

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

Interruptions de grossesse : données épidémiologiques, accessibilité et techniques

Fabrizio Cominetti, Daria Koutaissoff, Stéphanie Locicero,
Brenda Spencer

RAISONS DE SANTÉ 217 – LAUSANNE


UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 217

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

Citation suggérée : Cominetti F, Koutaissoff D, Locicro S, Spencer B. Interruptions de grossesse : données épidémiologiques, accessibilité et techniques. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2016 (Raisons de santé 217).

<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/217>

Remerciements : Nous remercions chaleureusement la Dre Regina Kulier pour sa relecture avisée du Chapitre 5.

Date d'édition : Avril 2016

Table des matières

1	Résumé.....	7
2	Introduction	11
2.1	Mandat et structure du rapport.....	13
3	Données épidémiologiques	15
3.1	Définitions des principaux indicateurs.....	17
3.2	Données épidémiologiques au niveau mondial	17
3.3	Données épidémiologiques en Europe	19
3.3.1	Taux d'interruption de grossesse par région d'Europe.....	19
3.3.2	Taux d'interruption de grossesse, taux brut de natalité et indicateur de fécondité par pays européen.....	19
3.3.3	Taux d'interruption de grossesse selon l'âge des femmes pour différents pays d'Europe	22
3.3.4	Le canton de Vaud par rapport au reste de la Suisse.....	23
4	Accessibilité à l'interruption de grossesse	25
4.1	Cadre légal	26
4.2	Relation entre accessibilité et incidence.....	27
4.3	Conditions d'accès à l'interruption de grossesse	28
4.4	Motivations avancées pour demander une interruption de grossesse	29
5	Techniques d'interruption de grossesse.....	33
5.1	Introduction.....	35
5.2	Méthode médicamenteuse	36
5.2.1	Mifépristone et misoprostol	36
5.2.2	Mifépristone.....	37
5.2.3	Misoprostol	38
5.2.4	Cadre de l'interruption de grossesse : en clinique ou à domicile.....	39
5.2.5	Antalgie	39
5.2.6	Risque infectieux.....	40
5.3	Méthode chirurgicale.....	40
5.3.1	Type de chirurgie.....	40
5.3.2	Technique de préparation cervicale	40
5.3.3	Antibioprophylaxie	41
5.3.4	Pose de dispositif intra utérin (DIU) concomitant.....	42
5.3.5	Type d'anesthésie.....	43
5.4	Concernant les deux techniques d'interruption de grossesse.....	43
5.4.1	Comparaison de l'interruption de grossesse médicamenteuse et chirurgicale.....	43
5.4.2	Utilisation de l'ultrason avant l'interruption de grossesse.....	44
5.4.3	Prévention de l'allo-immunisation Rh-D	45

5.5	Complications et séquelles de l'interruption de grossesse.....	45
5.5.1	Rupture utérine.....	46
5.5.2	Saignements.....	46
5.5.3	Interruption de grossesse et grossesse extra-utérine	47
5.5.4	Conséquences de l'interruption de grossesse sur les grossesses ultérieures	47
5.5.5	Risque de cancer du sein suite à l'interruption de grossesse.....	48
5.5.6	Conséquences psychologiques de l'interruption de grossesse.....	48
6	Références	53
7	Annexes	63
7.1	Méthode.....	65
7.1.1	Chapitres 2 & 3: Sites Internet.....	65
7.1.2	Chapitres 2 & 3: Base de données électronique.....	66
7.1.3	Chapitres 2 & 3: Moteurs de recherche GOOGLE & GOOGLE SCHOLAR	66
7.1.4	Chapitres 2 & 3: Bibliographies de divers articles.....	66
7.1.5	Chapitre 4: Sources pour la revue de la littérature sur les techniques d'IG.....	66
7.2	Comparaison développée : situation en France.....	67
7.2.1	Contexte et sources d'information.....	67
7.2.2	Caractéristiques des femmes françaises ayant recours à l'interruption de grossesse	68
7.2.3	Prise en charge de l'interruption de grossesse en France.....	69
7.2.4	Synthèse.....	71

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre et taux d'interruption de grossesse dans le monde de 1995 à 2008	18
Tableau 2	Taux d'interruption de grossesse par région d'Europe de 1995 à 2008	19
Tableau 3	Taux de recours à l'interruption de grossesse selon l'âge des femmes pour différents pays d'Europe.....	22
Tableau 4	Législations en matière d'interruption de grossesse.....	27
Tableau 5	Accessibilité à l'interruption de grossesse en Europe	28
Tableau 6	Choix du premier interlocuteur et prise en charge de l'interruption de grossesse selon le statut de l'établissement	70
Tableau 7	Prise en charge de l'interruption de grossesse selon la technique de l'intervention	71

Liste des figures

Figure 1	Comparaison européenne des taux d'interruption de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans.....	20
Figure 2	Comparaison européenne des taux bruts de natalité (pour 1000 habitants) (données 2012).....	21
Figure 3	Comparaison européenne des indicateurs conjoncturels de fécondité	21

1

Résumé

1 Résumé

Financé par le Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) du canton de Vaud, le présent rapport vient en complément du mandat de surveillance des interruptions de grossesse (IG) effectuées dans le canton de Vaud. Il a comme objectif de mettre en contexte la situation dans le canton de Vaud en faisant le point sur différents aspects de l'interruption de grossesse à l'appui des revues parues dans la littérature internationale. Trois axes d'analyse sont présentés : les données épidémiologiques, l'accessibilité à l'IG ainsi que les techniques d'interruption de grossesse et leurs éventuelles conséquences indésirables.

Situation épidémiologique des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en regard d'autres pays au niveau européen et mondial.

- En 2008, le taux d'interruption de grossesse est de 27 ‰ en Europe (inclus les pays de l'Ex-union soviétique) et de 28‰ au niveau mondial. La région de l'Europe de l'Ouest (France, Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Autriche) a le taux le plus bas au monde (12‰).
- La Suisse figure parmi les pays ayant les taux les plus bas d'Europe (6.7‰ en 2012). Le canton de Vaud a un taux de 8.9‰.

Accessibilité à l'interruption de grossesse

- De nombreux pays industrialisés ont assoupli, ces dernières années, leur législation sur l'interruption de grossesse. C'est le cas notamment de la Suisse, où depuis 2002, la femme confrontée à une grossesse non-désirée décide dans un délai de 12 semaines si elle mène à terme ou fait interrompre sa grossesse.
- De manière générale, la libéralisation des lois sur l'interruption de grossesse n'a pas conduit à une augmentation de l'incidence des interruptions de grossesse.
- En Suisse, aucune augmentation des interruptions de grossesse n'a été constatée suite à l'introduction du régime du délai en 2002.
- Concernant les motivations avancées pour demander une IG, une synthèse des études menées indique que les femmes donnent en moyenne 5 raisons à leur demande d'IG. Ces raisons sont le plus souvent corrélées et ne peuvent être considérées séparément. C'est l'addition de ces différentes raisons qui fait qu'une femme se retrouve dans une situation dans laquelle une demande d'interruption de grossesse est la solution la moins mauvaise.

Techniques d'interruptions de grossesse et leurs éventuels conséquences indésirables

Il existe deux approches à l'interruption de grossesse: la méthode chirurgicale et la méthode médicamenteuse, autorisée en Suisse jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée et laissée à l'appréciation du clinicien jusqu'à 9 semaines. La méthode médicamenteuse est autorisée en Suisse depuis 1999 et, sous certaines conditions, se pratique également au cabinet privé. Dans la majorité des cas, elle constitue la méthode de choix. Sur le plan international, plusieurs revues ont évalué la pertinence et l'efficacité de ces deux méthodes et des différents protocoles qui peuvent être appliqués pour effectuer l'interruption de grossesse.

Pour la méthode chirurgicale, la technique par aspiration est plus rapide, plus efficace et moins douloureuse que le curetage. Une préparation cervicale est recommandée dès 12-14 semaines d'aménorrhée (SA) et une antibioprofylaxie systématique est conseillée. Pour la méthode médicamenteuse, la dose de mifépristone de 200 [mg] semble avoir la même efficacité que celle de 600 [mg] lorsqu'elle est associée au misoprostol. Le taux de succès semble diminuer si l'intervalle entre la prise des deux médicaments est inférieur à 8 heures. La voie d'administration vaginale du misoprostol apparaît comme « optimale ». Le principal facteur favorable au succès de cette méthode est l'âge gestationnel bas. Le risque infectieux est très faible. L'IG médicamenteuse peut être faite à domicile, ce qui présente certains avantages (intimité, soutien de l'entourage), tout en étant aussi efficace et sûre qu'en clinique.

Au 2^e trimestre, l'association mifépristone-misoprostol est la méthode médicamenteuse la plus efficace et la plus rapide. Le misoprostol devrait être administré par voie vaginale, ou sublinguale. L'intervalle entre les deux substances peut être réduit à 12-24 heures, raccourcissant la durée totale de l'IG.

L'événement indésirable le plus fréquent des IG médicamenteuses est la poursuite de la grossesse. Les IG médicamenteuses sont souvent accompagnées de crampes utérines et de saignements plus importants que la méthode chirurgicale. Le risque du cancer du sein ne semble pas augmenter suite à une IG.

Les IG ne semblent pas associées à une augmentation de troubles de la santé psychique, lorsque les facteurs confondants sont contrôlés et les groupes de comparaison « pertinents » : par exemple les grossesses non-désirées menées à terme.

2

Introduction

2 Introduction

2.1 Mandat et structure du rapport

De part son expérience dans la surveillance et l'évaluation, ses compétences dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ainsi que son ancrage dans un large réseau de partenaires, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) a été chargé par le Service de la santé publique (SSP) du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) de réaliser le suivi statistique des interruptions de grossesse^a (IG) effectuées dans le canton de Vaud. Ce suivi a donné lieu à une série de publications détaillant d'année en année l'évolution de la situation épidémiologique des interruptions de grossesse dans le canton.

Ce rapport, établi grâce à un mandat supplémentaire accordé en 2013, vient en complément à cette surveillance. Il est également accompagné d'un rapport synthétisant et analysant en détail l'évolution de la situation concernant les IG dans le canton de Vaud de 2006 jusqu'en 2012.

Le présent rapport a comme objectif de mettre en contexte les données vaudoises en faisant le point sur différents aspects de l'interruption de grossesse. Ainsi, il permet de situer les données épidémiologiques en les comparant à celles recueillies ailleurs en Europe, voire dans le monde. De la même manière, la question de l'accessibilité à l'interruption de grossesse est abordée dans une description du cadre légal et de l'accès à l'IG de manière plus générale ailleurs en Europe. Par ailleurs, nous avons cherché des informations concernant les caractéristiques et les motivations des femmes ayant recouru à l'IG dans les régions semblables à la Suisse.

Les données épidémiologiques sont présentées en forme d'entonnoir, à savoir commençant avec un bref aperçu du contexte mondial, suivi d'une focalisation sur les données européennes, le cas échéant, des pays proches de la Suisse. A ce propos, une description plus développée de la situation en France est présentée en annexe 7.2. Ce pays dispose de plusieurs recherches concernant l'IG et il est également le pays étranger géographiquement et culturellement le plus proche de la Suisse romande.

La deuxième section du rapport fait la synthèse des données disponibles concernant les techniques chirurgicales et médicales de l'IG. Les techniques préconisées pour interrompre la grossesse ont passablement évolué au fil des dernières années, grâce notamment à l'introduction de l'approche médicale. Dans ce contexte, il est important d'être à jour concernant les derniers constats et recommandations établis sur le plan international.

La méthode utilisée pour cette revue de littérature est incluse en annexe 7.1. De manière générale, le choix a été fait de se baser sur les travaux de synthèse, incorporant les données de plusieurs publications. Si ce choix s'imposait par l'ampleur des thèmes étudiés et le temps à

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

disposition, il est aussi en cohérence avec le désir de faire le point sur plusieurs questions d'une manière la plus *evidence-based* que possible.

