pour une urgence.

Certain-e-s expert-e-s sont d'avis qu'une ligne téléphonique pourrait être un facilitateur dans l'accès à l'IG mais d'autres remarquent que cette ligne pourrait avoir un coût important, qu'elle nécessite une personne formée pour donner des numéros de téléphone et qu'une page web le ferait tout aussi bien. Si la ligne n'est pas gérable au niveau national, elle devrait être organisée au niveau cantonal. Une experte fait remarquer que 13% des personnes en Suisse sont illettrées et que les IG peuvent également concerner les femmes ne parlant pas le français.

SANTE SEXUELLE suisse propose d'être un partenaire pour une association qui désirerait mettre en place une ligne téléphonique dédiées aux IG. PROFA pourrait être en charge de la gestion de cette ligne téléphonique sur le canton de Vaud. Cela n'a de sens que si cette ligne téléphonique fonctionne comme le BPAS (British Pregnancy Advisory Service) qui a la

possibilité de fixer directement le rendez-vous pour la femme et ne sert pas uniquement à lui donner un numéro de téléphone ou appeler.

La mise en place d'une ligne téléphonique nécessiterait de disposer de toutes les informations relatives aux IG sur Vaud (contacts des médecins, des hôpitaux...) ainsi que d'un secrétariat formé. Ce rôle pourrait être confié aux secrétaires réceptionnistes après formation et information sur toutes les ressources cantonales existantes.

Le financement de cette ligne téléphonique n'a pas été abordé. Il serait envisagé en fonction du nombre d'appels prévisibles.

6.2 Première étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud

6.2.1 Les professionnel-le-s autorisé-e-s à pratiquer des IG

Quel-le-s professionnel-le-s pourraient être autorisé-e-s à pratiquer des interruptions de grossesse médicamenteuses pour améliorer l'accès à l'IG?

Proposition 1 : Les généralistes vaudois pratiquent l'IGm.

Pros 1 :

- faciliterait l'accès au sens large à l'IGm : couverture géographique, accès plus rapide pour une IG.
- soulagerait l'emploi du temps des gynécologues voire de toute une structure hospitalière.
- offre la possibilité à PROFA de proposer une prise en charge complète, de l'entretien obligatoire à l'intervention en elle-même.

Limites 1 :

- demande de changer la directive cantonale VD, à voir avec le service juridique de la Santé publique.
- crée d'éventuels conflits entre gynécologues et généralistes.
- remet en question l'échographie pré-IG par un-e spécialiste voire de l'échographie pré-IG en soi. Il faut évaluer la mise sur pied d'un éventuel cours d'échographie pré-IG dédié +/- certification, selon expérience du/de la généraliste en la matière.
- Les médecins généralistes devraient être formés sur la pratique des IGm.

Avis des experts :

La proposition 1 concernant la pratique des IG par les médecins généralistes a fait l'unanimité.

D'emblée, l'ensemble des expert-e-s a approuvé la proposition d'autoriser les médecins généralistes à pratiquer des IG, étant entendu que les médecins généralistes devraient pouvoir être en mesure d'effectuer tous les examens nécessaires ou requis. Le groupe remarque que cette autorisation permettrait effectivement à PROFA de faire des IG.

Cette possibilité pourrait faciliter l'accès à l'IG en la rendant moins complexe. En effet, cela pourrait permettre a priori de prendre en charge des grossesses à un stade plus précoce, d'augmenter le nombre de prestataires ainsi que la couverture géographique.

Dans le cas où les médecins généralistes seraient autorisés à pratiquer des IG, les femmes auraient plus de choix pour le praticien.

Deux experts relèvent qu'il ne faudrait toutefois pas avoir trop d'attente sur la prise en charge des IG par les médecins généralistes. Il se peut que ces derniers soient peu enclins a priori à pratiquer des IG car ils/elles ont déjà une importante charge de travail par ailleurs.

Certain-e-s expert-e-s ont le souci que les femmes ne pâtissent pas d'être prise en charge par des médecins généralistes car, selon eux, elles pourraient être moins bien prises en charge. Les médecins devront être très motivés et formés. D'autres avancent que certains médecins généralistes se mobiliseraient sur la question des IG, même s'ils semblent peu nombreux a

priori. Chaque médecin aurait la liberté de pratiquer des IG ou non. De ce fait, seuls les médecins ayant réellement envie de pouvoir pratiquer des IG se formeraient afin de pouvoir le proposer à leurs patientes.

La nouvelle génération de spécialistes FMH en gynécologie-obstétrique a une formation plus ciblée sur la gynécologie-obstétrique médicale et moins sur la chirurgicale. De ce fait, les expert-e-s espèrent que ces nouveaux spécialistes développeront d'autres compétences et seront mieux formé-e-s pour la prise en charge des IG.

La question est posée de la formation des médecins généralistes. Qui va les former ? Une nouvelle formation doit être créée et mise en place.

Un effet non souhaité potentiel a été mentionné : les gynécologues pourraient se reposer sur les médecins généralistes et ne plus proposer de pratiquer des IG. Cet effet devrait être modéré au vu de la nouvelle formation des spécialistes en gynécologie-obstétrique.

Proposition 2 : Des gynécologues pratiquent l'IGm dans les centres PROFA.

Pros 2 :

- permet de profiter de l'expertise des collaboratrices et collaborateurs de PROFA en matière de conseil et de prise en charge globale en santé sexuelle.
- permet un accès facilité au sens large pour toutes les femmes et particulièrement pour les mineures de moins de 16 ans qui pourront être prises en charge dans une seule structure, de l'entretien obligatoire à l'intervention en elle-même.

Limites 2 :

- augmente les coûts de la prise en charge : les coûts d'un-e gynécologue par rapport à un-e généraliste seraient plus importants pour PROFA.
- difficulté à recruter des gynécologues.

La proposition 2 concernant la pratique des IG par un gynécologue dans les centres PROFA n'a pas été débattue. Une autorisation aux médecins généralistes de pratiquer des IG permettrait effectivement à PROFA de faire des IG sans avoir à recruter des gynécologues dans les différentes régions d'implantation.

Proposition 3 : À l’instar du modèle français récemment modifié (06.2016), les sages-femmes pratiquent l’IGm.

Pros 3 :

- faciliterait l’accès au sens large à l’IGm.
- puisque les sages-femmes en libéral se déplacent au domicile des patientes : diminue le coût de la prise en charge d’une IGm tout en facilitant son accès
- soulagerait l’emploi du temps des gynécologues voire de toute une structure hospitalière.

Limites 3 :

- acceptabilité des sages-femmes inconnue car le corps suisse des sages-femmes n’a pas encore été consulté.
- demanderait de changer la directive cantonale VD, à voir avec le service juridique de la Santé publique.
- pourrait créer d’éventuels conflits entre sages-femmes et médecins.

La proposition 3 concernant la pratique des IG par des infirmières-sages-femmes n’a pas obtenu de décision claire. Le groupe d’experts penche vers la délégation par un médecin de cet acte médical.

Il a été relevé que la formation des sages-femmes en Suisse est différente de celle des françaises. En Suisse, la profession semble a priori uniquement centrée sur la naissance. Cela pourrait être difficile pour ce corps de métier de faire des IG.

Cependant, des expert-e-s soulignent que la pratique des IG par les sages-femmes serait bénéfique au CHUV qui intègre déjà ce corps de métier au LISI (une dizaine de SF). Elle faciliterait grandement l’organisation de la filière de soin au LISI dans laquelle les sages-femmes sont déjà fortement impliquées en simplifiant la procédure pour les femmes et en permettant une meilleure utilisation des ressources. Une mesure semblable pourrait être mise en place pour les infirmières et infirmiers afin de les autoriser à pratiquer des IG.

L’idée de la délégation médicale est amenée par deux experts : la pratique des IG par les sages-femmes ou les infirmières et infirmiers pourrait être un acte médical délégué par les médecins. Cette délégation pourrait s’opérer aussi bien auprès de sages-femmes exerçant au sein d’un établissement hospitalier qu’auprès de celles et ceux travaillant en libéral au même titre que les surveillances au cours de la grossesse ou au post-partum. La loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (Annexe 8.7) présente l’activité de la sage-femme et mentionne qu’elle consiste, entre autre, à « contribuer à l’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins, au développement de la profession et collaborer à des programmes de promotion de la santé publique ». Dans les Art. 48-49 elle mentionne aussi que l’activité de la sage-femme consiste à conseiller la future mère au cours de la grossesse, lui apporter les soins préventifs, assurer le suivi des grossesses physiologiques, dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l’état de la patiente en cas d’urgence.

Selon la position juridique, la délégation des IG à des sages-femmes n’est pas applicable pour les sages-femmes indépendantes (Incompatibilité avec le code pénal ; Défaut de couverture Responsabilité Civile ; Remboursement

LAMal incertain). Elle pourrait être envisageable dans un établissement hospitalier avec une délégation médicale en bonne et due forme.

Proposition 4 : Sur le modèle français, les assistant-e-s sociales/ infirmières des établissements scolaires sont autorisé-e-s à titre exceptionnel d'assurer l'entretien psychosocial obligatoire pour les mineures de moins de 16 ans.

Pros 4 : • faciliterait les démarches pour les mineures de moins de 16 ans et permettrait de mieux tenir compte des délais pour une IG, notamment l'IGm.

Limites 4 :

- compétences en la matière des assistant-e-s sociales/infirmières scolaires inconnues : leur formation leur permet-elle de réaliser ce type d'entretien en Suisse ?
- acceptabilité des mineures inconnue : la mineure ne souhaiterait peut-être pas qu'une personne de son établissement ait connaissance de sa situation.

Les expert-e-s sont unanimement opposé-e-s à la proposition 4 : les infirmières des établissements scolaires et les assistant-e-s sociales ne devraient pas assurer l'entretien psycho-social pour les mineures.

Les représentantes de PROFA précisent que leur service a déjà rencontré les infirmières scolaires. D'un commun accord, ces dernières emmènent la jeune fille chez PROFA ou à la DISA qui prend alors le relais dans la prise en charge.

Une limite a été relevée concernant la délivrance de la pilule d'urgence par les infirmières scolaires qui ne peuvent pas la remettre actuellement. Certaines jeunes filles ne sembleraient pas désirer que l'infirmière connaisse leur situation. De fait, la gestion de la question des IG par l'infirmière scolaire semble d'autant plus compromise. Cependant, les filles qui le souhaitent, ont bien évidemment la possibilité d'en parler aux professionnel-le-s de leur établissement scolaire qui les orientent ensuite vers PROFA ou la Disa.