3

Données épidémiologiques

3 Données épidémiologiques

3.1 Définitions des principaux indicateurs

Les tendances épidémiologiques dans le domaine des interruptions de grossesse sont généralement évaluées à partir de deux indicateurs principaux :

- Le taux d'interruption de grossesse, soit le nombre d'interruption de grossesse pour 1000 femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans) ;
- Le ratio « interruptions de grossesse / naissances vivantes », soit le rapport entre ces deux agrégats exprimé en pour cent ou pour mille (les deux présentations sont courantes).

Parfois, d'autres indicateurs sont également utilisés et permettent, placés en regard du taux d'interruption de grossesse, une meilleure compréhension des données exposées :

- Le taux brut de natalité : correspond au nombre total de naissances vivantes enregistrées au cours de l'année sur la population résidente permanente moyenne. Cet indicateur s'exprime par le nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants ^b.
- L'indicateur conjoncturel de fécondité : il permet de calculer le nombre moyen d'enfants auxquels les mères donneraient le jour si les générations futures avaient le même taux de fécondité par âge que les générations actuelles^b. « On parle de remplacement des générations quand le nombre de filles dans la génération des enfants est égal au nombre de femmes dans la génération des parents. A cause du rapport de masculinité à la naissance et de la faible mortalité infantile, le niveau de remplacement est atteint lorsque les femmes ont environ 2,1 enfants dans les pays développés » (Office Fédéral de la Statistique en Suisse) ^c.

3.2 Données épidémiologiques au niveau mondial

L'amélioration de la santé maternelle est un des huit objectifs du millénaire et passe, entre autre, par la réduction de trois quarts du taux de mortalité maternelle d'ici à 2015. De ce fait, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suit depuis 1995 l'évolution des chiffres sur les interruptions de grossesse à risque ou dangereux dans le monde.

En 2012, en collaboration avec Sedgh et al. du *Guttmacher Institute* ^{1,2}, l'OMS a publié les derniers chiffres disponibles sur les interruptions de grossesse dans le monde. Cette étude est la seule actuellement à présenter des tendances sur les taux d'interruption de grossesse (nombre d'IG

^b Source : Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

^c Le calcul de cet indicateur est disponible à www.insee.fr

pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans) au niveau mondial, régional et sous-régional (selon la définition de l’OMS) pour trois années 1995, 2003 et 2008 ³.

Le tableau 1 présente le nombre et les taux d’interruption de grossesse dans le monde pour chacune des années. En 2008, 43.8 millions d’interruptions de grossesse ont été pratiqués de part le monde. Cela concerne pour la grande majorité les pays en voie de développement^d (37.8 vs 6.0 millions pour les pays développés).

Alors que le taux d’interruption de grossesse avait diminué entre 1995 et 2003 (de 35‰ à 29‰), on assiste depuis à une stabilisation. Cette tendance semble concerner toutes les régions OMS. Malgré cela, on observe des disparités : les pays développés ont un taux d’interruption de grossesse bien plus faible que les autres pays (17‰ vs. 29‰). L’Amérique latine, l’Afrique et l’Asie présentent une situation stable depuis 2003 avec respectivement des taux de 32‰, 29‰ et 28‰. La région sud-américaine a le taux le plus élevé d’interruption de grossesse au monde alors que l’Europe a le plus bas (27‰, malgré la prise en compte des pays d’Europe de l’Est qui ont un taux très élevé (43‰, Tableau 2).

Tableau 1 Nombre et taux d’interruption de grossesse dans le monde de 1995 à 2008

	Nombre d’interruption de grossesse (en millions)			Taux d’interruption de grossesse (pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans)		
	1995	2003	2008	1995	2003	2008
Monde	45.6	41.6	43.8	35	29	28
Pays développés *	10.0	6.6	6.0	39	25	24
Hors Europe de l’Est	3.8	3.5	3.2	20	19	17
Pays en développement *	35.5	35.0	37.8	34	29	29
Hors Chine	24.9	26.4	28.6	33	30	29
Afrique	5.0	5.6	6.4	33	29	29
Asie	26.8	25.9	27.3	33	29	28
Europe	7.7	4.3	4.2	48	28	27
Amérique latine	4.2	4.1	4.4	37	31	32
Amérique du Nord	1.5	1.5	1.4	22	21	19
Océanie	0.1	0.1	0.1	21	18	17

*Définition onusienne : les régions dites développées regroupent l’Europe, l’Amérique du Nord, l’Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande ; toutes les autres sont définies comme pays en développement. Données tirées de Sedgh et al. 2012 ¹ et du Guttmacher Institute ².

^d Terme utilisé dans la publication de référence.

3.3 Données épidémiologiques en Europe

3.3.1 Taux d'interruption de grossesse par région d'Europe

Le tableau 2 décrit les taux d'interruption de grossesse pour chaque région d'Europe. Quelles que soient les années, on assiste à un grand écart entre l'Europe de l'Est et les autres régions d'Europe : l'Europe de l'Ouest (France, Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Autriche) a le taux le plus bas au monde (12‰) alors que les pays de l'Ex-union soviétique, malgré un net progrès depuis 1995, présentent quant à eux le taux le plus élevé (43‰), non seulement d'Europe, mais également au monde. Les taux sont stables depuis 1995 pour l'Europe du Nord et de l'Ouest.

Tableau 2 Taux d'interruption de grossesse par région d'Europe de 1995 à 2008

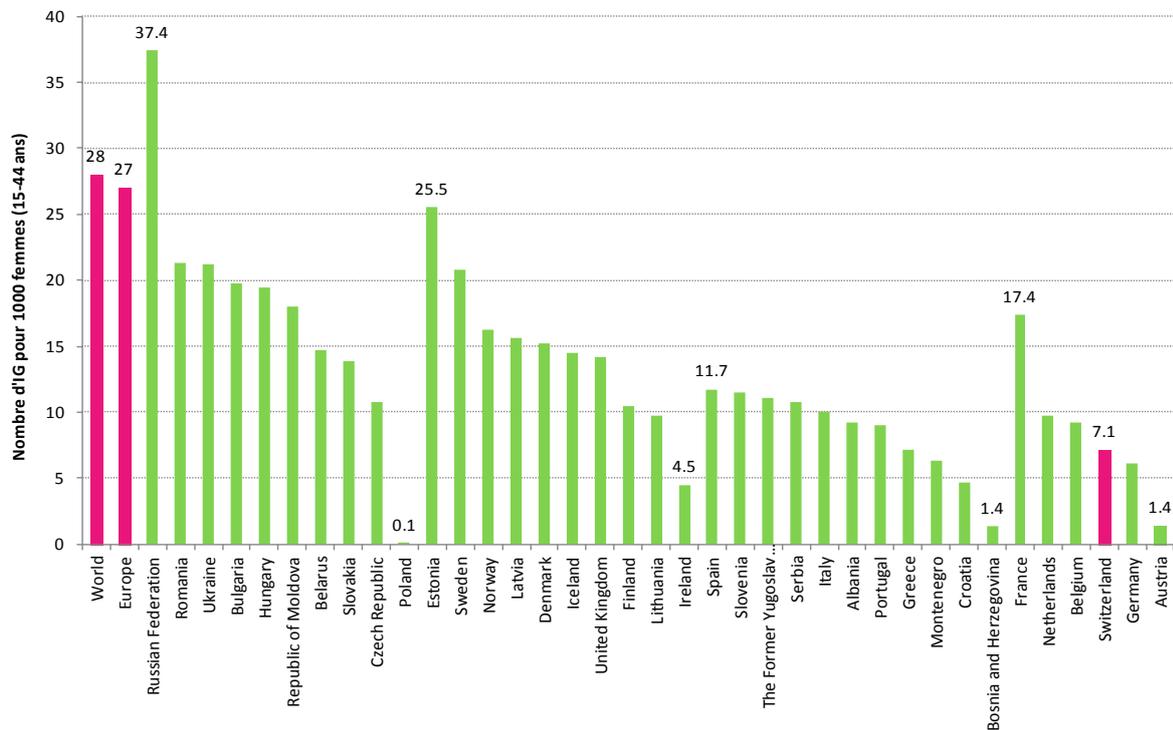
Taux d'interruption de grossesse (pour 1000 femmes âgées de 15-44 ans)	1995	2003	2008
Europe de l'Est	90	44	43
Europe du Nord	18	17	17
Europe du Sud	24	18	18
Europe de l'Ouest	11	12	12
Total Europe	48	28	27
Monde	35	29	28

Données tirées de Sedgh et al. 2012 ¹.

3.3.2 Taux d'interruption de grossesse, taux brut de natalité et indicateur de fécondité par pays européen

La figure 1 présente, pour tous les pays de l'Europe géographique, les taux d'interruption de grossesse⁴. Il faut noter que les données ne sont pas toutes issues de la même année car tous les pays n'ont pas un système de surveillance régulier des interruptions de grossesse. Afin d'alléger la lecture de ce graphique, seules les proportions des valeurs extrêmes pour chaque région d'Europe sont affichées. On note de grandes différences selon les pays. La Russie a le taux le plus élevé (37.4‰) et la Bosnie-Herzégovine et l'Autriche le plus bas d'Europe (1.4‰). La Suisse figure parmi les pays ayant les taux les plus bas d'Europe (7.1‰ en 2010).

Figure 1 Comparaison européenne des taux d'interruption de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans



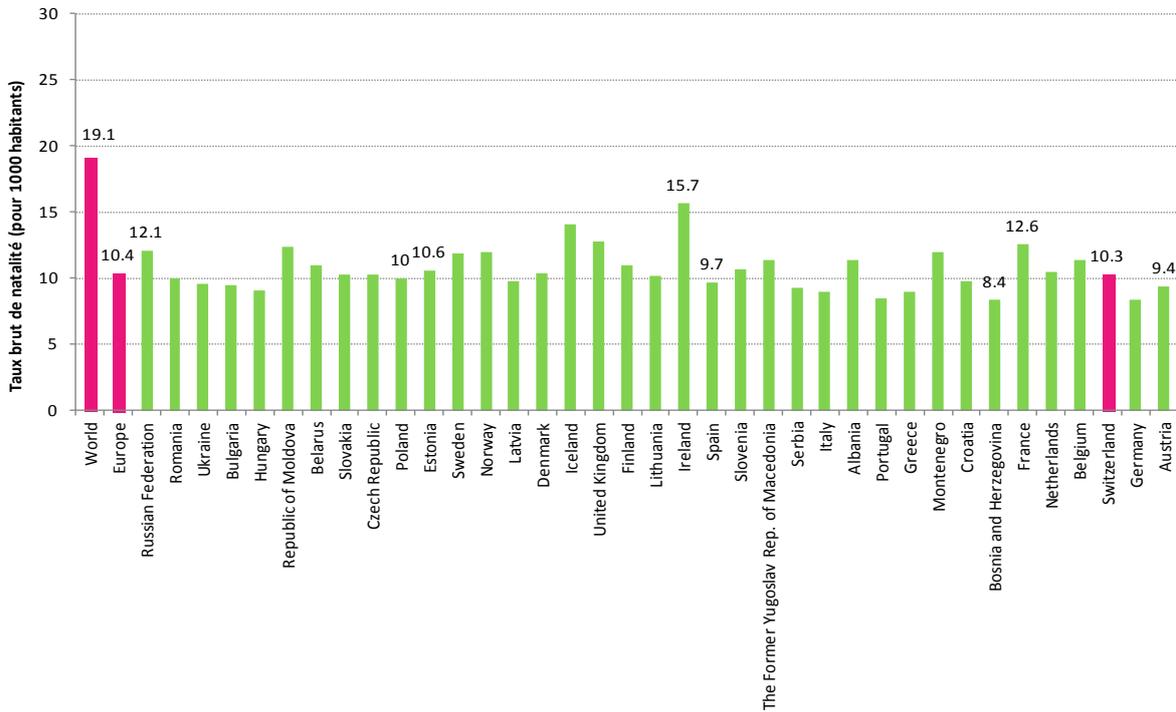
Données tirées de *United Nations: World abortion policies 2013*. New York Population Division, Department of Economic and Social Affairs 2013.

Les figures 3 et 2 détaillent, pour les mêmes pays, les taux bruts de natalité^e ainsi que l'indicateur conjoncturel de fécondité^{5,6}. La Suisse, avec un taux de natalité de 10.3‰, est dans la moyenne européenne (10.4‰). Par rapport à ses voisins, elle a un taux inférieur au taux français (12.6‰) mais supérieur à celui des allemands (8.4‰, taux le plus bas d'Europe), des Italiens (9.0‰) et des autrichiens (9.4‰). L'indicateur conjoncturel de fécondité de la Suisse (1.5), à savoir le niveau de remplacement des générations, est légèrement inférieur à l'indicateur européen (1.6). Il est identique à celui de l'Allemagne et de l'Italie mais inférieur à celui des Français (2.0) et supérieur à celui des Autrichiens (1.3).

Visuellement, on remarque rapidement qu'il ne semble pas y avoir de correspondance entre le taux d'interruption de grossesse et le nombre de naissances vivantes enregistrées ou le nombre moyen d'enfants par femme. La collecte des données et leur compte rendu (*reporting*) peuvent être très inégaux selon les pays. De même, les cadres législatifs peuvent être très variables d'un pays à l'autre (voir chapitre 1). Cela pourrait expliquer qu'aucune tendance claire ne se dégage.

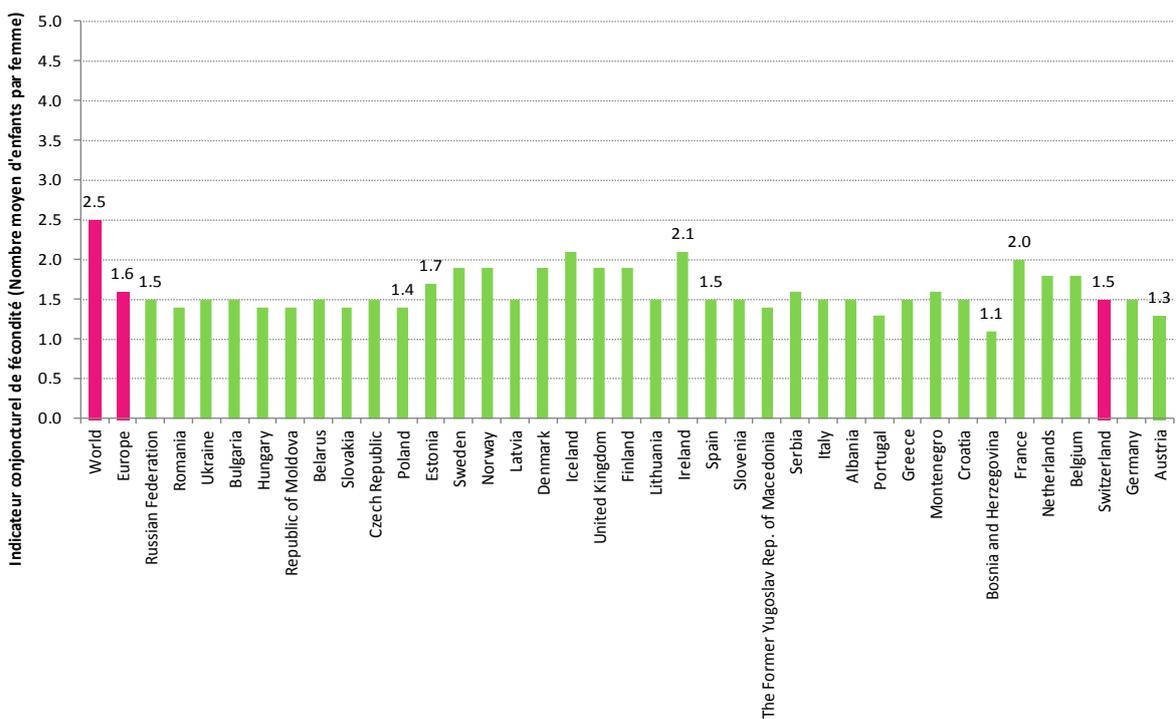
^e Source : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Figure 2 Comparaison européenne des taux bruts de natalité (pour 1000 habitants) (données 2012)



Données tirées de l'Office statistique de l'Union européenne (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) et *The World Factbook* 2013-14. Washington, DC: Central Intelligence Agency, 2013.

Figure 3 Comparaison européenne des indicateurs conjoncturels de fécondité



Données tirées de United Nations: World Population Prospects: The 2012 Revision. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2012.

3.3.3 Taux d'interruption de grossesse selon l'âge des femmes pour différents pays d'Europe

Le tableau 3 ci-dessous nous donne des informations sur les taux de recours à l'interruption de grossesse selon l'âge des femmes pour différents pays d'Europe. Les taux les plus élevés concernent les femmes de 20 à 29 ans quel que soit le pays. Si l'on compare les taux de 2009 et 2010, la Suisse a les taux les plus bas quelles que soient les tranches d'âge prises en compte^f. Abigail et Power (2008) soulignent que les données qui permettraient de comparer l'évolution de ces taux dans le temps ne sont malheureusement pas disponibles⁷.

Tableau 3 Taux de recours à l'interruption de grossesse selon l'âge des femmes pour différents pays d'Europe

	France	Royaume-Uni	Pays-Bas	Slovénie	Suisse	Vaud
Taux de recours IG (pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans)^g	2009	2010	2010	2009	2010	2010
	17.4	14.2	9.7	11.5	7.1	11.5 ^h
Taux de recours par âge⁷	2009	2010	2008	2010	2011	2011
15-19 ans	15.2	22.0	7.1	6.6	4.6	8.1
20-24 ans	26.7	30.2	15.0	11.9	9.9	13.2
25-29 ans	23.4	22.5	12.2	12.7	9.1	12.8
30-34 ans	18.8	16.5	9.7	14.1	8.3	11.0
35-39	13.6	10.0	7.0	12.3	6.3	6.9
> 40 ans	5.8	4.0	3.5	5.6	2.6	1.7
Nombre IG pour 100 naissances vivantes⁸	2000	2000	2000	2000	2012	2011
	18	21	14	29	12.8	17.1

Abigail et Power (2008)⁷ n'ont pas pu retenir d'autres caractéristiques que l'âge dans leur champ d'investigation (ex : niveau de formation, état civil ou nationalité), car les données disponibles sont trop lacunaires.

Dans le cadre de cette étude, seules les revues présentant les caractéristiques des femmes pour différents pays d'Europe ont été retenues. Si l'on élargit le champ d'investigation et que l'on ne retient pas uniquement les revues regroupant des données comparées de plusieurs pays, des

^f Le taux de 2010 est présenté pour la Suisse de manière à pouvoir le comparer avec les autres pays dont nous ne connaissons que les valeurs pour l'année 2009 ou 2010.

^g Les données par pays, y compris celles de la Suisse, proviennent de: United Nations, World abortion Policies 2013, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Les chiffres du canton de Vaud proviennent de l'OFS : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/03/key/03.html> (OFS 2010 : Suisse= 7.1 et Vaud 11.5).

^h Les interventions effectuées à l'hôpital du Chablais (Vaud-Valais) et à l'hôpital intercantonal de la Broye (Vaud-Fribourg) sont comptabilisées sur le canton de Vaud.

données plus détaillées sur les caractéristiques des femmes sont disponibles par pays mais difficilement comparables^{4, 8-10}.

3.3.4 Le canton de Vaud par rapport au reste de la Suisse

Le canton de Vaud a un taux de 8.9‰, supérieur au taux national de 6.7‰. Il fait partie des cantons dont le taux est le plus élevé de Suisse après Genève (13.8‰) et Neuchâtel (10.4‰). Il est important ici de rappeler que le taux d'interruptions de grossesse est avant tout lié aux caractéristiques de la population féminine (âge, nationalité, niveau de formation...). La population diffère de manière considérable entre les cantons, il n'est donc pas pertinent de les comparer entre eux sur le plan épidémiologique.

En résumé

- En 2008, le taux d'interruption de grossesse est de 28‰ au niveau mondial et de 27 ‰ en Europe (inclus les pays de l'Ex-union soviétique). Parmi les régions européennes, l'Europe de l'Ouest (France, Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Autriche) a le taux le plus bas au monde (12‰).
- La Suisse figure parmi les pays ayant les taux les plus bas d'Europe (6.7‰ en 2012). Le canton de Vaud a un taux de 8.9‰.

4

Accessibilité à l'interruption de grossesse

4 Accessibilité à l'interruption de grossesse

4.1 Cadre légal

Entre 1950 et 1985, la plupart des pays industrialisés, ainsi que quelques pays en voie de développement ont libéralisé leurs lois sur l'interruption de grossesse. Depuis 1985, de nombreux pays ont assoupli leur législation et une partie d'entre eux, comme la Suisse, ont introduit le régime du délaiⁱ¹¹.

Cela dit, les législations en vigueur dans le monde en matière d'interruption de grossesse diffèrent fortement, mais peuvent néanmoins être regroupées en 5 catégories. Celles-ci sont présentées ci-dessous, allant du modèle le moins restrictif au plus restrictif^{f4, 12} (voir Tableau 4).

- **Requête de la femme** (*'without restriction as to reason'*) : ce modèle concerne les pays dans lesquels les interruptions de grossesse sont légales ou qui connaissent le 'régime du délai'. La plupart des pays d'Europe sont concernés.
- **Indications socio-économiques** (*'socioeconomic grounds'*) : des critères tels que les ressources économiques de la femme enceinte ou son état civil sont pris en considération dans ce modèle. La décision de l'interruption de grossesse ne relève pas uniquement de la femme elle-même.
- **Indications psychiques** (*'to preserve mental health'*): l'interruption de grossesse est admise en vue de préserver la santé psychique de la femme. L'interprétation de ce que recouvre la « santé psychique » varie cependant d'un pays à l'autre. Exemples: Colombie, Malaisie, Thaïlande. Aucun pays d'Europe ne connaît ce régime.
- **Indications médicales** (*'to preserve physical health'*) : les interruptions de grossesses sont admis uniquement pour des raisons médicales. Dans certains pays, la santé est interprétée parfois comme incluant la santé psychique.
- **Interdiction totale ou interruptions de grossesse admissibles pour sauver la vie de la femme enceinte** (*'to save the woman's life or prohibited altogether'*) : ce modèle est le plus restrictif. Quatre pays européens figurent dans cette catégorie.

Les lois sur la légalité des interruptions de grossesse au deuxième semestre varient également fortement dans le monde. Il apparaît également que plus une interruption de grossesse est demandée à un stade avancé, plus les lois tendent à être restrictives¹³.

ⁱ Le régime du délai donne la possibilité à une femme confrontée à une grossesse non désirée de décider, à l'intérieur d'un délai précis, si elle peut/veut ou non la mener à terme.

Tableau 4 Législations en matière d'interruption de grossesse

	Requête de la femme		Indic. socio-économiques	Indic. psychiques	Indic. médicales	Interdiction
Niveau mondial						
Nombre de pays concernés	56		14	23	35	68
% de la population mondiale	39.3		21.3	4.2	9.6	25.7
Pays d'Europe	Albanie	Lettonie	Chypre		Liechtenstein	Andorre
	Allemagne	Lituanie	Finlande		Monaco	Irlande
	Autriche	Macédoine	Islande		Pologne	Malte
	Belgique	Moldavie	Luxembourg			San Marino
	Biélorussie	Monténégro	Royaume-Uni			
	Bosnie-Herzégovine	Norvège				
	Bulgarie	Pays-Bas				
	Croatie	Portugal				
	Danemark	République Tchèque				
	Espagne	Roumanie				
	Estonie	Serbie				
	France	Slovaquie				
	Grèce	Slovénie				
	Hongrie	Suisse				
	Italie	Ukraine				

4.2 Relation entre accessibilité et incidence

Avant de se pencher sur la question de la relation entre l'accessibilité et l'incidence, précisons tout d'abord le lien entre accessibilité et santé des femmes.