Suite à la lecture de ce rapport, l'Office du Médecin cantonal a fait plusieurs propositions concernant les professionnel-le-s qui pourraient être autorisé-e-s à pratiquer des IG médicamenteuses :

- Dans le cadre du CHUV, les sages-femmes, mais également les infirmier-ère-s praticien-ne-s spécialisé-e-s, pourraient pratiquer des IGm. Il sera cependant nécessaire d'étudier la mise en œuvre, notamment sous l'angle de la délégation médicale ou de la prescription. Mme Mirela Caci Riedweg, Directrice médicale adjointe du CHUV devra être concertée.
- L'Office du Médecin cantonal ne voit pas d'inconvénient à autoriser les médecins de PROFA à pratiquer des IGm. Il reconnaît les compétences des médecins de PROFA comme spécialistes en santé sexuelle et reproductive et la valeur ajoutée du binôme médecin-conseiller-ères en santé sexuelle. De plus, PROFA dispose d'une masse critique de patientes permettant d'offrir cette prestation de soin en garantissant la qualité et la sécurité du service.

- L'autorisation de pratiquer des IGm pourrait être donnée aux médecins, spécifiquement formé-e-s, installé-e-s en cabinet de groupe ou rattaché-e-s à une équipe pluridisciplinaire (avec un-e gynécologue ou un établissement hospitalier). Le réseau ainsi formé constituerait un centre cantonal de compétence privé pour les IG en complément et en concertation avec les établissements publics.

6.2.2 Confirmation de la grossesse et datation : cas particulier de l'IG médicamenteuse

Faut-il systématiquement réaliser une échographie de routine avant une IGm afin de dater la grossesse et d'exclure la possibilité d'une grossesse extra-utérine (GEU) ?

Proposition 1 : L'échographie pré-IGm ne doit pas être systématique.

Pros 1 :

- La procédure est simplifiée. Cela permet un accès plus rapide à l'IGm et donc de rester dans les délais la permettant. Cela permet également de baisser les coûts de l'IGm.
- Il n'y aurait pas d'évidence suggérant qu'une IGm mène à des complications extraordinaires chez les femmes avec GEU¹³.
- Cela ouvre techniquement la voie à l'IGm hors cabinet de gynécologie.

Limites 1 :

- L'échographie reste un moyen de détecter les GEU (1-2% population US, UK ou France versus 0.02% après échographie dans une étude agrégeant les résultats portant sur 40'000 femmes au total en occident, classe sociale indéterminée¹³).
- Cela exigerait une modification de l'avis d'experts N°15 de la SSGO.

Proposition 2 (dans le cas où les médecins généralistes seraient autorisés à pratiquer des IGm) : Si maintien de l'échographie, formation ciblée à l'échographie de datation chez les généralistes. Mise en œuvre d'une formation continue.

Pros 2 :

- La patiente peut être suivie dans la même structure pour toute la procédure de l'IG. Pas nécessaire de prendre un RV supplémentaire chez un-e gynécologue.
- Davantage d'indépendance pour les médecins dans le suivi de leurs patientes.

Limites 2 :

L'ensemble des expert-e-s est d'avis que la proposition 1 devrait être : « L'échographie pré-IGm ne doit pas être obligatoire. Elle doit être laissée à l'appréciation du médecin ». Cependant, les avis convergent vers une échographie systématique dans la pratique.

Il a été relevé que l'enjeu de l'échographie est de prouver l'évolutivité de la grossesse. Celle-ci peut être déjà présumée en présence d'un sac gestationnel intra-utérin d'aspect physiologique. Dans certaines situations, on observe que la grossesse n'est pas évolutive. De ce fait, il ne s'agira plus d'une IG mais d'une fausse couche. Les implications psychologiques ne sont alors plus les mêmes pour la femme. Du simple point de vue de la statistique, si l'échographie n'est plus réalisée, il se pourrait alors que le nombre total d'IG augmente artificiellement sur le canton.

La littérature avance la proportion de 10 à 15% d'interruptions spontanées de grossesse avant 12 SA (fausses-couches spontanées), soit environ 1 grossesse sur 8^{33,34}.

L'avis d'expert N°15 de la SSGO mentionne qu'« avant toute IG, il convient de calculer l'âge gestationnel en fonction de la date des dernières règles, puis de le vérifier par échographie ». Si l'échographie pré-IG n'est plus obligatoire, l'avis d'Experts devra être changé afin de couvrir les médecins d'un point de vue juridique. En effet, cet avis est plus exigeant que la directive cantonale qui ne mentionne pas l'examen échographique.

Les médecins relèvent qu'il est impossible, avec le seul examen gynécologique, de faire la différence entre une grossesse à 7 SA ou à 9 SA. De ce fait, les médecins généralistes, qui ne sont généralement pas habitués à faire un examen gynécologique, feront systématiquement une échographie. Les médecins généralistes ont effectivement le droit de faire des échographies. Ils doivent pour cela avoir un certificat de la Société Suisse d'Ultrasons en Médecine (SGUM). Les conditions sont présentées en annexe 8.8.

- Le coût en temps et argent pour la formation et l'acquisition du matériel par les médecins serait important avec des retombées financières probablement peu intéressantes.
- Cela implique une modification du système TARMED (ex : échographie par un non-spécialiste).

L'échographie semble souvent préférée par les femmes comparée à l'examen gynécologique avec palpation bi-manuelle. Une experte mentionne que les deux types d'examen se font par voie vaginale et sont similaires en termes d'inconfort. Si certaines préfèrent l'US, ce serait parce qu'elles lui font plus confiance et pensent être ainsi informées de manière plus précise sur leur grossesse.

L'échographie est devenue la norme dans les hôpitaux. Les médecins ne font plus d'IG sans échographie, principalement endo-vaginale, au préalable. Une experte mentionne que l'échographie n'implique pas forcément l'intervention d'un gynécologue. Celle-ci peut être réalisée par un généraliste, un centre d'échographie et de radiodiagnostic.

Deux médecins ont relevé qu'une échographie sus pubienne est tout à fait possible pour dater la grossesse.

La Mifepristone est un médicament indiqué dans les cas de GEU.

Il est rapporté que certain-e-s praticien-ne-s procèdent encore à une échographie avec l'activité cardiaque audible par la femme. Il serait donc important de préciser qu'il n'est pas nécessaire d'attendre que l'activité cardiaque soit démontrable pour prouver l'évolutivité d'une grossesse. « *C'est un zèle difficile à éradiquer* ». Il n'y a aucune indication à répéter un ultrason si la grossesse est intra-utérine mais que l'âge gestationnel est simplement trop jeune pour que l'activité cardiaque puisse être visualisée. Cela retarde inutilement l'IG médicamenteuse.

Un effet non souhaité, si l'échographie pré-IG n'est plus obligatoire, serait que les assurances décident de ne plus la rembourser.

6.2.3 Entretien approfondi avec le/la médecin et/ou un-e conseiller-e en santé sexuelle

Un entretien psycho-social approfondi, comme défini par les conseillères et conseillers en santé sexuelle (CSS), avant l'intervention est-il nécessaire pour toutes les femmes ?

Proposition 1 : Toutes les femmes ont systématiquement un entretien pré-IG « approfondi ».

Pros 1 : • Toutes les ambivalences sont a priori détectées.

Limites 1 :

- Un entretien pré-IG approfondi n'est pas toujours nécessaire et peut même être mal vécu par la majorité des femmes concernées.
- Un entretien psycho-social approfondi, comme défini par les CSS, n'est pas toujours réalisable/réalisé en cabinet privé.
- Actuellement, le code pénal exige que la patiente confirme avoir eu un entretien avec le médecin et non avec un-e CSS. L'entretien avec un-e CSS n'a donc pas de valeur légale.

Proposition 2 : Toutes les femmes ont un entretien pré-IG non approfondi où elles reçoivent les informations légales et élémentaires : risques médicaux de l'intervention, liste des centres de consultation qui offrent gratuitement leurs services ; liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle ; des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant ; la prise en charge financière. Un-e CSS / un-e médecin expérimenté-e saura apprécier la présence ou pas d'incertitudes concernant la décision d'une IG et pourra adapter l'entretien en conséquence. Utilisation de l'organigramme pour l'entretien de conseil avant une IG³¹.

Seules les mineures de moins de 16 ans bénéficient d'un entretien psychosocial obligatoire pré-IG avec un-e CSS.

Seules certaines femmes majeures, à leur demande / avec un profil défini, bénéficient, si elles le souhaitent, d'un ou plusieurs entretiens pré-IG approfondi avec un-e CSS.

Les expert-e-s sont unanimes sur le fait qu'une IG devrait être précédée d'un entretien. Cependant, le terme « approfondi » devrait être défini. Dans les faits, l'entretien (questions/durée/nombre de rendez-vous) est adapté selon les besoins de la femme ou du couple qui vient consulter. Les expert-e-s proposent que l'entretien avec le/la médecin comprenne à minima les informations légales et élémentaires et que la femme soit redirigée vers un-e CSS si elle le désire. Les directives cantonales vaudoises relatives à l'IG devraient préciser que l'entretien dans les centres spécialisés pour mineures peut se dérouler avec un-e CSS. En ce qui concerne la position juridique, cette qualification d'« approfondi » renvoie à la doctrine du consentement éclairé. Un-e CSS pourrait procéder à ces entretiens mais sur délégation médicale en bonne et due forme. Dans le cas contraire, cela n'a pas de valeur légale.

Les entretiens pré-IG, relevant légalement de la responsabilité des médecins, devraient pouvoir formellement être délégués à des professionnel-le-s formé-e-s. Dans la pratique, le CHUV est déjà organisé de la sorte : la patiente s'entretient au préalable avec un-e CSS ou une sage-femme spécialement formée, et le/la médecin revoit ensuite plus rapidement les points clés avec sa patiente avant de lui faire signer le consentement de demande d'IG.

Ces consultations pré-IG devraient être une offre faite aux femmes et non une obligation. Il semble également y avoir une multitude d'interprétations possibles quant à la définition du mot « approfondi ». Une check-list pourrait permettre de proposer les points importants à aborder à minima lors d'un entretien pré-IG. Cette check-list doit prendre en compte les pratiques exemplaires. Par exemple, le thème de la déstigmatisation de l'IG est un objectif important de l'entretien avec une CSS. C'est en effet le plus souvent

Pros 2 :

- Un entretien plus court pourrait permettre de faire une IGM de suite, sans avoir à fixer un 2nd rendez-vous. La femme a donc plus de chance d'avoir le choix de la méthode.
- Meilleure gestion des ressources à disposition (temps/financières).
- Moins de frustration pour les femmes ayant pris leur décision.
- On s'assure que la femme a reçu toutes les informations nécessaires concernant les IG.
- Les CSS pourront se concentrer sur les patientes ayant réellement besoin d'un entretien approfondi.

Limite 2 :

- Risque/possibilité de passer à côté d'une femme avec ambivalence non détectée.
- Cela nécessiterait de changer les directives Vaudoises ainsi que l'Article 119, al.4 du Code pénal suisse.

le jugement, le regard des autres qui fait le plus souffrir la femme et non l'IG en elle-même.

Dans les cabinets privés par exemple, les entretiens « pré-IG » ne seraient pas systématiquement approfondis d'après les expert-e-s. Il faut préciser que la situation peut être complètement différente lorsqu'un-e médecin prend en charge une de ses patientes qu'il suit depuis longtemps (éventuellement suivi de grossesse, accouchement, prescription de contraception, connaissance du partenaire, ...) ou une nouvelle patiente. Les connaissances de la situation de sa patiente et de l'avis de cette dernière quant à une demande d'IG sont peut-être déjà approfondies et ne nécessitent pas d'être condensées dans un seul entretien.