L'interruption de grossesse est le plus souvent médicalisée lorsqu'elle est légale. A contrario, il existe généralement une proportion importante d'interruptions de grossesse non médicalisées¹ dans les pays qui ont des législations restrictives : plus de 97% des interruptions de grossesses pratiquées en Afrique et en Amérique latine ne sont pas médicalisées². L'interruption de grossesse non médicalisée a des conséquences néfastes sur la santé. L'OMS a estimé à 70'000 environ les décès annuels dus à des interruptions de grossesses mal faites en 1990 et à 47'000 pour l'année 2008¹⁴. Les lois restrictives mettent ainsi en danger la vie des femmes.

Par ailleurs, les législations extrêmement restrictives ne sont pas toujours associées à des moindres taux d'interruption de grossesse : l'interruption de grossesse est interdite dans la

¹ L'avortement non médicalisé est une procédure de l'interruption de grossesse pratiquée par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires et/ou dans un cadre qui ne répond pas aux normes médicales minimales.

plupart des pays d'Afrique et d'Amérique latine, et le taux d'interruption de grossesse est de respectivement 29 et 32 pour mille femmes âgées de 15 à 44 ans. En Europe de l'Ouest, l'interruption de grossesse est le plus souvent admise et le taux de recours à l'IG se situe à 12 pour mille².

Depuis 1950, la plupart des pays développés, ainsi que quelques pays en voie de développement ont libéralisé leurs lois sur l'interruption de grossesse afin, le plus souvent, de diminuer la mortalité et la morbidité due à des procédures peu sûres¹⁵. De manière générale, la libéralisation des lois ne conduit pas à une augmentation des interruptions de grossesse. En Suisse, aucune augmentation des interruptions de grossesse n'a pu être constatée suite à l'introduction du régime du délai en 2002.

4.3 Conditions d'accès à l'interruption de grossesse

L'accès à l'IG dépend en premier lieu de la loi en vigueur. Même dans les pays où les interruptions de grossesse sont légales (=majorité des pays d'Europe), il y a des restrictions à l'accès à l'IG. La loi impose en effet des conditions ou restrictions sur la pratique de l'interruption de grossesse. Celles-ci concernent le plus souvent les critères suivants: durée du délai, entretien de conseil, délai de réflexion, prise en charge de coûts, etc.

Pinter et al. (2005)¹⁵ compare l'accessibilité à l'interruption de grossesse dans quelques pays d'Europe (Tableau 5).

Tableau 5 Accessibilité à l'interruption de grossesse en Europe

	France	Royaume-Uni	Allemagne	Pays-Bas	Suisse
Durée du délai (nbre de semaines depuis les dernières règles)	14	24	14	24	12
Entretien de conseil obligatoire	Oui pour les mineures	Non	Oui	Oui	Oui
Délai de réflexion	7 jours	Non	3 jours	5 jours	Non
Prise en charge des coûts	Caisse maladie	NHS	Caisse maladie seulement pour les femmes démunies	Caisse maladie	Caisse maladie

Les lois ne sont cependant pas seules à déterminer l'accès à l'interruption de grossesse effectuée dans de bonnes conditions. L'aptitude des femmes à obtenir la procédure est affectée non seulement par la législation, mais encore par la manière dont cette législation est interprétée et exécutée, et aussi par l'attitude des cercles médicaux à l'égard de l'interruption de grossesse¹¹.

4.4 Motivations avancées pour demander une interruption de grossesse

La recherche sur la base de données électronique MEDLINE a permis d'identifier une seule revue récente sur les raisons pour lesquelles les femmes demandent un IG (Kirkman et al., 2009) ¹⁶.

Cette revue cherche à comprendre pourquoi les femmes demandent une interruption de grossesse en intégrant uniquement les études ayant récolté les données auprès des femmes elles-mêmes, que ce soit de manière qualitative ou quantitative. Seules les études publiées entre 1996 et 2007, et menées dans des pays à revenu élevé ont été retenues. Au total, 19 études ont été considérées comme éligibles. Elles ont été conduites en Suède (7), Etats-Unis (4), Grèce (2), Canada (2), Australie (1), Danemark (1), Pays-Bas (1) et Norvège (1).

Malgré des différences en termes de récolte et d'analyse des données, ces études ont permis de dresser un tableau consistant des raisons pour lesquelles les femmes demandent une interruption de grossesse. Kirkman et al. proposent de classer ces raisons en trois catégories (Kirkman, 2009) ¹⁶ : a) raisons qui concernent la femme elle-même ; b) raisons qui concernent d'autres personnes ; c) raisons matérielles.

La première catégorie (raisons qui concernant la femme elle-même) regroupe les raisons suivantes :

- Ce n'est pas le bon moment : cette raison comprend tant le sentiment de ne pas se sentir prête pour être mère que le désir de ne pas interrompre sa formation, sa carrière ou tout autre projet prévu dans la vie. Il s'agit d'une raison très souvent évoquée par les femmes désirant avorter.
- La famille est au complet : il arrive parfois que des femmes demandent une IG, car elles ne désirent pas avoir d'autres enfants.
- Raison liée à la santé physique ou mentale de la femme : cette raison inclut la crainte de donner naissance, le sentiment d'être trop vieille et d'être trop fatiguée. Cette raison n'est pas souvent évoquée par les femmes.
- Ne souhaite pas avoir un enfant handicapé : cette raison, très spécifique, est évoquée dans des circonstances particulières : maladie génétique ou malformation du fœtus diagnostiquée.

La deuxième catégorie, à savoir les raisons qui concernent d'autres personnes, regroupe les raisons suivantes :

- *Absence du partenaire ou relation instable* : dans une telle situation, il arrive souvent que les femmes évoquent le fait de ne pas vouloir élever un enfant toute seule.

- *Conditions inappropriées pour l'enfant à venir* : il s'agit le plus souvent ici de la situation suivante : l'enfant à venir n'est pas désiré. La femme enceinte estime alors que les conditions ne sont pas réunies pour le bon développement l'enfant.
- *La pression exercée par l'entourage* : cela concerne tant la pression exercée par le partenaire que par la famille. A noter que cette raison est rarement évoquée toute seule.
- *Inquiétude concernant les enfants existants* : cette raison se rapporte au souci de la mère de ne pas priver les enfants existants d'un certain confort matériel ou de leur accorder moins de temps ou d'attention en raison de l'arrivée d'un nouvel enfant.
- *Agression sexuelle* : cela concerne les situations de viol ou d'inceste. Cette raison est très rarement évoquée par les femmes. Il est cependant difficile de savoir si cette dimension a réellement été intégrée dans les études.

La troisième catégorie concerne les raisons matérielles. Cette raison, évoquée très fréquemment, concerne le manque de ressources financières, ainsi que les contraintes liées à l'hébergement.

Même si les raisons pour lesquelles les femmes demandent une IG peuvent être classées en différentes catégories, il n'en demeure pas moins qu'une raison est rarement évoquée toute seule. Selon Kirkman et al., les femmes donnent en moyenne 5 raisons à leur demande d'interruption de grossesse. De plus, leurs raisons sont le plus souvent corrélées et ne peuvent pas être considérées séparément. C'est en effet l'addition de ces différentes raisons qui fait qu'une femme se retrouve dans une situation dans laquelle une demande d'interruption de grossesse est la solution la moins mauvaise.

Kirkman et al. concluent que les femmes, en demandant une interruption de grossesse, prennent en compte différents aspects de leur situation (situation personnelle, besoins des enfants existants et/ou de l'enfant à venir, situation de couple, etc.) et, quelles que soient les raisons évoquées, les besoins de la femme sont en adéquation avec ceux de l'enfant potentiel.

En résumé

- De nombreux pays européens ont assoupli, ces dernières années, leur législation sur l'interruption de grossesse et ont introduit le régime du délai. C'est le cas notamment de la Suisse qui a introduit le régime du délai en 2002.
- De manière générale, la libéralisation des lois sur l'interruption de grossesse ne conduit pas à une augmentation des interruptions de grossesse.
- En Suisse, aucune augmentation des interruptions de grossesse n'a été constatée suite à l'introduction du régime du délai en 2002.
- Les femmes donnent en moyenne 5 raisons à leur demande d'interruption de grossesse. Ces raisons sont le plus souvent corrélées et ne peuvent être considérées séparément. C'est l'addition de ces différentes raisons qui fait qu'une femme se retrouve dans une situation dans laquelle une demande d'interruption de grossesse est la solution la moins mauvaise.

5

Techniques d'interruption de grossesse

5 Techniques d'interruption de grossesse

5.1 Introduction

En 2009, un sondage a interrogé les pratiques de 157 hôpitaux publics et cliniques privées en Suisse en matière d'IG (taux de participation 72%).¹⁷ Il est apparu que 82% des participants effectuent des IG.¹⁷ Au premier trimestre, le choix de la méthode (médicamenteuse (jusqu'à 7-9 SA) ou chirurgicale) est possible dans deux-tiers d'entre eux.¹⁷ Là où cela n'est pas possible, les femmes sont référées dans un autre centre ou prises en charge au cabinet privé du médecin référant de la clinique.¹⁷ La technique chirurgicale est principalement l'aspiration, bien qu'un hôpital pratique encore uniquement le curetage.¹⁷ Le type d'anesthésie proposé pour la méthode chirurgicale varie selon les hôpitaux (sédation au masque, sédation intraveineuse, intubation, anesthésie locale).¹⁷

En Suisse romande, une étude sur la période 2005-2007 a montré certaines divergences entre les professionnels effectuant des IG quant aux procédures et aux pratiques de celles-ci.¹⁸ Les cultures institutionnelles ou cantonales apparaissent comme causes sous-jacentes probables de ces différences.¹⁸ La méthode médicamenteuse (mifépristone suivie de misoprostol) suscite des avis partagés, face à ses avantages et ses inconvénients.¹⁸ Son utilisation semble influencée par l'expérience/les préférences du/de la professionnel-le, lorsque son avis lui est demandé.¹⁸ Parfois, elle peut être exclue lorsqu'une crainte que l'IG ne puisse être complétée après la première étape est présente (incertitude quant à la volonté d'IG, femme de langue étrangère (incompréhension), problème d'argent).¹⁸ Son utilisation chez les mineures est également variable.¹⁸

Un autre volet de cette étude s'intéresse au parcours des femmes recourant à l'IG en Suisse romande.¹⁹ Le temps d'attente moyen entre la première consultation et l'IG est de 12 jours.¹⁹ Le délai est le plus court chez les praticiens privés, puis dans les hôpitaux régionaux et pour finir dans les hôpitaux universitaires.¹⁹ Le nombre de rendez-vous pour une IG est en moyenne de 3, y compris le rendez-vous post-IG si une méthode médicamenteuse a été utilisée.¹⁹ Dans cette étude, plus de la moitié des femmes ont eu une IG chirurgicale, presque toujours sous anesthésie générale.¹⁹ 46% d'entre elles ont eu une IG médicamenteuse, et 3% de celles-ci ont nécessité une prise en charge complémentaire (par exemple une intervention chirurgicale).¹⁹ Il a aussi été noté que dans l'arc lémanique (Genève, Valais, Vaud) le recours à l'IG médicamenteuse (48%) était plus bas que dans la région du « Mittelland » (Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Soleure) (69%).¹⁹

Les IG ayant lieu dans le canton de Vaud sont suivies de manière détaillée, sur mandat du médecin cantonal, depuis de nombreuses années. Ainsi, certaines tendances peuvent être observées. Depuis 2008 et la nouvelle directive cantonale réglementant la pratique de l'IG, on remarque une augmentation des IG ayant lieu au cabinet du praticien (presque exclusivement par méthode médicamenteuse).²⁰ La méthode médicamenteuse a connu une augmentation de son utilisation, déjà avant 2008, et est devenue la méthode la plus usitée.²⁰

Ce qui est relaté dans les paragraphes précédents montre une certaine diversité dans les pratiques de l'IG en Suisse. Notre démarche a pour but de permettre de situer les pratiques suisses par rapport aux preuves scientifiques disponibles (dans des revues systématiques principalement) et aux lignes directrices d'autres pays ou d'organisations internationales. À notre connaissance, il n'existe pas de *guidelines* en Suisse quant à l'IG en général. Un avis d'experts de 2008 de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique existe sur la méthode médicamenteuse par mifépristone-misoprostol.²¹

Nous avons effectué une recherche dans la littérature médicale sur les techniques d'IG. Cette revue a été complétée par une recherche de *guidelines* de la part de différentes sociétés ou organisations (associations nationales de gynécologie et obstétrique, planning familial, « éditeurs » de *guidelines*, OMS).

L'OMS a publié en 2012 la seconde édition de *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*, un document sur les bonnes pratiques de l'IG basées sur des preuves scientifiques (la 1^{ère} édition datant de 2003). Le but de ces *guidelines* est de permettre une prise de décision quant à l'IG basée sur l'évidence. Ce document présente des recommandations quant à la méthode chirurgicale de choix, les méthodes médicamenteuses selon l'âge gestationnel, la préparation cervicale, l'évaluation par ultrason, l'antibioprophylaxie, l'antalgie, la contraception, le suivi post-IG ainsi que la gestion d'une IG incomplète. Toutes ces recommandations sont accompagnées d'un commentaire sur la force de la recommandation et sur la qualité des preuves scientifiques (principalement des essais randomisés contrôlés).²²

L'*International Planned Parenthood Federation (IPPF)* met à disposition un document de directives et protocoles pour les IG (médicamenteuses et chirurgicales) au 1^{er} trimestre.²³ Celui-ci est plus dirigé vers la pratique que celui de l'OMS, avec quelques algorithmes décisionnels. Globalement, les recommandations sont similaires, en partie car l'IPPF se base sur les *guidelines* de l'OMS. Concernant la méthode médicamenteuse, la Haute Autorité de Santé française a publié en 2010 des recommandations de bonnes pratiques au 1^{er} trimestre.²⁴ Sur le même sujet, des *guidelines* de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* datant de 2005 ont été reconduites en 2009.²⁵

Ci-dessous sont présentés les résultats de la recherche de littérature sur les différentes techniques d'IG, les mesures les accompagnant (par exemple l'antalgie), leurs risques et complications.

5.2 Méthode médicamenteuse

5.2.1 Mifépristone et misoprostol

La méthode médicamenteuse d'IG au premier trimestre par association de mifépristone et misoprostol comporte deux phases : l'administration de mifépristone, suivie après un certain intervalle de temps par la prise de misoprostol. Les dosages, les intervalles de temps et les voies d'administration ont fait l'objet de revues systématiques, dont les conclusions sont présentées ici.

La mifépristone (aussi nommée RU 486) est un stéroïde synthétique qui a une action antagoniste de la progestérone. Elle est utilisée comme agent abortif dans les IG médicamenteuses, le plus souvent en association avec un analogue de prostaglandine E1 (misoprostol, plus rarement géméprost).²¹ Il est démontré que cette association augmente le taux de succès de l'IG médicamenteuse au 1^{er} trimestre.²⁶ En Suisse, elle est autorisée jusqu'à 49 jours (7 SA) (après la date du premier jour des dernières règles), mais son utilisation est laissée à l'appréciation du clinicien jusqu'à 63 jours (9 SA).²¹

Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine E1. Il a été mis sur le marché comme traitement préventif des ulcères gastriques. Il est utilisé depuis longtemps en gynécologie et obstétrique en « *off-label* ». Il présente en effet certains avantages sur d'autres molécules, comme une thermo-stabilité à température ambiante (ne nécessite pas de chaîne du froid, peut être emporté à domicile, etc.), un mode d'administration facile (pas de nécessité d'injection) et un coût moindre.²⁷ Ces différents avantages le rendent intéressant pour les IG dans les pays en développement. Pour les IG médicamenteuses, son utilisation a fait l'objet de nombreuses études et il est désormais inclus dans de nombreuses *guidelines* (WHO, approuvé par la FDA).²⁷

5.2.2 Mifépristone

1^{er} trimestre

La dose efficace de mifépristone, lors d'utilisation en association avec le misoprostol, a été analysée par Kulier *et al.* Il apparaît que 200 [mg] sont aussi efficaces que 600 [mg].²⁶ Une autre revue systématique a également évalué ces deux dosages, et n'a pas montré de différence d'efficacité entre les deux au premier trimestre²⁸, mais l'hétérogénéité entre les études incluses et l'absence de vérification de biais de publication limitent la portée des résultats.²⁹

L'intervalle entre mifépristone et misoprostol (voie vaginale principalement) au premier trimestre a été évalué dans une revue systématique qui a comparé l'efficacité en fonction de l'intervalle de temps entre la prise des deux substances (de 0 à 72h).³⁰ Le taux d'expulsion complète varie entre 90-98%.³⁰ La différence de succès n'est pas significative entre les différents intervalles temporels, mais il apparaît une tendance vers un taux de succès moindre lorsque l'intervalle est inférieur à 8h.³⁰ Si cette flexibilité, malgré la possibilité d'un taux de succès légèrement moindre, semble être avantageuse pour le clinicien ou la femme requérant l'IG, elle pourrait lui être proposée pour son consentement éclairé.³⁰ Une autre étude va dans ce sens. En se basant sur 5 essais randomisés contrôlés, Schaff montre que l'intervalle entre la mifépristone et le misoprostol 800 [µg] par voie vaginale pourrait être réduit de 48 à 24 heures sans perte d'efficacité (jusqu'à 9 SA).³¹ Par contre cet intervalle montre une efficacité moindre si le misoprostol est administré par voie orale.³¹

Les facteurs favorables au succès de l'IG médicamenteuse par mifépristone 600 [mg] – misoprostol 400 [µg] ont été étudiés par Hedley *et al.* en 2004 à partir de 4 études ayant eu lieu en Inde, Vietnam, Chine, Cuba et États-Unis.³² Il ressort que l'âge gestationnel bas, l'âge de la femme < 23 ans, > 12 ans d'éducation et aucun antécédent d'IG augmentent les chances de succès de l'IG médicamenteuse.³²

2^{ème} trimestre

L'utilisation de la combinaison mifépristone – misoprostol a également été étudiée pour les IG médicamenteuses au second trimestre. Il apparaît que cette méthode a la plus haute efficacité et la plus grande rapidité parmi les IG médicamenteuses.³³ La voie d'administration vaginale est conseillée pour le misoprostol, car plus efficace.³³ Toutefois, la voie sublinguale pourrait être utilisée pour les femmes ayant déjà eu des enfants.³³ Une seconde revue systématique, portant uniquement sur la population chinoise, se montre également en faveur de l'association mifépristone - misoprostol. De la 10^e à la 16^e SA, celle-ci présente moins de temps entre l'induction et l'expulsion, moins de pertes sanguines et moins d'effets secondaires que lorsque la mifépristone est associée à un autre analogue de prostaglandine.³⁴ Le dosage de 150 [mg] de mifépristone (par rapport à 200 [mg]) ne semble pas être associé à un taux d'échec d'IG supérieur.³⁴ Le misoprostol par voie vaginale est significativement plus efficace que par voie orale, avec moins d'effets secondaires.³⁴

L'intervalle entre la prise de mifépristone et celle de misoprostol au 2^e trimestre (13-24 SA) a été étudié par Shaw *et al.*³⁵ La réduction de l'intervalle de 36-48h à 12-24h réduit le temps total de l'IG, malgré une petite augmentation du temps entre l'induction et l'expulsion, ceci sans compromettre la sécurité ou l'efficacité de l'IG médicamenteuse.³⁵ Le temps entre l'induction et l'expulsion ne change pas significativement lors de l'utilisation de 400 [mg] de mifépristone, par contre il augmente si la dose est de 200 [mg], quel que soit l'intervalle d'administration.³⁵ Les auteurs mentionnent un biais de publication et une surreprésentation des âges gestationnels de début de 2^e trimestre (âge gestationnel moyen de 16 SA dans certaines études), qui limitent la portée des résultats.³⁵

5.2.3 Misoprostol

1^{er} trimestre

Pour l'IG au premier trimestre, le misoprostol est le plus souvent utilisé avec la mifépristone, à intervalle de 48 (24) heures.²⁷ Lorsqu'il est utilisé seul, l'efficacité est inférieure.²⁶ La voie d'administration la plus efficace est celle vaginale, ayant un taux de succès supérieur à la voie orale (possiblement avec moins d'effets secondaires), avec moins d'effets secondaires que la voie sublinguale (avec une efficacité similaire).^{26 27} Le dosage recommandé est de 800 [µg], chaque 12h avec un maximum de 3 doses.²⁷ Chaque dose peut être prise en une fois ou séquentiellement, mais il ne semble pas y avoir de différence d'efficacité entre ces deux méthodes.²⁶ Le misoprostol peut présenter comme effets secondaires des frissons (28%) et de la fièvre >38°C (7,5%) (dose de 600 [µg]).²⁷ La fièvre répond aux antipyrétiques.²⁷ Comme autres effets secondaires fréquents on trouve des troubles gastro-intestinaux (35%) : diarrhée (peu sévère, dure 1 jour), nausées et vomissements (qui se résolvent en < 6h habituellement).²⁷ Les troubles gastro-intestinaux surviennent plus fréquemment lors de l'utilisation par voie sublinguale et orale.²⁷ Les crampes abdominales se développent dans les premières heures suivant la prise, et peuvent être soulagées sans perte d'efficacité par la prise d'AINS^k.²⁷ Les douleurs sont plus

^k AINS : anti-inflammatoires non-stéroïdiens (par exemple ibuprofène).

importantes chez les jeunes femmes, lors d'un âge gestationnel avancé et lorsque plusieurs doses de misoprostol sont utilisées.²⁷ Le risque de rupture utérine existe²⁷, et sera discuté plus loin. Des malformations congénitales ont été rapportées chez des enfants nés après échec d'IG par misoprostol, avec un risque estimé inférieur à 1%.²⁷ Le géméprost est un autre analogue de prostaglandine utilisé dans les IG. Dans la revue sur l'IG médicamenteuse au premier trimestre de Kulier *et al.*²⁶, une étude montre que le géméprost 0.5 [mg] serait moins efficace que le misoprostol 800 [µg].