Le temps dévolu à la partie « entretien » de la consultation est relativement court. Si la femme semble ambivalente, le/la médecin peut alors déléguer l'entretien aux CSS du CHUV, de PROFA ou tout autre professionnel formé à l'entretien pré-IG.

Les conditions spécifiques de l'entretien pré-IG sont remises en cause pour les mineures de moins de 16 ans : l'entretien ne devrait pas avoir lieu dans une structure spécifique (DISA ou PROFA) mais par des professionnel-le-s formé-e-s à l'entretien pré-IG. Cela permettrait ainsi aux hôpitaux régionaux ayant des CSS de faire cet entretien et de limiter le nombre de déplacements ou de rendez-vous vers une autre structure pour les mineures. Les CSS intervenant dans les hôpitaux régionaux sont des CSS de PROFA. Seul Nyon n'accueille pas encore cette prestation actuellement.

Rappelons que l'entretien supplémentaire dans un centre spécialisé ne concerne que les mineures de moins de 16 ans. Cet entretien avec le/la CSS ne peut, d'après le code pénal, se substituer à l'entretien approfondi avec un médecin qui reste donc obligatoire. Dans les directives cantonales, il n'est pas précisé si l'entretien dans les centres spécialisés pour mineures doit se dérouler avec un-e CSS ou un-e médecin.

Les formulaires du DSAS devraient être plus clairs à ce sujet.

Les expert-e-s font remarquer que le code pénal ne pourra pas être changé.

6.2.4 Anamnèse sexuelle : problématique du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles

Le VIH et d'autres IST doivent-ils être systématiquement abordés chez les femmes recourant à l'IG ?

Proposition : Proposition systématique d'un dépistage du VIH et de certaines IST en fonction du contexte clinique.

Pros : Coût/ efficacité

Limite : Fenêtre de détectabilité du VIH à prendre en compte.

Les expert-e-s proposent que le dépistage du VIH et de certaines IST soit réalisé en fonction du contexte clinique et de la situation de la femme.

Au CHUV, le dépistage des IST n'est pas systématique dans les cas d'IG. Cependant, la prophylaxie antibiotique l'est en cas d'IG chirurgicale. Le dépistage des IST est proposé selon la situation et les pratiques sexuelles.

Dans les centres PROFA, le dépistage des infections à Chlamydia est proposé systématiquement aux moins de 25 ans. Celui du VIH est proposé selon la situation et les pratiques sexuelles.

Certain-e-s médecins trouvent cette question intrusive et ne semblent pas convaincus de la pertinence d'aborder ce sujet dans le contexte de l'interruption de grossesse.

Un groupe de travail sur les IST, mandaté par l'OFSP en 2011, propose un algorithme pour le traitement précoce des IST par les médecins de premier recours³⁵. Pour les femmes, en cas d'absence de symptômes, le médecin doit entre autre :

- envisager des investigations en fonction de l'anamnèse
- discuter un dépistage du VIH Provider induced counselling and testing (PICT)
- discuter des prises de risque
- remettre des informations et conseiller sur les règles du safer sex, individuellement ou en présence du partenaire
- faire un contrôle par un-e gynécologue et un dépistage de Chlamydia.

6.2.5 Un délai de réflexion adapté au besoin de la femme

Est-il nécessaire d'imposer un délai de réflexion à la femme ?

Proposition : Il n'est pas nécessaire d'imposer un délai de réflexion.

Pros :

- Le code pénal n'exige pas de délai de réflexion. Seul l'avis d'Expert N°15 de la SSGO le mentionne (Annexe 8.4).
- Accès plus égalitaire à l'IG.
- Le niveau d'incertitude concernant la prise de décision vis à vis d'une IG n'est pas différent voir plus faible - que pour d'autres décisions liées à la santé en général (ex. : mastectomie après un cancer du sein)¹⁸.

Limites :

- Risque de dépasser le délai ; de limiter l'accès à l'IGm.
- L'avis d'expert N°15 de la SSGO devrait être mis à jour.

Si les expert-e-s sont d'accord sur le fait de ne pas imposer un délai de réflexion à la femme concernée par une IG, il s'avère que ce délai est présent de manière implicite dans la réalité. Il faut en effet souvent quelques jours entre la constatation de la grossesse par la femme et le rendez-vous chez le/la médecin. Le *délai de réflexion raisonnable*, mentionné uniquement dans l'avis d'expert N°15 de la SSGO et dans aucun autre document légal (CP, directives cantonales), pourrait être calculé à partir du moment où la femme sait qu'elle est enceinte. Cependant, du point de vu légal, le délai est calculé à partir du moment où la femme a reçu l'information sur l'IG. Il n'existe pas de durée standard ou fixe. Le délai de réflexion peut varier en fonction des risques liés à l'intervention.

La question se pose par contre pour les femmes qui découvrent leur grossesse au cours de la consultation gynécologique ou d'une simple visite médicale.

Une jurisprudence de 2012 (disponible en allemand uniquement) est mentionnée. Selon un expert, elle stipulerait que toute intervention doit être précédée de 48h de délai de réflexion depuis le moment où le patient a reçu toutes les informations. Cette jurisprudence ne se réfère pas aux IG mais à toute intervention médicale. Cela pose un problème pour la méthode One Stop MToP du Dr Seidenberg. Il aurait d'ailleurs lui-même récemment relevé cette jurisprudence et se renseigne sur ses conséquences.

Les expert-e-s soulèvent alors la question de savoir à partir de quand commence le délai de 48h ? Dès que la femme a pris connaissance de sa grossesse par un retard de règle ? un test urinaire ? un 1er RV chez le gynécologue ? La jurisprudence s'applique-t-elle différemment dans le cas d'une IG médicamenteuse et d'une IG chirurgicale ? Ce délai de réflexion pourrait dans certains cas changer le nombre de semaines d'aménorrhée et donc le type d'IG qui pourrait être réalisée.

Les IG sont-elles considérées comme des urgences ? Dans ce cas précis, elles ne rentreraient alors pas sous le coup de la jurisprudence. Les expert-e-s sont partagé-e-s sur la question. Un expert pense qu'il ne s'agit pas d'une urgence, une autre considère les IG comme une semi-urgence.

La question de l'existence d'une jurisprudence de 2012 relevant l'exigence d'un délai de réflexion général de 48h avant toute opération médicale a donc été posée à l'Unité des affaires juridiques et intercantionales du SSP.

Réponse de Mme D. Sow du SSP (mail du 13 avril 2017) :

« A ma connaissance, dans des cas d'espèce, le Tribunal fédéral a conclu à une violation du devoir d'information lorsqu'un patient, devant subir une opération importante, n'a pas pu bénéficier d'un délai de réflexion avant qu'on lui demande d'exprimer son choix (je pense en particulier à un cas où la disponibilité restreinte d'un bloc opératoire avait "contraint" un patient à consentir à la hâte à une intervention). Cependant, à mon sens, on ne peut en déduire que toute opération médicale doit obligatoirement être précédée d'un délai de réflexion. Dans certains cas, proposer un délai de réflexion est souhaitable mais, de mon point de vue, ce n'est pas une exigence générale qui devrait dans tous les cas s'imposer (voire être imposée).

Pour rappel, **le délai de réflexion est une notion à mettre en lien avec l'exigence d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient avant qu'il subisse un acte médical.** Pour consentir valablement à un acte médical, le patient doit recevoir toute l'information appropriée et nécessaire susceptible d'influencer sa décision. Il ne doit en outre subir ni menace, ni pression. **Le délai de réflexion est donc conçu dans l'intérêt du patient** (temps pour demander l'avis d'un proche / demander un second avis médical / peser le pour et le contre par ex). **Partant, il ne doit pas être conçu comme une entrave à la manifestation d'un consentement librement pris.**

Concernant les IG, l'art. 119 du Code pénal énonce à quelles conditions ceux-ci sont non punissables. Il n'y est pas fait mention d'un délai de réflexion contraignant (ni même à l'art. 120 du Code pénal qui énonce les devoirs du médecin lors d'IG pratiquées après 12 semaines). **En conclusion, il n'y a pas lieu d'imposer à une patiente un délai de réflexion lorsque les conditions régissant l'IG non punissable au sens du code pénal sont remplies et lorsque l'exigence du devoir d'information est satisfaite.** Cela ne signifie néanmoins pas qu'un délai de réflexion n'est jamais utile dans ce cadre. L'octroi d'un délai de réflexion peut être commandé par les circonstances du cas d'espèce mais, à ma connaissance, il n'y a pas d'automatisme en la matière.

Au vu de ce qui précède, la question de savoir si une IG est une urgence ou non n'est pas déterminante. »

6.2.6 Prise en charge financière

Comment faciliter l'accès à l'IG pour les femmes n'ayant pas les moyens de la payer ?

Proposition : Prise en charge financière totale des interruptions pour les mineures âgées de moins de 16 ans sur le modèle français.

Pros :

- Plus de problème de franchise ou de quote-part à régler.
- Anonymat garanti vis à vis des parents et des assurances.
- Coût faible pour le canton au vu du petit nombre de femmes concernées (N=5 mineures ≤16 ans en 2016).

Limite :

- Décision sensible au niveau politique.

Les expert-e-s sont d'accord à l'unanimité avec la prise en charge financière pour les mineures de moins de 16 ans. Ils s'interrogent sur la possibilité d'étendre cette prise en charge aux mineures de moins de 18 ans.

Si la prise en charge financière devait également s'appliquer aux mineures de moins de 18 ans, le nombre de patientes concernées (N=41 en 2016) serait bien supérieur à celui des moins de 16 ans.

Les médecins membres de l'APAC ainsi que les centres de conseils en matière de grossesse ont connaissance du fonds spécial pour les IG qui ne couvre toutefois pas nécessairement l'ensemble des coûts (limite à 1000.-/cas). Cette information n'est pas connue par les médecins hors de ce réseau. Les médecins non membre de l'APAC peuvent mettre leur patiente en contact avec un-e médecin APAC ou un centre de santé sexuelle pour qu'elle puisse bénéficier de cette aide.

Dans la plupart des cas où la femme n'a pas les moyens de payer l'intervention, les hôpitaux trouvent des solutions avec les assistantes sociales (paiement échelonné, demande à certaines fondations notamment).

Les médecins installé-e-s en cabinet sont dans de rares cas confronté-e-s à des personnes qui ne peuvent pas payer pour une IG.

La proposition est faite d'obliger les assurances maladie à faire un décompte en dehors d'un décompte familial pour les mineures. SANTE SEXUELLE Suisse a fait des propositions en ce sens auprès de santésuisse. Cette organisation des assureurs-maladie répond que c'est à chaque assureur de prendre sa décision et non à santésuisse d'imposer une décision à tous ses membres.