2^{ème} trimestre

Au second trimestre, le misoprostol peut être utilisé pour une IG médicamenteuse. Le dosage optimal est de 400 [µg] par voie vaginale, administré toutes les 3 heures, au maximum à cinq reprises.²⁷ Le risque de rupture utérine est augmenté chez les femmes multipares et celles ayant un antécédent de césarienne : l'utilisation du misoprostol n'est pas contre-indiquée, mais une balance bénéfice-risque doit être réalisée et discutée avec la patiente.²⁷ Le misoprostol (voie vaginale) est considéré comme un moyen envisageable pour une IG au 2^e trimestre (< 24 SA) pour raisons thérapeutiques (mort fœtale précoce).³⁶ Toutefois d'avantage de recherche doit avoir lieu sur l'efficacité, la sécurité, la voie optimale d'administration et la dose.³⁶

Au second trimestre, les différences entre les voies d'administration ont été étudiées par Cabrera *et al.* en 2011. La prise sublinguale ou vaginale du misoprostol < 400 [µg] montre une efficacité à 24 heures similaire, mais le temps entre l'induction et l'expulsion est plus long pour le premier mode d'administration.³⁷ Lorsque la dose est de 400 [µg], la voie vaginale est plus efficace à 48 heures chez toutes les femmes, et également à 24 heures chez les femmes nullipares.³⁷ Toutefois, les auteurs concluent que les différences observées n'ont pas de signification clinique.³⁷ Une plus grande proportion de femmes préfère la voie sublinguale.³⁷ L'hétérogénéité des études sur lesquelles se base cette analyse, oblige à interpréter ces résultats avec précaution.^{37,38}

5.2.4 Cadre de l'interruption de grossesse : en clinique ou à domicile

Dans un contexte mondial, Ngo *et al.* ont investigué l'efficacité, la sûreté et l'acceptabilité de l'IG médicamenteuse au 1^{er} trimestre à domicile plutôt qu'en clinique.³⁹ Le domicile permet une plus grande intimité, laisse le contrôle du « timing » de l'IG à la femme et permet un soutien émotionnel plus facile de l'entourage.³⁹ L'efficacité et la sécurité se sont montrées similaires quel que soit le cadre, les effets secondaires du misoprostol (douleurs, vomissements) durent 0.3 jours de plus à domicile, et les complications sévères sont rares.³⁹

5.2.5 Antalgie

Jackson *et al.* ont effectué en 2011 une revue systématique de la littérature sur l'antalgie.⁴⁰ Au 1^{er} trimestre, l'administration prophylactique de paracétamol (+/- codéine), d'ibuprofène ou d'alvérine (spasmodique) ne semble pas prévenir les douleurs dues à l'IG médicamenteuse.⁴⁰ Par contre, l'ibuprofène semble être efficace lorsqu'il est administré après le début des crampes pour réduire la douleur et le recours à d'autres analgésiques.⁴⁰

Au 2^e trimestre, une étude a montré une plus grande satisfaction et un meilleur soulagement de la douleur lorsque les femmes utilisaient une antalgie par fentanyl 50 [µg] contrôlée par la patiente (PCA).⁴⁰ Le diclofénac administré avec la première dose de misoprostol pourrait réduire les besoins en opioïdes subséquents.⁴⁰ D'autres techniques telles l'anesthésie locale par bloc paracervical ou l'adjonction de métoclopramide semblent avoir peu d'effet sur la douleur.⁴⁰

5.2.6 Risque infectieux

Une étude de 2004 par Shannon *et al.*⁴¹ s'est intéressée au risque infectieux post-IG médicamenteuse. Cette revue systématique rapporte un risque infectieux suivant une IG médicamenteuse de 0.92%⁴¹ (0.28% sans les données du Royaume-Uni, où l'indication à la prescription d'antibiotiques est plus large). Toutefois, le taux d'infections a été défini dans l'étude comme la prise d'antibiotiques post-IG. Cette définition a très probablement conduit à une surestimation du risque, ne se basant pas sur une preuve formelle d'infection.⁴¹ Concernant les différentes méthodes, la mifépristone associée au misoprostol oral (0.15%) et le méthotrexate associé au misoprostol vaginal (0.21%) montrent des taux d'infection post-IG inférieurs à la moyenne.⁴¹ Le risque infection reste similaire quel que soit le mode d'administration du misoprostol (oral ou vaginal).⁴¹

5.3 Méthode chirurgicale

5.3.1 Type de chirurgie

Les IG chirurgicales regroupent toutes les opérations transcervicales en vue de terminer la grossesse, par exemple : dilatation (du col) et curetage, ou aspiration du contenu de la cavité utérine. Une revue systématique Cochrane a comparé les différentes méthodes chirurgicales d'IG au premier trimestre. L'aspiration se montre plus rapide que le curetage (d'1 minute 48 secondes < 9SA, de 36 secondes ≥9SA), mais il n'y a pas de différences quant aux complications à court terme.^{42 43} La pertinence clinique de cette différence de temps d'intervention est à évaluer. Le temps d'intervention est toutefois important en cas d'anesthésie locale par exemple, ou lorsque le volume d'activité est élevé.^{42 43} Les conséquences à long terme, sur la fertilité par exemple, n'ont pu être évaluées.^{42 43} L'OMS recommande dans ses *guidelines* de ne plus pratiquer que des IG chirurgicales par aspiration, car le curetage est plus risqué (pertes de sang plus importantes) et plus douloureux.²²

5.3.2 Technique de préparation cervicale

La dilatation du col de l'utérus avant l'intervention peut se faire par divers moyens : pharmacologique (prostaglandine par exemple) ou mécanique (dilatateurs osmotiques qui gonflent une fois introduits dans le canal cervical, ou par l'introduction de bougies de diamètre croissant). La préparation cervicale est recommandée dès la 12^e SA pour les IG chirurgicales par « dilatation & curetage » et dès la 14^e SA lors de « dilatation & aspiration ». ⁴⁴ La préparation cervicale diminue la durée de l'IG chirurgicale au 1^{er} trimestre, mais ne semble pas diminuer le

taux de complications rares.⁴⁵ L'âge gestationnel à partir duquel les bénéfices de la préparation cervicale dépassent les effets secondaires (douleurs, prolongement du temps de la procédure) n'est pas clairement établi.⁴⁵

Les dilateurs osmotiques (laminaires) se sont montrés plus efficaces que les prostaglandines sur la dilatation du col.⁴⁴ Toutefois, cela ne résulte pas en un raccourcissement de la durée de l'intervention, ni dans une augmentation de la sécurité ou encore du succès de celle-ci.⁴⁴ Une autre revue systématique montre que les laminaires sont tout aussi efficaces que les prostaglandines.⁴⁵

Le misoprostol est l'analogue de prostaglandine de choix, par voie vaginale.⁴⁵ (400 [µg], 3 heures avant l'intervention)²⁷ La voie sublinguale est tout aussi efficace, mais avec plus d'effets secondaires.⁴⁵ Elle pourrait tout de même être proposée, car elle est plus facilement acceptable et plus pratique.²⁷ L'adjonction de mifépristone aux prostaglandines améliore la dilatation cervicale, mais sans raccourcir la procédure et au prix d'expulsions prématurées (soit avant l'intervention prévue) plus fréquentes.⁴⁴ Pour Kapp *et al.*, la mifépristone (200 [mg]) seule pourrait être plus efficace que les prostaglandines, mais son coût est plus élevé.⁴⁵

L'utilisation de molécules augmentant la libération de monoxyde d'azote (dilatant le conduit cervical, sans causer de crampes) ont été évaluées pour la préparation cervicale.⁴⁶ Celles-ci se révèlent plus efficaces que le placebo, mais inférieures aux prostaglandines.⁴⁶

Fox *et al.* de la *Society of Family Planning* américaine ont établi des *guidelines* à partir de la littérature disponible.⁴⁷ Les recommandations basées sur des preuves solides sont les suivantes :

- la préparation cervicale est recommandée avant l'IG chirurgicale entre 14 et 20 SA pour diminuer le risque de trauma du col⁴⁷ ;
- les dilateurs osmotiques sont sûrs et efficaces pour la préparation du col avant une dilatation et aspiration⁴⁷ ;
- le risque infectieux n'est pas augmenté lors de l'utilisation de dilateurs osmotiques⁴⁷ ;
- les dilateurs osmotiques synthétiques ont une action plus rapide et devraient être utilisés lorsque la dilatation et l'intervention ont lieu le même jour.⁴⁷

5.3.3 Antibioprophylaxie

L'administration prophylactique d'antibiotiques lors d'IG chirurgicale pour la prévention d'infection génitale haute (IGH) a fait l'objet de nombreuses études, qui ont été reprises dans une méta-analyse par Sawaya *et al.* en 1996⁴⁸ et dans une revue systématique de la collaboration Cochrane par Low *et al.* en 2012⁴⁹ Ces deux études trouvent un risque relatif combiné d'IGH post-IG similaire (0.58 (IC95% 0.47-0.71) et 0.59 (IC95% 0.46-0.75), respectivement), en faveur d'une antibioprophylaxie. Une certaine hétérogénéité est présente entre les résultats des études analysées, ce qui pourrait signifier une différence d'efficacité selon la situation, le groupe de population ou le schéma de la prophylaxie.

Par ailleurs, l'antibioprophylaxie systématique est préférable à une stratégie de screening puis traitement, dans la mesure où 61% des IGH post-IG surviennent chez des femmes à bas risque infectieux (pas d'antécédent d'IGH, culture de *Chlamydia trachomatis* négative, pas de vaginose bactérienne).⁴⁸

Aucune des deux études n'a mis en évidence un antibiotique de choix. Les antibiotiques les plus utilisés sont la doxycycline et le métronidazole. Low *et al.* conseillent de se baser sur l'épidémiologie locale des IGH, y compris des infections transmises sexuellement, pour le choix de l'antibiotique.⁴⁹

Les *guidelines* présentés ci-dessous sont basés principalement sur la méta-analyse de Sawaya *et al.*

- SOGC – Canada (2012)⁵⁰ : antibioprophylaxie systématique, antibiotiques : doxycycline, métronidazole à choix. Se basant sur une autre étude Cochrane⁵¹, l'antibioprophylaxie est déconseillée lors d'évacuation chirurgicale pour une IG manquée ou incomplète.
- CNGOF – France (2012)⁵² : antibioprophylaxie systématique, antibiotiques : doxycycline, métronidazole à choix. Les auteurs conseillent l'utilisation de doxycycline (ou alternativement d'azithromycine) chez les femmes < 25 ans, dans la mesure où la prévalence de *C.trachomatis* est plus élevée dans cette population (basé sur un faible niveau de preuves).
- ACOG – États-Unis (2009)⁵³ : antibioprophylaxie systématique, antibiotiques : doxycycline, métronidazole, azithromycine. Les auteurs conseillent l'antibioprophylaxie également lors d'évacuation chirurgicale pour IG manquée ou incomplète (faible niveau de preuves).

5.3.4 Pose de dispositif intra utérin (DIU) concomitant

Steenland *et al.* ont réalisé une revue systématique en 2010 sur l'insertion d'un DIU dans le même temps opératoire que l'IG.⁵⁴ En comparant celle-ci à pas d'insertion de DIU, il résulte que les douleurs et les taux d'infection ne diffèrent pas.⁵⁴ Un DIU en cuivre pourrait augmenter la quantité de saignement.⁵⁴ En comparant l'insertion de DIU lors de l'IG à l'insertion d'un DIU à un moment « hors grossesse », il n'y a pas de différence pour la durée des saignements, les douleurs, le taux d'expulsion du DIU et les infections génitales hautes (une étude rapporte une plus grande quantité de saignement et une autre plus de retraits de DIU pour raisons médicales lors d'insertion post-IG).⁵⁴ Une revue Cochrane trouve par contre un taux d'expulsion de DIU supérieur lors d'insertion immédiate.⁵⁵ En comparant les résultats de l'insertion post-IG d'un DIU selon l'âge gestationnel auquel a lieu l'IG, il n'y a pas de différence pour les saignements ou les douleurs.⁵⁴ Par contre, le taux d'expulsion du DIU augmente avec l'âge gestationnel : il est plus élevé lorsque l'IG a lieu au 2^e trimestre qu'au 1^{er}, et cette tendance est aussi présente lors du 1^{er} trimestre.^{54 55} Malgré cela, la contraception par DIU à 6 mois est plus répandue si celui-ci est inséré immédiatement après l'IG que s'il l'est après un certain délai.⁵⁵

5.3.5 Type d'anesthésie

Renner *et al.* ont effectué en 2009 une revue systématique de la littérature sur l'antalgie lors d'IG chirurgicale du 1^{er} trimestre.⁵⁶ Les résultats sont regroupés ci-dessous :

- Anesthésie locale (AL): le bénéfice d'un bloc para-cervical (BPC) n'est pas démontré par les essais randomisés contrôlés disponibles en 2009.⁵⁶ L'efficacité de l'AL est plus grande lors d'utilisation de lidocaïne associée au bicarbonate, d'injection profonde et par l'ajout de lidocaïne 4% intrautérine.⁵⁶ Lors de BPC associée à une prémédication (sédatifs), la prise préopératoire d'ibuprofène ou de naproxène réduit les douleurs post-IG en comparaison avec un placebo.⁵⁶
- Sédation (« conscious sedation »): la sédation par diazépam et fentanyl par voie intraveineuse en adjonction d'un BPC diminue les douleurs durant la procédure.⁵⁶
- Anesthésie générale (AG) : en comparaison avec la sédation, l'analgésie est mieux maîtrisée durant l'IG, mais en post-opératoire la sédation apporte un soulagement plus important.⁵⁶ L'utilisation d'anesthésiques par inhalation est associée à une augmentation des pertes sanguines.⁵⁶ La prémédication avant l'AG avec etoricoxib (COX-2 sélectif), lornoxicam, diclofénac, ketorolac ou nalbuphine (opioïde) diminue les douleurs post-opératoires.⁵⁶
- Parmi les interventions non-pharmacologiques, écouter de la musique diminue la douleur durant la procédure.⁵⁶