6.3 Deuxième étape pour une interruption de grossesse dans le canton de Vaud

6.3.1 Formulaire de demande d'IG signé par la femme (attestation de l'entretien)

Le thème « Formulaire de demande d'IG signé par la femme » ne faisait pas partie des thèmes prioritaires à traiter. Cependant, le groupe de travail a souligné l'importance de supprimer la phrase « j'atteste que je suis enceinte et me trouve en situation de détresse » dans le formulaire. Cette phrase n'apparaît d'ailleurs pas dans l'attestation d'entretien pour les mineures de moins de 16 ans. Malgré cela, il sera difficile de faire enlever cette phrase étant donné qu'elle est tirée du code pénal. Il est proposé de revoir le formulaire de demande d'IG afin de le mettre à jour et de l'harmoniser entre les mineures de moins de 16 ans et les patientes plus âgées.

6.3.2 Interruption de grossesse médicamenteuse

Peut-on recommander l'interruption de grossesse médicamenteuse (IGm) jusqu'à 9 SA par défaut (au lieu des 7 SA) ?

Proposition 1 : L'IGm jusqu'à 9SA est autorisée (notamment dans l'avis d'expert SSGO) mais avec une posologie différente en fonction du nombre de semaines d'aménorrhée (≤ 7 ou ≤ 9 SA).

Pros 1 : Il y a déjà un consensus des professionnel-le-s à ce sujet. Cela est de fait déjà mis en pratique par la plupart des professionnel-le-s dans le canton.

Limites 1 : Pas encore autorisé dans le Compendium Suisse des Médicaments.

L'autorisation de l'IG médicamenteuse jusqu'à 9 SA fait l'unanimité du groupe de travail qui la met déjà largement en pratique.

Selon un expert, « le Compendium Suisse des Médicaments ne fait pas foi de preuve scientifique. Swissmedic est d'avantage contraignant devant les tribunaux ». Actuellement, Swissmedic recommande la prise de Mifégyne jusqu'à 7SA. Il serait donc nécessaire de leur demander de reconsidérer une extension au vu de la littérature internationale si des changements sont à effectuer.

L'IGm jusqu'à 9SA est réalisée depuis longtemps en France mais n'apparaît pas dans le guideline de la Haute Autorité de Santé française.

Peut-on recommander l'interruption de grossesse médicamenteuse (IGm) à domicile jusqu'à 9 SA par défaut (au lieu des 7 SA) ?

Proposition 1 : L'âge gestationnel maximum pour la prise de Misoprostol à domicile passe de 7 à 9 SA.

Cela nécessite un changement des recommandations de la SSGO, l'établissement d'éventuelles conditions géographiques (temps de trajet vers l'hôpital le plus proche), et de mettre l'accent sur l'antalgie >7 SA et une bonne compréhension de la patiente.

Pros 1 :

- Processus de simplification.
- Choix laissé aux femmes.
- Respect de leur intimité.

Limites 1 :

- Eventuelle augmentation des douleurs >7 SA.
- Risque de mauvaise utilisation par la patiente si prise buccale, sous-linguale ou vaginale.

Les expert-e-s sont tous-tes d'avis que l'âge gestationnel pour la prise de Misoprostol à domicile doit passer de 7 à 9 SA.

Selon le groupe d'expert-e-s, il n'y aurait pas, dans la pratique, de différences de protocoles pour une IG à 7SA ou à 9SA.

La question de la gestion de la douleur a été abordée. L'augmentation de la douleur ne serait pas due à l'augmentation du nombre de SA mais plutôt à la réaction de la patiente au cytotec. Il y aurait une différence de sensibilité au Cytotec selon les femmes. Le/la médecin doit veiller à prescrire une antalgie efficace (ex. CHUV : Co-Dafalgan® + Ibuprofène) et des antiémétiques (ex. CHUV : Itinérol®) afin d'anticiper et de prévenir au mieux d'une part la douleur et d'autre part les nausées. Une experte mentionne que peu d'études se sont intéressées aux interactions entre le cytotec et les antidouleurs. Peu d'études se sont également intéressées au sujet de la douleur en lui-même.

- La littérature n'est pas unanime et s'en tient à 7SA pour une IGm à domicile. **La proposition est faite d'ajouter une colonne avec le type d'analgique prescrit et leur posologie au tableau comparatif des protocoles recommandés et protocoles suivis pour les IGm (cf. RdS N°244¹).**

6.3.3 Interruptions de grossesse du 2nd trimestre (≥12 SA)

La non-prise en charge pour une IG du 2nd trimestre auprès de plusieurs établissements est-elle dommageable pour la patiente ? Comment améliorer et assurer sur le long terme la prise en charge des IG du 2nd trimestre sur le canton de Vaud ?

Proposition 1 : Le CHUV est formellement reconnu comme un centre de référence et de formation pour la prise en charge des IG du 2nd trimestre dans le canton de Vaud.

Pros 1 : Assurance d'une bonne prise en charge pluridisciplinaire lors des IG du 2nd trimestre.

Cons 1 : Concentration de la charge des interventions considérées comme les plus complexes sur le CHUV. Cela peut être mal vécu par le personnel.

Proposition 2 : Les hôpitaux ont l'obligation de prendre en charge les IG du 2nd trimestre.

Pros 2 :

- Accès facilité sur tout le canton de Vaud pour toutes les femmes dans cette situation.
- Moins de patientes sont obligées de se rendre à l'étranger pour une IG du 2nd trimestre.

Limite 2 :

- Trouver des médecins disposés à l'accepter.
- Nécessité d'une formation appropriée

Les expert-e-s sont d'avis que les médecins devraient être mieux informé-e-s sur le fait que les IG au-delà des 12 SA sont autorisées dans toute la Suisse selon les dispositions de l'article 119, al.2 du CP. La proposition est faite d'avoir un formulaire cantonal pour l'attestation d'entretien des IG supérieures à 12 SA. Ils estiment également que le délai devrait être relevé à 14 SA dans le code pénal. S'agissant d'une compétence fédérale, le canton n'a pas de responsabilité en la matière.

Le terme le plus approprié pour les IG effectuées au-delà des 12 SA serait IG du second trimestre plutôt que IG tardives.

Il est relevé qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de formulaire cantonal pour l'émission de l'avis médical concernant les IG supérieures à 12 SA. En effet, il est stipulé sur la feuille d'attestation de l'entretien que *lorsqu'une IG intervient au-delà des 12 SA, le médecin doit émettre un avis détaillé sur la situation de la patiente au lieu des formulaires susmentionnés*. Un médecin a relevé la difficulté de documenter les cas d'IG du 2nd trimestre. Le CHUV s'est, quant à lui, créé son propre formulaire.

Il a été mentionné que certain-e-s médecins (hors des centres urbains notamment) sont mal informé-e-s au sujet des IG 2nd trimestre, voire font de la désinformation. Ils/elles sont persuadé-e-s que des IG au-delà des 12 SA sont illégales dans leur canton. « Les professionnel-le-s ne devraient pas dire aux femmes que les IG supérieures à 12 SA + 1 jour sont interdites. Ils devraient être mieux informé-e-s pour moins désinformer ». Les médecins doivent dire aux patientes qu'elles peuvent faire des IG 2nd trimestre (sous certaines conditions). Le Service de la Santé publique relève qu'en Suisse la pesée d'intérêt

ne se fait pas dans les mêmes termes après 12 semaines. Ce n'est pas le même cadre de réflexion. L'intérêt de l'enfant à naître entre dans la balance.

La question se pose des conséquences juridiques sur les médecins vaudois qui feraient des IG du 2nd trimestre à des patientes provenant d'autres cantons. Une des expertes a eu une expérience avec une patiente venant de Saint Gall. Elle a en effet été convoquée par un juge de ce canton pour justifier sa prise en charge d'une IG du 2nd trimestre.

Actuellement, il n'existe pas de directives claires sur la prise en charge des femmes venant d'autres cantons. Un expert souligne qu'il serait plus confortable pour les médecins, et in fine pour les femmes, s'il était noté dans le code pénal que la femme désirant faire une IG a le libre choix du lieu en Suisse ainsi que du praticien et que la couverture assécurologique est garantie pour toute la Suisse.

Concrètement, au CHUV, les IG chirurgicales se font jusqu'à 14 SA. Ensuite, ce sont les IGM avec expulsion. L'interruption du 2nd trimestre est parfois nommée « médicamenteuse » dans le sens où elle fait intervenir la prise de Misoprostol mais les protocoles sont différents d'une interruption à moins de 9 SA. Cette interruption se présente alors comme un accouchement et devrait être nommée interruption médicamenteuse par expulsion. L'interruption du 2nd trimestre peut également faire l'objet d'une méthode chirurgicale avec la technique de dilatation, aspiration et curetage précédés d'un priming par deux comprimés de Cytotec intra-vaginaux ou par césarienne.

Au CHUV, si une IG du 2nd trimestre est refusée par les hôpitaux publics d'un autre canton, ce qui se fait la plupart du temps officieusement et sans document à l'appui, le CHUV entre en matière mais doit faire des démarches pour le financement de la prise en charge auprès du médecin cantonal du canton de provenance. Cela est très difficile en l'absence d'une attestation officielle de l'absence de prestation dans un hôpital public. Par contre, si une patiente devait être refusée après une délibération éthique formelle, comparable à celle du CHUV et attestée dans un autre canton, le CHUV n'entrerait pas en matière.

Les expert-e-s sont d'avis que les médecins (qu'ils exercent en cabinet privé ou à l'hôpital), dans le cas où ils ne peuvent prendre en charge la femme pour sa demande d'IG, doivent l'accompagner dans ses démarches et prendre la responsabilité de la référer à un-e autre professionnel-le, voire lui prendre rendez-vous.

6.3.4 Formulaire de déclaration obligatoire

Comment faire en sorte que le formulaire soit systématiquement rempli, et ceci, de manière adéquate ?

Quelles que soit la/les propositions choisies, il sera utile de rappeler régulièrement l'importance et l'obligation de déclarer les interruptions de grossesse.

Proposition 1 : Informatisation du processus de remplissage du formulaire de déclaration obligatoire. Le remplissage pourrait se faire via une plateforme accessible avec mot de passe sur internet sur le modèle de la base de données tenue pour la prescription de la méthadone.

Pros 1 :

- Simplifierait et accélérerait le travail des professionnels.
- Minimisation des données manquantes pour l'analyse.

Limite 1 :

- Coût de la création d'un tel formulaire informatisé.

Proposition 2 : Le formulaire peut être amélioré, notamment en proposant la modalité « méthode médicamenteuse par expulsion » pour les IG après 12 SA ; en remplaçant méthode « médicale » par « médicamenteuse »

Pros 2 :

- Meilleure compréhension des indicateurs et donc meilleur remplissage du formulaire.
- Meilleure interprétation des données de surveillance des IG.

Limite 2 :

- Compatibilité avec le formulaire de l'Office fédéral de la statistique ?

Le groupe d'expert-e-s n'a pas abordé la proposition d'informatisation du formulaire lors de la première séance.

Les expert-e-s sont d'avis que certaines variables doivent être définies précisément (Lieu d'intervention ≠ lieu de consultation) et certaines modalités changées (méthodes d'intervention : chirurgicale / médicamenteuse par expulsion (IG>12SA) / médicamenteuse).

Les expert-e-s sont d'avis qu'il existe une confusion quant à la variable « lieu d'intervention de l'IG » dans le formulaire. Que cocher lorsque la patiente vient consulter au cabinet mais que l'intervention a lieu à l'hôpital ou à domicile ? Des directives très courtes et claires devraient être proposées avec le formulaire. L'option « A domicile » devrait être ajoutée.

Il persiste également un problème sur la variable « méthode pour l'IG ». La modalité de réponse « médicale » n'est pas appropriée. Les expert-e-s sont tous d'avis de changer cette modalité. Nous aurions ainsi le terme « méthode médicamenteuse » pour les IG médicamenteuses jusqu'à 9 SA et

le terme « méthode médicamenteuse par expulsion » pour les IG du 2ème semestre.

Une experte mentionne l'imprécision de la variable portant sur l'âge gestationnel. Il n'est pas expliqué qu'il s'agit de l'âge gestationnel selon la date des dernières règles ou selon une mesure par ultrasons. La différence peut être considérable sans pour autant entrer en conflit avec la solution du délai.

Certain-e-s expert-e-s mentionnent leur gêne à poser des questions sur le niveau d'étude ou la nationalité de la patiente. L'intérêt de ces variables ne semble pas faire sens pour eux et il sera utile de proposer une information supplémentaire sur leur utilité pour la surveillance des IG.

6.3.5 Troisième étape : Confirmation de grossesse interrompue pour l'IG médicamenteuse

Une échographie est recommandée après une IGm afin de vérifier que la femme ne soit plus enceinte. Quelles alternatives pourraient être recommandées, à qui et dans quelles circonstances?

Proposition : L'échographie post-IGm ne se fait plus de routine. Elle est remplacée par un test urinaire du hCG semi-quantitatif 1-2 semaines post-IGm (test de comparaison pre-IGm au préalable) avec un appel téléphonique.

Pros :

- Cette option montre de bons résultats dans la littérature.
- Les coûts sont bas.
- Cela s'inscrit dans un processus de simplification de l'accès à l'IGm.
- Un suivi téléphonique (présent dans les études) s'avère plus simple qu'une visite.
- Il sera possible de suivre plus de femmes en post-IG (diminution des pertes de vue).

Limite :

Après débat, les expert-e-s sont d'avis que le test urinaire devrait être proposé comme une alternative à l'échographie. Par contre, les avis sont partagés concernant le lieu de ce test en cabinet vs. à domicile. L'entretien post-IG devrait être une offre proposée aux femmes et non une obligation.

Une réflexion sur le délai de contrôle post-IG est amenée. Une échographie réalisée plus de 2 semaines après l'IG peut être mal vécue par certaines femmes. Une experte indique qu'il arrive que le dernier RV de contrôle soit donné 5 semaines après l'IG dans son établissement. Au CHUV, ce rendez-vous est donné 4 à 5 semaines après l'intervention pour éviter une surmédicalisation en raison de l'interprétation échographique. Ce rendez-vous semble avoir du sens pour les femmes qui ne sont pas stressées par ce délai puisqu'elles font confiance à leur expérience d'expulsion. En cas de doutes sur l'expulsion, les patientes prennent immédiatement rendez-vous pour un ultrason dans la semaine et n'attendent pas jusqu'à l'entretien de confirmation.

- La patiente doit remplir un certain nombre de critères (ex. : être capable de reconnaître les signes d'une grossesse, les signaux d'alerte pour une infection ou pour une grossesse ectopique), sinon une échographie s'impose.

L'échographie post-IGm n'apparaît pas indispensable pour les expert-e-s présent-e-s même si une experte rapporte que la vérification du bon fonctionnement d'un traitement fait partie du code déontologique du médecin. Elle peut être perçue comme une prolifération d'actes médicaux inutiles et anxiogènes pour les femmes. Malgré cela, une médecin explique que toutes les femmes ont actuellement un ultrason post-IG dans l'hôpital où elle exerce. Elle souligne un risque important de surmédicalisation avec des IGm qui finissent, à son avis, trop souvent en IG chirurgicale au moindre doute sur l'interprétation de l'échographie par les médecins assistants. Au CHUV, la pratique semble légèrement différente. Le curetage est réservé aux hémorragies et aux grossesses persistantes. Il n'y a plus de curetage évacuateur pratiqué à partir d'une image échographique seule.

Par contre, certain-e-s médecins semblent tenir à la visite post-IG en face-à-face. Ils/elles sont d'avis que le test urinaire serait un plus et que l'échographie n'est pas nécessaire. Cela devrait tout de même rester un choix du/de la médecin. D'autres expert-e-s présent-e-s ont mentionné qu'il faut voir la patiente comme un être responsable et qu'il serait bien qu'elle puisse avoir le choix de faire le test urinaire à la maison ou pas. L'entretien post-IG devrait également être une offre proposée aux femmes et non une obligation. Dans l'ensemble, la très grande majorité des femmes reviennent à la consultation post-IG. Cette dernière consultation dure en moyenne 20 min.

Le problème du suivi téléphonique en cabinet est soulevé d'un point de vue organisationnel. Cependant, le suivi téléphonique serait idéal pour les femmes habitant loin de l'hôpital ou du cabinet où a eu lieu l'IG et leur éviterait de devoir revenir en rendez-vous. Un médecin propose que le suivi téléphonique post-IG soit fait par un.e CSS. La surveillance d'une sage-femme sur appel pour l'expulsion pourrait également être un atout pour les femmes. Elle pourrait également assurer l'appel d'une ambulance en cas de besoin. Il relève tout de même que le rendez-vous en face-à-face post-IG permet d'insister de nouveau sur la contraception.

Un argumentaire en faveur du test urinaire semi quantitatif est disponible en annexe 8.9. Certain-e-s expert-e-s présents ne semblaient pas encore connaître ou utiliser ce type de test.

7 Références

- 1 Locicero S, Spencer B. Pratiques et logiques institutionnelles des établissements déclarant des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive., 2015 Raisons de Santé, 244).
- 2 Broesskamp U, Ackermann D. La Pratique Exemplaire - Un cadre de référence normatif pour une promotion de la santé et une prévention des maladies optimales. . Promotion Santé Suisse. 2010;Version 1.1.
- 3 Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004 Jan;30(1):51-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15006316>
- 4 Carbonne B, Nouyrigat E, Dosquet P, Aubeny E, Bourreau B, Brival ML, et al. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique. Expert's opinion. Haute Autorité de Santé (France), 2010
- 5 Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination (2016).
- 6 American College of Obstetricians and Gynecologists. Medical Management of First-Trimester Abortion. Practice Bulletin Nr 143. American College of Obstetricians and Gynecologists, 2014 (reaffirmed 2016) Practice Bulletin Nr 143).
- 7 Bitzer J, De Grandi P, Haller U, Pók J. Avis d'expert n°15. Utilisation de la mifépristone pour l'interruption médicamenteuse de grossesse au premier trimestre. Expert opinion. SSGO / SGGG, 2008 16.12.2008. (Avis d'experts)
- 8 Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*. 2011 Jan;83(1):30-3.
- 9 Vayssiere C, Gaudineau A, Attali L, Bettahar K, Eyraud S, Faucher P, et al. [Induced abortion: Guidelines for clinical practice - Text of the Guidelines (short text)]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016 Dec;45(10):1596-603.
- 10 OMS. Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. OMS, génésiques DSeR, 2013
- 11 Schonberg D, Wang LF, Bennett AH, Gold M, Jackson E. The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: a systematic review. *Contraception*. 2014 Nov;90(5):480-7.
- 12 Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7.: Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 Evidence-based Clinical Guideline Number 7.).
- 13 Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Ectopic pregnancy and medical abortion. *Obstet Gynecol*. 2004 Jul;104(1):161-7.
- 14 Goenee MS, Donker GA, Picavet C, Wijzen C. Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Fam Pract*. 2014 Oct;31(5):564-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24997249>

- 15 Gatter M, Kimport K, Foster DG, Weitz TA, Upadhyay UD. Relationship between ultrasound viewing and proceeding to abortion. *Obstet Gynecol.* 2014 Jan;123(1):81-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24463667>
- 16 Cameron ST, Glasier A. Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception.* 2013 Jul;88(1):128-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23218854>
- 17 Foster DG, Gould H, Taylor J, Weitz TA. Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspect Sex Reprod Health.* 2012 Jun;44(2):117-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22681427>
- 18 Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SC. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception.* 2017 Mar;95(3):269-78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27745910>
- 19 Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based clinical Guideline N°7. RCOG Press. 2011.
- 20 Aubin C, Jourdain menninger D, Chambaud L. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. Inspection générale des affaires sociales. 2009.
- 21 Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. Synthèse, conclusions et recommandations. 2017. (Evaluation économique et santé publique)
- 22 Rocca CH, Kimport K, Gould H, Foster DG. Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspect Sex Reprod Health.* 2013 Sep;45(3):122-31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24020773>
- 23 Stadelmann S, Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2015. *Raisons de Santé: Les Essentiels 1.* 2017.
- 24 Perrin E, Berthoud M, Pott M, Toledo Vera AG, Perrenoud D, Bianchi-Demicheli F. Clinical course in women undergoing termination of pregnancy within the legal time limit in French-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13282.
- 25 Collet M. Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. *Rev Fr Aff Soc.* 2011;1:86-115.
- 26 Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod.* 2010 May;25(5):1153-7.
- 27 Blum J, Sheldon WR, Ngoc NT, Winikoff B, Nga NT, Martin R, et al. Randomized trial assessing home use of two pregnancy tests for determining early medical abortion outcomes at 3, 7 and 14days after mifepristone. *Contraception.* 2016 Aug;94(2):115-21.
- 28 Oppegard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: a multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2015 Feb 21;385(9969):698-704.
- 29 Seidenberg A, Fiala C. "One Stop MTOP". *Forum Médical Suisse.* 2015;15(34):745-8.
- 30 Iyengar K, Paul M, Iyengar SD, Klingberg-Allvin M, Essen B, Bring J, et al. Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet Global health.* 2015 Sep;3(9):e537-45.

- 31 Steiner-König U. Manuel pour l'entretien conseil avant une interruption de grossesse. Bulletin des médecins suisses. 2003;84(N°12).
- 32 Méan F, Wyss E. Guide pratique d'entretiens de planning familial Association suisse des conseillères et conseillers en planning familial (ascpf), Editions PLANeS. 2006.
- 33 Practice Committee of the American Society for Reproductive M. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. Fertil Steril. 2012 Nov;98(5):1103-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22835448>
- 34 American College of Obstetricians and Gynecologists. Early Pregnancy Loss. Practice Bulletin. 2015;150.
- 35 Groupe de travail "Infections sexuellement transmissibles". Recommandations pour le traitement précoce des infections sexuellement transmissibles (IST) par le médecin de premier recours : Attitudes cliniques lors de plaintes dans la région génitale. Mandat de l'OFSP. 2011.