5.4 Concernant les deux techniques d'interruption de grossesse

La *Society of Family Planning* américaine a publié des *guidelines* quant à l'IG chez les femmes atteintes de maladie somatique.⁵⁷ Ne disposant pas d'évidences dans la littérature à ce sujet, les recommandations se basent principalement sur l'avis d'experts.⁵⁷ L'hypertension artérielle stable, le diabète ou l'asthme bien contrôlés ne constituent pas une indication à l'hospitalisation pour surveillance lors de l'IG.⁵⁷ Les patientes à haut risque cardiaque ne nécessitent pas d'antibioprophylaxie supplémentaire en prévention d'endocardite infectieuse.⁵⁷ L'IG chirurgicale sera préférée chez les femmes avec troubles de la crase ou sous anticoagulant, car les saignements sont moins importants avec cette méthode.⁵⁷ Lors de l'utilisation de mifépristone pour une IG chez une femme prenant un traitement, il faut s'assurer de l'absence d'interactions médicamenteuses entre les deux molécules.⁵⁷

5.4.1 Comparaison de l'interruption de grossesse médicamenteuse et chirurgicale

La comparaison de ces deux méthodes a fait l'objet d'une revue Cochrane en 2010.⁵⁸ Malheureusement, il n'y avait pas d'études comparant l'efficacité de la combinaison

mifépristone-misoprostol à celle de la chirurgie.⁵⁸ Le taux d'interruption de grossesses incomplètes était plus important pour la méthode médicamenteuse (uniquement des prostaglandines) que pour la chirurgie (OR 2.7 (IC95% 1.01-6.08)), ainsi que la durée des saignements.⁵⁸ Par contre, il n'y a pas de différence en ce qui concerne les infections et les poursuites de grossesse au rendez-vous de contrôle.⁵⁸ Une étude comparant la combinaison mifépristone-misoprostol à la chirurgie a montré pour seules différences que les femmes ayant fait le second choix consultaient plus souvent post-IG et que plus d'antibiotiques leurs étaient prescrits.⁵⁹

Au second trimestre, ces deux méthodes ont aussi été comparées.⁶⁰ Il ressort que la dilatation et évacuation (D&E) cause moins de complications que l'instillation de prostaglandine intra-amniotique.⁶⁰ Ce constat est aussi visible en comparant la D&E à la combinaison mifépristone - misoprostol (OR 0.06, IC95% 0.01-0.76).⁶⁰ Toutefois l'efficacité et l'acceptabilité ne diffère pas entre ces deux méthodes, bien que la combinaison mifépristone - misoprostol soit associée à plus de douleurs.⁶⁰ La D&A est également suivie de moins d'hospitalisations la nuit suivant l'IG.⁶⁰

Pour les femmes recourant à l'IG, avoir l'opportunité de choisir la méthode (chirurgicale ou médicamenteuse) est très important.⁶¹ Les avantages et inconvénients des deux méthodes devraient donc être présentés, afin qu'elles puissent faire un choix éclairé.

5.4.2 Utilisation de l'ultrason avant l'interruption de grossesse

L'utilisation de l'ultrason afin de confirmer la grossesse intra-utérine, définir l'âge gestationnel, exclure des malformations utérines se fait de routine en Suisse. De cet examen dépend la datation exacte de la grossesse, qui a des implications dans le choix de la méthode d'IG et des prérequis légaux à l'IG. Par exemple, la méthode médicamenteuse est autorisée jusqu'au 49^e jour et laissée à l'appréciation du clinicien jusqu'au 63^e jour, et la mifépristone est contre-indiquée en cas de grossesse ectopique.²¹ Pour la méthode chirurgicale, les malformations utérines (qui sont détectables par ultrason) peuvent conduire à un échec de la procédure, particulièrement au premier semestre.⁶² Dans une revue de littérature sur le sujet, Kulier et Kapp n'ont pas trouvé de preuves du bénéfice de l'ultrason pour la sécurité et/ou l'efficacité de l'IG.⁶² Les auteurs concluent que l'absence de sonographie ne devrait pas empêcher l'accès des femmes à l'IG quand l'ultrason n'est pas disponible (pays en développement).⁶² Toutefois, au vu des avantages évoqués plus haut et du risque insignifiant de l'examen, aucun argument autre que le coût ne s'y oppose.⁶² Dans cette revue, il est fait mention de deux études investiguant le souhait des femmes de visualiser l'image de la grossesse à l'ultrason. La première a lieu au Canada, où les femmes ayant choisi de voir l'image (72.6%) considèrent souvent (86.3%) cette expérience comme positive.⁶³ La seconde étude, sud-africaine, a randomisé les femmes recourant à l'IG au 1^{er} trimestre en leur montrant (ou pas) l'image. À la question de savoir si, le cas échéant, la femme voudra voir l'ultrason lors d'une autre IG, celles ayant pu voir l'image y sont plus souvent favorables que celles qui ne l'ont pas vue.⁶⁴ Il est donc envisageable d'offrir la possibilité à la femme de voir l'US pré-IG, bien évidemment uniquement si elle en exprime le souhait.⁶²

5.4.3 Prévention de l'allo-immunisation Rh-D

L'immunoprophylaxie Anti-D a permis de réduire drastiquement la sensibilisation à l'antigène Rh D des femmes rhésus négatives, et avec d'autres facteurs (diminution de la taille moyenne familiale, amélioration des soins périnataux) a réduit la mortalité due à l'érythroblastose fœtale qui en résulte lors de grossesse ultérieure.⁶⁵

Il est recommandé de rechercher le groupe sanguin et des anticorps irréguliers à la première visite prénatale.⁶⁶ Cette recherche sera donc également à effectuer lors d'une consultation pour demande d'IG, si elle ne l'a été précédemment.⁶⁵

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* en 1999 estime le risque d'allo-immunisation lors d'une IG à 4-5% (contre 1.5-2% lors de fausse couche spontanée), indiquant dès lors une immunoprophylaxie.⁶⁷ La quantité de sang menant à un taux de sensibilisation non négligeable chez les femmes rhésus négatives est très faible. Sur cette base, la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* recommande l'administration d'une dose minimum de 120 [µg] d'Anti-D lors d'IG jusqu'à 12 SA, et 300 [µg] après 12 SA.⁶⁵ En Suisse, les directives actualisées de l'Académie de médecine fœto-maternelle (2006) préconisent une dose de 300 [µg] avant la 12^e semaine, et une dose ≥ 300 [µg] au-delà de ce délai.⁶⁶

L'efficacité et l'utilisation de l'immunoprophylaxie au premier trimestre reste toutefois controversée, comme le montrent certaines revues systématiques de la littérature sur les fausses couches spontanées.^{68 69} Les études à disposition ne montrent pas d'avantage pour le traitement contre le placebo.^{68 69} Toutefois, elles se basent sur de petits effectifs. Les auteurs critiquent le fait que l'immunoprophylaxie au premier trimestre se base sur des preuves de risque d'allo-immunisation, et non des preuves formelles de celle-ci, alors que l'utilisation de produits biologiques n'est pas dénuée de risques.^{68 69}

5.5 Complications et séquelles de l'interruption de grossesse

Cleland *et al.* ont publié une étude sur les complications significatives survenant après une IG médicamenteuse (âge gestationnel maximal 49-63 jours) dans les centres de soins *Planned Parenthood* aux États-Unis (233'805 IG en 2009-2010).⁷⁰ La méthode médicamenteuse associait mifépristone et misoprostol selon 3 différentes combinaisons.⁷⁰ Il ressort qu'un événement indésirable survient dans 0.65% des cas.⁷⁰ Le plus fréquent est la poursuite de la grossesse (0.5%).⁷⁰ Les grossesses ectopiques non diagnostiquées ne représentent que 0.07% des cas, mais ont entraîné un décès.⁷⁰ Le taux d'événements indésirables (infection, hospitalisation) était de 0.16%.⁷⁰

Guillem *et al.* ont effectué une méta-analyse sur les complications suivant une IG par méthode médicamenteuse après la 12^e SA.⁷¹ Les études retenues avaient lieu en Europe, Amérique du Nord et Océanie. Le taux de rétention de produits de conception > 24 heures est de 1,5% (IC95% 1.1%-1.9%), les ruptures utérines 0.1% (IC95% 0.07%-0.17%) et les hémorragies nécessitant une

transfusion 0.7% (IC95% 0.5%-0.9%).⁷¹ Les auteurs notent que ces taux de complications sont supérieurs à ceux du post-partum.⁷¹

5.5.1 Rupture utérine

Risque de rupture utérine lors d'IG médicamenteuse du 2^e trimestre chez les femmes avec antécédent de césarienne a été étudié par Goyal dans une revue systématique.⁷² Lors d'antécédent de césarienne, le risque est de 0.28% (IC95% 0.08-1.00).⁷² Sans antécédents, le risque est de 0.04% (IC95% 0.01-0.2).⁷² Le « *number needed to harm* » pour les femmes ayant un antécédent de césarienne recourant à une IG par misoprostol au 2^e trimestre est de 414 IG pour 1 rupture utérine.⁷² Le risque semble augmenté lors d'utilisation concomitante de mifépristone, mais les effectifs sur lesquels ces observations sont basées sont petits.⁷² Le misoprostol seul utilisé chez une femme avec un antécédent de césarienne transverse du segment inférieur ne semble pas augmenter le risque de rupture.⁷² L'hétérogénéité importante entre les études sélectionnées incite à la précaution avec ces conclusions.⁷³ Berghella *et al.* ont également évalué le risque de rupture utérine lors d'IG médicamenteuse au 2^e trimestre (16-28 SA) lié à l'utilisation de misoprostol.^{74 75} L'incidence retrouvée est de 0.4% chez les femmes avec un antécédent de césarienne basse transversale.^{74 75}

5.5.2 Saignements

Les éléments présentés ci-dessous proviennent des *guidelines* de la *Society of Family Planning* américaine parues en 2013.⁷⁶ Les saignements post-IG peuvent avoir plusieurs étiologies qui sont présentées ci-après.