8 Annexes

8.1 Annexe 1 : Critères de pratique exemplaire



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Critères de Pratique exemplaire (Concept de Pratique exemplaire - Promotion Santé Suisse)

Critère directeur : chacune des trois dimensions de Pratique exemplaire (valeurs, savoirs, contextes) est soigneusement examinée et prise en compte dans les décisions stratégiques, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités de promotion de la santé et de prévention (*voir le 'Modèle radar'*).
Ce processus se déroule de manière systématique et avec les moyens auxiliaires adéquats à disposition.

Valeurs

Critère : les valeurs (éthiques) et les principes de la promotion de la santé/prévention et de la santé publique sont pris en compte de manière appropriée dans les décisions stratégiques, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités de promotion de la santé et prévention.

- Les valeurs et principes fondamentaux de la promotion de la santé sont connus des principaux acteurs/groupes d'intérêt (organismes responsables, bailleurs de fonds, équipes de projets, etc.). (*Voir la liste des valeurs pertinentes*).
- Les valeurs et principes sont analysés et discutés au sein des principaux acteurs/groupes d'intérêt et avec eux (p. ex. à l'aide de listes de contrôle éprouvées).
- Les décisions et activités stratégiques en matière de promotion de la santé et de prévention correspondent à ces valeurs et ces principes. Les ordres de priorité de certaines valeurs et principes, qui pourraient parfois être nécessaires selon le cas concret, doivent être pesés avec soin et clairement motivés.

Savoirs

Critère : les décisions et activités correspondent aux connaissances scientifiques actuelles.

- Les savoirs scientifiques actuels (y compris les preuves) sont au préalable recherchés et traités de manière systématique, et différenciés en fonction du type de savoir disponible (types, sources et objets de savoir ; *voir figure ; voir aussi le 'Modèle de catégorisation des résultats de Promotion Santé Suisse'*).
- Les sources de savoir les plus importantes sont utilisées. (*voir figure 'Types, sources et objets des savoirs scientifiques'*).
- La non prise en considération de certains savoirs est dûment motivée et documentée.

Critère : les décisions et activités contribuent au renforcement des bases scientifiques et/ou des bases des preuves en promotion de la santé et prévention.

- Lorsque des lacunes sont trouvées dans les bases scientifiques et/ou les bases des preuves, ces trouvailles sont documentées et communiquées aux services compétents (Confédération et cantons, Promotion Santé Suisse, instituts de recherche, associations professionnelles, réseaux).
- Lorsque cela est utile, nécessaire et adéquat, une contribution à la réduction des lacunes détectées est initiée, planifiée et réalisée (*voir figure 'Cycle des savoirs/preuves'*).

Critère : les décisions et les activités prendront en compte, en complément au savoir scientifique et dans une mesure appropriée, d'autres savoirs importants (opinions d'experts/ savoir basé sur l'expérience).

- Ce savoir est préalablement recherché avec soin, interprété et retravaillé si nécessaire, en fonction des types de savoir (pour les savoirs de types 'opinions d'experts' et 'expérience pratique', on s'appuiera sur des sources telles que les auto-évaluations, les rapports de projets, les expertises, etc.).
- Les savoirs scientifiques actuels et les savoirs d'expérience sont soigneusement examinés sous l'angle de leur importance pour les décisions et les activités. A défaut, l'activité se fondera en priorité sur le savoir scientifique pour autant qu'il soit approprié dans le contexte donné.
- La non prise en considération de certains savoirs est dûment motivé et documentée.
- Les connaissances acquises et les résultats importants sont mis en valeur (diffusés et rendus utilisables).

Contextes

Critère : les contextes sont dûment pris en compte dans les décisions stratégiques, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'activités de PS/P.

- Les dimensions pertinentes du contexte au sens étroit du terme et du contexte plus large sont soigneusement analysées et prises en compte (*voir figure 'Examen contextuel'*).
- La possibilité d'un transfert de savoirs scientifiques et d'autres savoirs importants dans le propre contexte est soigneusement analysée et pondérée.
- Des adaptations d'approches, d'interventions et de processus éprouvés par rapport à un contexte spécifique sont dûment motivées et documentées.

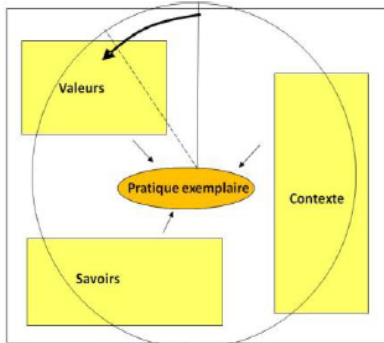
Critère suprême et concluant : les résultats positifs visés sont atteints et des résultats négatifs sont évités.

© / Sources : Promotion Santé Suisse (2007) Concept 'Best Practice', chap.6 (www.promotionsante.ch); mot-clé: best practice ; Broesskamp-Stone, Ursel (2009) Gute, viel versprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip, P; Müller, V. (Hg.)(2009) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beme: Huber.



Synthèse des principaux schémas et tableaux des critères de Pratique exemplaire

Modèle radar



Liste des valeurs pertinentes

Valeurs, principes et fondements éthiques de la santé publique

- Mêmes droits/mêmes devoirs et responsabilité partagée en matière de santé, responsabilité sociale
- Non-malfaisance, bienfaisance („Fais du bien“), respect de l'autonomie, justice (les piliers éthiques de base de la santé publique)
- Transparence et devoir de rendre des comptes (accountability), ouverture
- Egalité des chances en matière de santé (décisions et activités guidées par un souci d'égalité et de justice)
- Durabilité: a) des mesures et/ou des modifications atteintes en faveur de la santé au-delà de la période du financement de départ; b) dans l'esprit du concept de développement durable

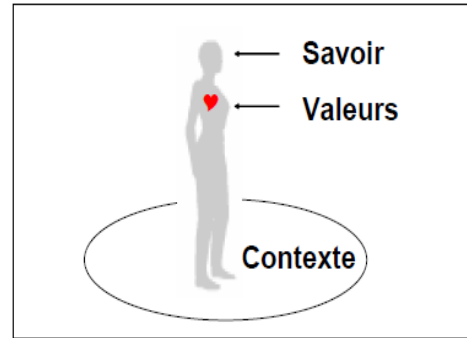
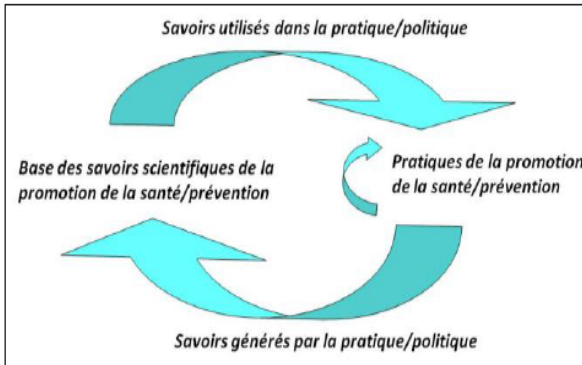
Et plus spécialement de la promotion de la santé:

- Orientation vers la santé et ses déterminants (salutogenèse au lieu de pathogenèse)
- Empowerment
- Participation

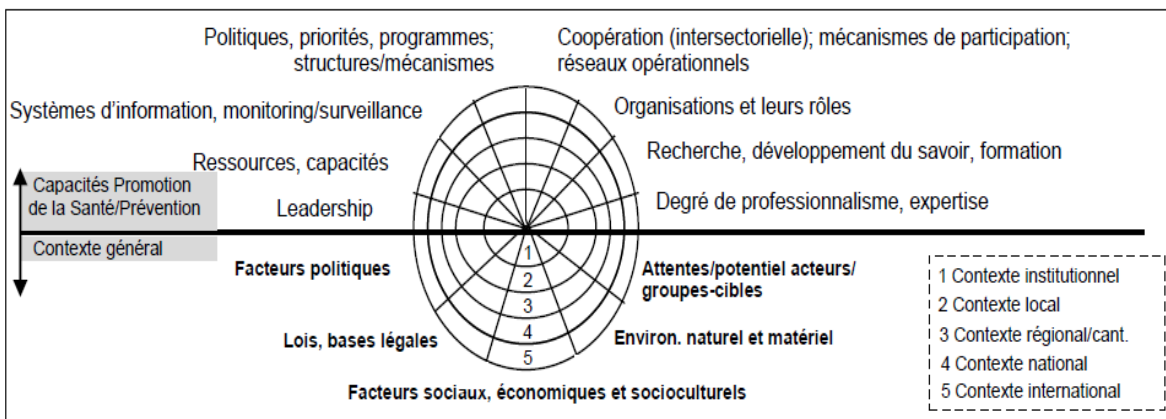
Types, sources et objets des savoirs scientifiques

Types des savoirs (scientifiques)	Sources des savoirs	Objets des savoirs
1. Evidence „Types de preuves“ 	„Sources des preuves“ Articles scientifiques (<i>peer reviewed</i>) dans les domaines santé, éducation, évaluation, sciences politiques, management, etc. Revues systématiques et narratives	„Objets des preuves“ - Déterminants / ressources de la santé et leur interaction - Répartition de la santé / déterminants de la santé sur la population - Efficacité des interventions / politiques
2. Théories scientifiques	Bons rapports d'évaluation ; méta-analyse de rapports et d'études d'évaluation	Efficacité des interventions / politiques

Cycle des savoirs: savoirs utilisés ou générés par la pratique/politique



Examen du contexte



© / Sources : Promotion Santé Suisse (2007) Concept 'Best Practice', chap.6 (www.promotionsante.ch); mot-clé: best practice ; Broesskamp-Stone, Ursel (2009) Gute, viel versprechende, beste Praxis? Der Best-Practice-Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention, in: Kolip, P; Müller, V. (Hg.)(2009) Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Berne: Huber.

8.2 Annexe 2 : Code pénal suisse : Interruption de grossesse (modification du 23 mars 2001)

Art. 118

2. Interruption de grossesse.
Interruption de grossesse punissable

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'art. 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

Interruption de grossesse non punissable

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

¹ FF 1998 2629

² FF 1998 4734

³ RS 311.0

⁴ Cette disposition correspond à l'art. 123 de la Constitution du 18 avril 1999 (RS 101).

2001-0556

2989

Code pénal suisse (Interruption de grossesse)

RO 2002

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 enceinte 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

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 seize ans, qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisé pour mineurs.

² 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.

Art. 121

Abrogé

2990

Code pénal suisse (Interruption de grossesse)

RO 2002

II

Modification du droit en vigueur

La loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie⁵ est modifiée comme suit:

Préambule

vu l'art. 34^{bis} de la constitution⁶,

...

Art. 30 Interruption de grossesse non punissable

En cas d'interruption de grossesse non punissable au sens de l'art. 119 du code pénal⁷, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

III

¹ La présente loi est sujette au référendum.

² Le Conseil fédéral fixe la date de l'entrée en vigueur.

Conseil national, 23 mars 2001

Le président: Peter Hess
Le secrétaire: Ueli Anliker

Conseil des Etats, 23 mars 2001

La présidente: Françoise Saudan
Le secrétaire: Christoph Lanz

Résultat de la votation populaire et entrée en vigueur

¹ La présente loi a été acceptée par le peuple le 2 juin 2002⁸.

² Elle entre en vigueur le 1^{er} octobre 2002.

12 septembre 2002

Au nom du Conseil fédéral suisse:

Le président de la Confédération, Kaspar Villiger
La chancelière de la Confédération, Annemarie Huber-Hotz

⁵ RS 832.10

⁶ Cette disposition correspond à l'art. 117 de la Constitution du 18 avril 1999 (RS 101).

⁷ RS 311.0; RO 2002 2989

⁸ FF 2002 4786

8.3 Annexe 3 : Directives 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 cardio-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 1er juin 2008.

Le Chef du département



Pierre-Yves Maillard

8.4 Annexe 4 : Avis d'Experts n°15 » édicté par la SSGO

gynécologie suisse Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Avis d'Experts No. 15

Commission Assurance Qualité
Prof. Dr. Daniel Surbek

Utilisation de la mifépristone pour l'interruption médicamenteuse de grossesse au premier trimestre

Auteurs: J. Bitzer, Bâle; P. De Grandi, Lausanne; U. Haller, Zürich; J. Pók, Zürich

Révisé par: Dr. J. Pók

La mifépristone (RU 486) est un antagoniste puissant de la progestérone qui exerce son action en se liant aux récepteurs à la progestérone. Ce médicament a été autorisé par Swissmedic en Suisse en juillet 1999 sous le nom de Mifégyne®.

La mifépristone agit par inhibition compétitive des récepteurs à la progestérone. Son efficacité peut être augmentée par l'administration séquentielle d'un traitement à base de prostaglandines. À l'heure actuelle, on utilise principalement des prostaglandines E1, comme le misoprostol (ou plus rarement le géméprost), administrées par voie orale ou vaginale.

En Suisse, Swissmedic a autorisé le misoprostol, mais pour d'autres indications. Sur la base de l'expérience acquise, il est recommandé d'utiliser Mifégyne® en association avec le misoprostol (Cytotec®). Sur le plan juridique, il est également possible d'utiliser Cytotec® pour une indication non reconnue officiellement.

La mifépristone est plus efficace aux premiers stades de la grossesse. Les études publiées montrent que son utilisation en association avec une prostaglandine entraîne 95% d'avortements si l'administration a eu lieu avant 7 semaines de grossesse résolues. Ensuite, plus l'âge gestationnel avance, plus l'efficacité diminue.

En Suisse, la mifépristone est autorisée pour les interruptions médicamenteuses de grossesse jusqu'au 49^e jour suivant la date du premier jour des dernières règles. À l'échographie, cela correspond à un embryon dont le CRL mesure 8 mm. L'utilisation de mifépristone à un stade ultérieur de la grossesse, par ex. jusqu'au 63^e jour 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.

Tout comme les interruptions chirurgicales, les interruptions médicamenteuses de grossesse sont autorisées uniquement lorsqu'elles sont effectuées en conformité avec la loi.

Dans la pratique, Mifégyne® est administrée à une dose maximale de 600 mg (3 comprimés à 200 mg), sachant que son efficacité a également été démontrée à des doses inférieures (200-400 mg). Trente-six à 48 heures plus tard, une dose unique de 400 µg de misoprostol est administrée par voie orale, sublinguale, buccale ou vaginale (2 comprimés à 200 µg). Plus l'âge gestationnel est avancé, plus la dose doit être élevée. Toutefois, dans le cas du misoprostol, il ne faut jamais dépasser la dose de 800 µg.

Avant de procéder à toute interruption, il convient de calculer l'âge gestationnel en fonction de la date des dernières règles, puis de le vérifier par échographie. À cette occasion, il convient de s'assurer de l'absence de grossesse extra-utérine.

La patiente doit recevoir des informations détaillées sur les possibilités d'interruption de grossesse, médicamenteuse ou chirurgicale, et notamment sur le déroulement de chaque type d'intervention, les risques et effets secondaires possibles, les contre-indications et les aspects psychologiques. La femme doit avoir la possibilité de demander des précisions et bénéficier d'un soutien dans le cadre de sa prise de décision. Une brochure d'information doit lui être remise lors de l'entretien d'information. Il convient également de déterminer son groupe sanguin.

Si la patiente opte pour une interruption médicamenteuse après un délai de réflexion raisonnable, elle se verra administrer 3 comprimés de Mygéfine® par voie orale sous surveillance médicale. Chez les patientes de rhésus négatif, une prophylaxie par immunoglobulines anti-D doit être effectuée. Les patientes doivent être informées par écrit et par oral des personnes à contacter en cas d'événement imprévu.

Quarante-huit heures après la prise de Mifégyne®, 2 comprimés de Cytotec® sont administrés par voie orale/sublinguale/buccale ou vaginale. Chez plus de 50 % des femmes, l'avortement survient dans les 2 à 3 heures qui suivent. Un court séjour en observation en milieu hospitalier permet de mettre en œuvre le suivi médical et l'accompagnement nécessaires et d'administrer des analgésiques en cas de besoin. Lorsque la situation personnelle de la femme le permet et que la bonne utilisation du médicament est garantie, Cytotec® peut également être administré à domicile.

Toutes les femmes reçoivent des instructions détaillées sur la suite des événements et sont informées des personnes à contacter en cas de saignements ou d'événements imprévus. Une échographie de contrôle est réalisée 14 jours après l'administration de Cytotec® pour vérifier que l'avortement est complet. Si l'avortement est incomplet (4 % des cas), un nouveau contrôle sera effectué 14 jours plus tard ou un curetage sera pratiqué, en fonction des résultats et des symptômes constatés. Si la grossesse se poursuit (env. 1 % des cas), une intervention chirurgicale sera nécessaire.

Un traitement contraceptif oral peut être instauré à partir du 3^e jour suivant l'administration de Cytotec, ou du 1^{er} jour des règles suivantes.

Une suspicion de grossesse extra-utérine constitue une contre-indication à une interruption médicamenteuse de grossesse par Mygéfine®. Il est donc indispensable de procéder à une échographie avant toute interruption médicamenteuse de grossesse. Autres contre-indications: insuffisance rénale chronique, asthme bronchique sévère et non contrôlé et allergie connue à la mifépristone.

Il convient également de tenir compte des contre-indications à l'utilisation des prostaglandines: hypersensibilité connue au misoprostol ou complications lors d'un traitement antérieur par prostaglandines. Des troubles de la circulation sanguine, tels qu'une hypotension, ou des diarrhées sévères peuvent également survenir.

L'interruption médicamenteuse de grossesse peut être effectuée en milieu hospitalier ou dans des structures pratiquant des interruptions chirurgicales, ou qui coopèrent avec des établissements pratiquant ces interventions et pouvant être mobilisés à tout moment en cas d'urgence.

Date: 16/12/2008

8.5 Annexe 5 : Attestation d'entretien et formulaire de déclaration obligatoire vaudois



MOINS DE 12
SEMAINES
RÉVOLUES
A ET B

Demande d'interruption d'une grossesse (Procédure administrative d'usage à l'attention du médecin)

Le présent formulaire est composé de deux pages. La page 1 ci-dessous présente un volet A, et concerne la patiente de moins de 16 ans, et un volet B qui concerne la patiente de plus de 16 ans. Le médecin est tenu de remplir la partie qui convient et de la mettre au dossier de la patiente chez le médecin opérateur.

Selon les nouvelles directives, lorsque l'interruption de grossesse intervient au-delà des 12 semaines de grossesse, le médecin doit émettre un avis médical détaillé sur la situation de la patiente au lieu des formulaires susmentionnés.

Dans tous les cas, le formulaire de statistique en page 2 doit être dûment rempli est ensuite retourné par fax ou courrier au Médecin cantonal à l'adresse indiquée.

COMPLÉTER
FORMULAIRE
STATISTIQUE

Attestation de l'entretien réalisé avec la jeune femme enceinte âgée de moins de 16 ans révolus demandant une interruption de grossesse

PATIENTE DE MOINS DE 16 ANS

J'atteste que

Nom : Prénom :

Date de naissance : Domicile :

qui demande une interruption de grossesse, a été reçue et conseillée lors d'un entretien le

Lieu et date :

Nom, prénom :

et signature de la conseillère/du conseiller :

Timbre du centre de consultation reconnu spécialisé pour les mineurs :

J'atteste avoir bénéficié de cet entretien.

Lieu et date :

Signature de la personne demandant l'interruption de grossesse :

A

Attestation de l'entretien réalisé entre la femme enceinte demandant une interruption de grossesse et le médecin-conseil

PATIENTE DE PLUS DE 16 ANS
B

J'atteste que

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de domicile :

suis enceinte et me trouve dans une situation de détresse. Je décide de ne pas mener cette grossesse à terme. C'est pourquoi je demande une interruption de grossesse.

Le médecin, Dr

- s'est entretenu de manière approfondie avec moi,
- m'a conseillée personnellement,
- m'a informée sur l'intervention et les risques médicaux qui y sont liés,
- m'a transmis un document contenant la liste officielle des centres de consultations en matière de grossesse proposant gratuitement une aide matérielle et psychologique, une liste d'associations et organismes susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle et des informations sur la possibilité de faire adopter l'enfant.

Lieu et date :

Signature de la femme :

B

Le document **annexé** est à remplir par le médecin pratiquant l'intervention, à détacher et à renvoyer au Service de la santé publique – Médecin cantonal. Les indications recueillies sont anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de santé publique et d'épidémiologie.



STATISTIQUE EN MATIÈRE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Questionnaire confidentiel à renvoyer sans délai au **délégué du Médecin cantonal**, à l'adresse suivante: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), **UEPP, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne.**

Fax 021/314.79.29

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 ».

1. Date de naissance	jour <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		mois <input type="text"/> <input type="text"/>		année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Canton de domicile	canton de Vaud <input type="checkbox"/> 1	autre canton, lequel ? (écrire lisiblement)			étranger <input type="checkbox"/> 3	inconnu <input type="checkbox"/> 4
3. Nationalité	suisse <input type="checkbox"/> 1	autre pays, lequel ? (écrire lisiblement)			inconnu <input type="checkbox"/> 3	
4. Si étrangère, en Suisse depuis	année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
5. Si étrangère, permis de séjour	permis B <input type="checkbox"/> 1	permis C <input type="checkbox"/> 2	permis L <input type="checkbox"/> 3	permis N <input type="checkbox"/> 4	permis F <input type="checkbox"/> 5	permis G <input type="checkbox"/> 6
	permis S <input type="checkbox"/> 7	sans permis <input type="checkbox"/> 8	inconnu <input type="checkbox"/> 9			
6. Etat civil	mariée <input type="checkbox"/> 1	divorcée <input type="checkbox"/> 2	séparée <input type="checkbox"/> 3	célibataire <input type="checkbox"/> 4	veuve <input type="checkbox"/> 5	autre/inconnu <input type="checkbox"/> 6
7. Ménage	vit seule <input type="checkbox"/> 1	vit seule avec enfant(s) <input type="checkbox"/> 2	vit avec mari/ concubin/ partenaire (avec ou sans enfants) <input type="checkbox"/> 3	vit avec les parents ou un parent <input type="checkbox"/> 4	vit avec d'autres adultes (p.ex. colocation) <input type="checkbox"/> 5	vit dans un foyer <input type="checkbox"/> 6
	inconnu <input type="checkbox"/> 7					
8. Âge gestationnel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> semaines de grossesse (SG) lors de l'interruption (calculée à partir du 1 ^{er} jour des dernières règles, p. ex. 9 3/7 = 10 ^e SG)					
9. Nombre d'enfants vivants	aucun <input type="checkbox"/> 0	un <input type="checkbox"/> 1	deux <input type="checkbox"/> 2	trois <input type="checkbox"/> 3	plus (nombre) <input type="text"/> <input type="text"/>	
10. Date du dernier accouchement	mois <input type="text"/> <input type="text"/>		année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
11. Nombre d'IG antérieures	aucune <input type="checkbox"/> 0	une <input type="checkbox"/> 1	deux <input type="checkbox"/> 2	trois <input type="checkbox"/> 3	plus (nombre) <input type="text"/> <input type="text"/>	
12. Formation achevée la plus élevée	n'a pas terminé la scolarité obligatoire <input type="checkbox"/> 1	école obligatoire <input type="checkbox"/> 2	apprentissage, école professionnelle (sans maturité) <input type="checkbox"/> 3	collège, gymnase (maturité, baccalauréat) <input type="checkbox"/> 4	université ou formation professionnelle supérieure (HES, brevet fédéral) <input type="checkbox"/> 5	
13. Activité actuelle principale	emploi rémunéré <input type="checkbox"/> 1	au foyer <input type="checkbox"/> 2	en formation <input type="checkbox"/> 3	sans emploi <input type="checkbox"/> 4	autre <input type="checkbox"/> 5	inconnue <input type="checkbox"/> 6
14. Motif principal de l'IG	somatique (maladie physique de la mère, malformation ou risque grave pour l'enfant) <input type="checkbox"/> 1		viol-inceste <input type="checkbox"/> 2		psychiatrique <input type="checkbox"/> 3	psycho-social <input type="checkbox"/> 4
15. Date de l'intervention	jour <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		mois <input type="text"/> <input type="text"/>		année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. Méthode d'intervention	chirurgicale <input type="checkbox"/> 1	médical (RU 486) <input type="checkbox"/> 2				
17. Lieu de l'intervention	CHUV <input type="checkbox"/> 1	hôpital public régional <input type="checkbox"/> 2	clinique privée <input type="checkbox"/> 3	cabinet privé <input type="checkbox"/> 4		

Lieu : _____

Date :
jour mois année

Tampon du médecin :

8.6 Annexe 6 : Eléments de base pour la création de la check-list pour l'entretien pré-IG

- Documents essentiels :
 - L'organigramme pour l'entretien de conseil avant une IG³¹ (Steiner-König, 2003) ;
 - Le guide pratique d'entretiens de planning familial³² (Méan et Wyss, 2006).
- Description des différentes étapes et rendez-vous nécessaires pour l'IG y.c l'éventuel entretien post-IG ;
- Description des méthodes existantes selon les SA ;
- Remplir le formulaire de déclaration obligatoire ;
- Faire signer la feuille d'attestation de l'entretien ;
- Mettre à disposition un protocole de prise en charge si l'IG est à domicile ;
- Faire le point sur la contraception ;
- Parler des alternatives à l'IG : procédure pour l'adoption ; accouchement confidentiel.

8.7 Annexe 7 : Extrait de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique

Chapitre 7 : professions de la santé, Art. 122h : les sages-femmes

L'activité de la sage-femme consiste à :

- conseiller la future mère au cours de la grossesse, lui apporter les soins préventifs, assurer le suivi des grossesses physiologiques, dispenser les soins curatifs que prescrit le médecin ou que nécessite l'état de la patiente en cas d'urgence ; lorsqu'elle assure le suivi d'une grossesse physiologique, la sage-femme est tenue de signaler à la patiente qu'une consultation médicale est indiquée avant la 16ème semaine ;
- assister la mère et l'enfant pendant l'accouchement, ainsi que conduire de façon indépendante un accouchement présumé normal ; s'il se présente des complications, elle est tenue de faire immédiatement appel à un médecin ;
- donner les premiers soins au nouveau-né et à l'accouchée ainsi qu'enseigner aux parents les mesures d'hygiène personnelle et les soins à donner aux enfants ;
- prescrire les examens et prescrire ou administrer les médicaments ou pansements nécessaires à l'exercice de sa profession. Le département fixe la liste de ces examens et de ces médicaments.
- contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, au développement de la profession et collaborer à des programmes de promotion de la santé publique.

8.8 Annexe 8 : Condition pour l'obtention de l'attestation de formation complémentaire (AFC) en ultrasonographie prénatale

- Etre détenteur d'un titre de spécialiste fédéral ou étranger reconnu ;
- L'affiliation à la FMH n'est pas nécessaire pour l'octroi d'une attestation de formation complémentaire ;
- Des dispositions transitoires pour les candidats ayant obtenus leur diplôme de médecin avant 1999 existe (programme de formation en ligne ⁹).

Le candidat à l'attestation de formation complémentaire doit satisfaire aux exigences suivantes:

- Formation postgraduée clinique en gynécologie et obstétrique d'au moins 12 mois dans un établissement de formation reconnu par la FMH. Les spécialistes en radiologie qui ne satisfont pas à cette exigence doivent attester le double d'examens (soit 600 ultrasonographies sur au moins 300 femmes enceintes).
- Fréquentation de cours de formation postgraduée reconnus par la SGUM totalisant 5 jours, dont un cours de communication et un cours portant sur l'examen du premier trimestre.
- Exécution autonome d'au moins 300 ultrasonographies prénatales sur au moins 150 femmes enceintes, dont au moins 100 durant le premier trimestre de grossesse et 100 durant le deuxième trimestre. Une partie des ultrasonographies prénatales doit être effectuée sous supervision directe. Ce qui signifie que le médecin-assistant réalise la totalité de l'examen avec son formateur ou – à un stade plus avancé – que le formateur contrôle tous les résultats qui ne sont pas clairs ou qui sont particulièrement importants. Le formateur vise tous les résultats. Le formateur est détenteur de l'attestation de formation complémentaire en ultrasonographie prénatale.

La qualité, l'ampleur et la documentation de l'examen ultrasonographique suivent les recommandations de la Commission «ultrasonographie prénatale», qui sont actualisées et publiées périodiquement (brochures imprimées ou sur www.sgumgg.ch).

La Commission «ultrasonographie prénatale» édicte un règlement de détail portant sur la teneur des cours ainsi que sur l'accréditation et l'activité des tuteurs.

Formation continue (re-certification)

L'attestation de formation complémentaire est renouvelée pour cinq ans si durant la dernière période de validité, le candidat atteste sa participation à 15 heures de formation continue spécifique. Comptent comme formation continue spécifique les activités de formation continue reconnues, les cours de formation continue, les activités en milieu hospitalier et la participation aux cercles de qualité.

⁹ http://www.fmh.ch/files/pdf14/fa_schwangerschaftsultraschall_f.pdf

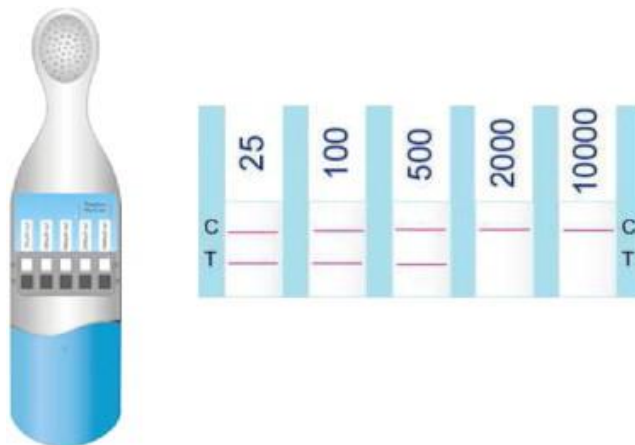
8.9 Annexe 9 : Tests HCG urinaires

Revue de S. Bacher

Des études récentes démontrent qu'il est possible et fiable de constater la fin de la grossesse après une interruption de grossesse médicamenteuse en utilisant un test hCG urinaire semi-quantitatif (*Multi-Level urine Pregnancy Test – MLPT*)^{27, 28} voire même un test dit à faible sensibilité^{29, 30}. Ces tests sont bien acceptés par les femmes les utilisant.

Une étude de 2016 montre une sensibilité des tests urinaires MLPT de 100% à détecter les grossesses se poursuivant à 3, 7 et 14 jours post-Mifépristone (spécificité respectivement 63.9, 90.4 et 97.1%)²⁷. Dans cette étude abordant les MLPT, les femmes faisaient un premier test de référence, puis un second à 3, 7 ou 14 jours. Une baisse du taux urinaire de HCG par rapport au 1^{er} test attestait l'interruption de la grossesse (puis confirmation par échographie dans l'étude). De plus, l'étude a confronté la méthode semi-quantitative avec le test urinaire à haute sensibilité, dont la spécificité était nettement inférieure avec une sensibilité cependant comparable. Elle en a conclu que la méthode semi-quantitative présentait davantage de fiabilité. Le test MLPT utilisé est présenté schématiquement dans la figure 3.

Figure 3 dBest HCG urine panel test, Ameritek (image: researchgate.net)



Une autre étude de 2015 impliquant un groupe test avec test urinaire à domicile contre un groupe contrôle avec échographie et visite médicale montre un taux de poursuite de grossesse de 0.7% dans le groupe test (contre 0% dans le groupe contrôle)²⁸. Dans ces dernières études, un suivi par téléphone a tout de même été fait. Le test utilisé est un test combiné haute et basse sensibilité présenté dans la figure 4.

Figure 4 hCG DUO test Vedalab (image: thelancet.com)



Selon le Dr A. Seidenberg, interniste installé dans la région zurichoise, il n'y a pas de critères clairs et basés sur des preuves concernant le moment de l'examen de contrôle. Un test de hCG urinaire à faible sensibilité $1'000\text{UI/mL}$ (Check-ToP, présenté dans la figure 5) après 2 semaines confirmerait le succès de l'IGM²⁹. Selon lui, il n'y aurait pas besoin de confirmation de contrôle sauf en cas de saignements peu abondants ou au contraire très intenses, Check-ToP positif, persistance des symptômes de grossesse après 5 semaines, $T^{\circ}>38.5$ ou encore de douleurs pelviennes persistantes.

Figure 5 Test Check-ToP utilisé par le Dr Seidenberg (image: nordicpharma.com)