- La perforation utérine est une complication de l'IG chirurgicale, dont la fréquence est évaluée à 0.1-3 pour 1000 procédures.⁷⁶ Les facteurs de risque sont un âge gestationnel élevé et un opérateur inexpérimenté.⁷⁶ Les dilateurs osmotiques diminuent le risque de perforation, ainsi que l'ultrason durant l'IG chirurgicale.⁷⁶
- Les lacérations cervicales sont rapportées jusqu'à dans 3% des IG chirurgicales du 2^e trimestre.⁷⁶ Une cicatrice de césarienne est un facteur de risque.⁷⁶
- La rétention de produits de conception peut également être une source de saignement. La fréquence des réinterventions pour rétention est rare, soit dans 0.2-2% des cas au premier trimestre, et plus souvent au second.⁷⁶

Pour la prévention de saignement dû à une anomalie de placentation lors de l'IG, les auteurs recommandent une évaluation par IRM ou ultrason afin d'exclure un placenta accreta lors de cicatrice utérine ou de placenta prævia à 16 SA ou plus.⁷⁶ Par ailleurs, le risque relatif (RR) de placenta prævia suite à une IG apparaît augmenté (RR 1.7, à la limite de la significativité : IC95% 1.0-2.9), mais les études incluses sont assez hétérogènes.⁷⁷

Lors de la consultation et des conseils sur la méthode, il convient de préciser à la femme que les saignements sont plus importants lors de l'IG médicamenteuse.⁷⁶

En se basant sur des preuves limitées ou inconsistantes, les auteurs proposent les mesures suivantes en cas / en prévention de saignement : doser avant l'IG l'hémoglobine / l'hématocrite chez toute femme au 2^e trimestre et chez les femmes anémiques au 1^{er} trimestre ; s'aider d'un ultrason peropératoire, qui pourrait diminuer la fréquence des perforations utérines ; ajouter de la vasopressine dans le bloc paracervical, qui pourrait diminuer saignements ; utiliser la tamponnade au ballon en cas d'hémorragie brusque ou non-contrôlée par massage utérin ou pharmacologiquement ; préférer l'embolisation de l'artère utérine à l'hystérectomie si possible (hémodynamique, technique disponible) ; utiliser les agents pharmacologiques utérotoniques suivants : méthylergonovine maleate, misoprostol ou vasopressine.⁷⁶

5.5.3 Interruption de grossesse et grossesse extra-utérine

Lors du bilan pré-IG, une grossesse extra-utérine (abrégée GEU) doit être exclue, car elle constitue une contre-indication à la méthode médicamenteuse, et qu'elle nécessite un traitement particulier pour en prévenir les complications. Shannon *et al.* se sont intéressés à l'efficacité du screening par ultrason des GEU pré-IG, en recherchant la fréquence de celles-ci post-IG médicamenteuse au 1^{er} trimestre.⁷⁸ Cet événement survient chez 0.02% des femmes, contre 1-2% de toutes les grossesses, suggérant une bonne efficacité du screening.⁷⁸ La médication utilisée pour l'IG ne semble pas avoir mené à des complications supplémentaires dans les cas de GEU, mais le faible nombre de cas empêche de tirer des conclusions générales à ce propos.⁷⁸

5.5.4 Conséquences de l'interruption de grossesse sur les grossesses ultérieures

Une revue systématique regroupant 7 études chinoises a étudié les conséquences des IG du 1^{er} trimestre médicamenteuses et chirurgicales sur les grossesses ultérieures.⁷⁹ Il en résulte que l'incidence d'hémorragie du post-partum est plus élevée lors d'antécédent d'IG chirurgicale (4.16% contre 2.54%, OR 0.6 (IC95% 0.37-0.98)).⁷⁹ L'incidence des fausses couches est également plus haute lors d'antécédent d'IG chirurgicale (3.59% contre 2.64%, OR 0.48 (IC95% 0.25-0.92)).⁷⁹ Il n'y avait pas de différence entre les deux méthodes pour les autres complications évaluées : pré-éclampsie, détresse fœtale, dépassement de terme ou accouchement prématuré, infections post-partum, anomalies placentaires, rupture prématurée des membranes et anomalies néonatales.⁷⁹ Ces données sont à considérer avec prudence, car il est bien établi que la méthodologie des études et revues systématiques chinoises présente certaines faiblesses (types d'études, biais).

Une autre étude a quant à elle retrouvé un risque d'accouchement prématuré légèrement augmenté après une ou plusieurs IG (chirurgicales par aspiration) (OR 1.32, IC95% 1.11-1.53).⁸⁰ L'OR après une IG est de 1.25, et après ≥ 2 IG il est de 1.51.⁸⁰ L'IG est associée à un risque de plus grande prématurité, avec un OR de 1.64 (IC95% 1.38-1.91).⁸⁰ Le risque de prématurité suite à une IG varie inversement avec le taux d'accouchements prématurés dans la population générale.^{80 81} Certains biais dans les études sélectionnées et l'hétérogénéité possible entre elles limitent la portée des résultats.⁸¹

Une revue systématique a été réalisée sur le petit poids de naissance (<2.5 kg), la prématurité et les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel (poids de naissance < 10^e percentile pour l'âge

gestationnel) après IG, quelle que soit la méthode utilisée.⁸² Cette étude montre un risque augmenté de petit poids de naissance et de prématurité post-IG, et ce risque augmente lorsque les IG sont multiples.⁸² Il n'y avait pas d'association entre une méthode d'IG particulière et les risques présentés plus haut.⁸² Les résultats sont également à considérer avec précaution au vu de l'hétérogénéité entre les études, d'un biais de publication et de langage.⁸³

5.5.5 Risque de cancer du sein suite à l'interruption de grossesse

Une revue systématique a évalué la littérature sur le risque de cancer du sein après une IG ou une fausse couche spontanée.⁸⁴ En général, il ne semblait pas que le risque soit augmenté. Quatre études ont toutefois trouvé une association significative entre IG et cancer du sein.⁸⁴ Le risque de cancer du sein associé à l'IG ne semble pas augmenter si celle-ci a lieu avant ou après la première grossesse menée à terme.⁸⁴ Quelques petites études montrent que l'association entre le risque de cancer du sein et l'IG est plus forte pour les femmes nullipares que pour celles ayant accouché.⁸⁴ Ces données sont à prendre avec précaution, au vu de la basse qualité des études, du risque de biais et de facteurs confondants.^{84 85} Une estimation quantitative serait intéressante et permettrait de mettre ces constatations en perspective.⁸⁵

Une étude de cohorte danoise avec > 1.5 million de femmes n'a pas trouvé d'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes avec antécédent d'IG par rapport à celles sans.⁸⁶ Toutefois, les femmes ayant eu recours à l'IG dans cette cohorte sont relativement jeunes, le risque à long terme n'a pas été évalué.⁸⁷

5.5.6 Conséquences psychologiques de l'interruption de grossesse

À long terme

L'étude des répercussions de l'IG sur la santé mentale des femmes est complexe : les enjeux éthiques (ainsi que politiques, philosophiques) sont importants, de nombreux facteurs confondants sont présents, la méthodologie peut influencer les résultats. En conséquence, les nombreuses études parues sur le sujet sont très hétérogènes par leur qualité, leur *design*, les groupes de comparaison utilisés, les questions investiguées ; ceci a pour conséquence qu'il n'est pas envisageable d'effectuer une méta-analyse quantitative correcte des résultats. Les répercussions psychologiques de l'IG seront regroupées sous le terme de troubles de la santé psychique (abrégés TSP), terme qui regroupe des pathologies telles que dépression, anxiété, PTSD, abus de substances, suicide.

Charles *et al.*, en 2008⁸⁸, s'intéressent aux répercussions à long terme (> 90 jours) de l'IG. Les auteurs remarquent que les études de bonne qualité (selon des critères définis dans l'article) ne mettent en général pas en évidence d'association entre TSP et IG, alors que celles de qualité moindre en trouvent toujours.⁸⁸ Selon les auteurs, les sentiments persistants post-IG tels que tristesse, culpabilité, regret, et dépression ne se retrouveraient que chez une minorité de femmes.⁸⁸

L'*American Psychological Association* a publié en 2008 un rapport⁸⁹ de sa Task-Force sur la santé psychique et l'IG, complété par un article paru en 2009.⁹⁰ Il apparaît dans les conclusions que :

- le risque de TSP pour les femmes ayant recours à une IG légale au 1er trimestre pour une grossesse non-voulue ne semble pas augmenté par rapport à celles menant ce type de grossesse à terme.⁹⁰
- actuellement, il n'y a pas de preuves scientifiques soutenant que l'association observée entre IG et TSP est due à un effet causal de l'IG en elle-même.⁹⁰
- la prévalence des TSP post-IG est basse, ce qui n'exclut pas que l'IG soit une expérience souvent marquée par l'ambivalence, un mélange d'émotions positives et négatives.^{91 92}
- lors d'IG thérapeutique d'une grossesse souhaitée, le risque de TSP est similaire à celui en cas de fausse couche, d'enfant mort à la naissance ou de décès d'un nourrisson.⁹⁰
- les facteurs influençant négativement la réponse psychologique à l'IG sont : antécédents de TSP, souhait de grossesse, stigmatisation, besoin perçu de tenir l'IG secrète, basse estime de soi pour la prise de décision, peu de support de l'entourage, utilisation de stratégies d'évitement ou de déni pour faire face à l'IG. Les auteurs font remarquer que ces facteurs sont également liés à une faible capacité à affronter tout événement de vie stressant.⁹⁰

Au Royaume-Uni, le *National Collaborating Center for Mental Health* a publié un rapport sur l'IG et la santé psychique 2011, avec une revue systématique.⁹³ Les auteurs ont tenté d'évaluer la prévalence des troubles psychologiques post-IG, ce qui n'a pas été possible en raison de l'hétérogénéité des études.⁹³

L'étude montre tout de même que les facteurs suivants sont associés aux TSP post-IG :

- principalement : un antécédent de TSP.⁹³
- événement de vie stressant, pression du partenaire pour effectuer l'IG, perception négative des IG en général ou de sa propre expérience de l'IG.⁹³
- perception négative immédiatement post-IG.⁹³

Les auteurs font part du chevauchement partiel entre les facteurs d'évolution négative de la santé psychique post-IG, post-partum ou dans la population générale des femmes.⁹³

Lors d'une grossesse non-voulue, opter pour l'IG (plutôt que de mener la grossesse à terme) ne présente pas de risque relatif augmenté de dépression, anxiété et autre TSP non-psychotique.⁹³ Il y aurait moins de cas de troubles psychotiques (après « l'événement » (soit IG, soit accouchement)) chez les femmes recourant à l'IG, par contre on trouverait une augmentation de « *self-harm* » post-IG pour une grossesse non planifiée.⁹³

Enfin, les auteurs mentionnent une étude⁹⁴ comparant le recours à un psychiatre des femmes effectuant une IG et des femmes parturientes. Dans leur vie, avant l'IG, les premières ont plus de

contacts avec un psychiatre que les secondes avant la naissance de leur enfant.⁹⁴ Par contre, après l'« événement » (soit l'IG, soit l'accouchement), les premières ne consultent pas plus souvent le psychiatre qu'avant, au contraire des femmes donnant naissance.⁹⁴

Cela suggère que les femmes qui recourent à l'IG sont déjà à plus haut risque de TSP, sans que cela n'augmente après l'IG. Une grossesse non-voulue pourrait causer des TSP. L'inverse est tout à fait plausible, ainsi que l'intervention d'autres facteurs accroissant simultanément la fréquence de ces deux situations.^{94 93}

Une femme ayant une grossesse non-voulue ne verra pas changer significativement son risque de TSP quel que soit son choix (IG ou poursuite de la grossesse). Il serait donc intéressant de se focaliser sur les liens entre antécédents de TSP et grossesse non-souhaitée.^{93 94}

Bianchi-Demicheli *et al.* ont effectué une revue de la littérature sur l'influence des IG sur la psychosexualité.⁹⁵ Peu de données sont disponibles sur le sujet^{95 96}, et les études incluses sont anciennes. Quelques études montrent des dysfonctions sexuelles post-IG, notamment lorsque la femme a eu plusieurs IG (baisse de la libido, des orgasmes).⁹⁵ La qualité des relations de couple (antérieures) semble moins bonne pour les femmes recourant à l'IG (comparées à des femmes souhaitant la prescription d'une contraception orale).⁹⁷ Toutefois, après un an, le taux de séparation était le même dans les deux groupes.^{97 95} Les auteurs ajoutent dans la conclusion que des facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans l'échec contraceptif qui conduit à une grossesse non-désirée.⁹⁵

En résumé

- Pour la méthode médicamenteuse, la dose de mifépristone de 200 [mg] semble avoir la même efficacité que celle de 600 [mg] lorsqu'elle est associée au misoprostol. Le taux de succès semble diminuer si l'intervalle entre la prise des deux médicaments est inférieur à 8 heures. La voie d'administration vaginale du misoprostol apparaît comme « optimale ». Le principal facteur favorable au succès de cette méthode est l'âge gestationnel bas. L'ibuprofène est l'antalgique qui s'est montré efficace. Le risque infectieux est très faible. L'IG médicamenteuse peut être faite à domicile, ce qui présente certains avantages (intimité, soutien de l'entourage), tout en étant aussi efficace et sûr qu'en clinique.
- Pour la méthode chirurgicale, la technique par aspiration est plus rapide, plus efficace et moins douloureuse que le curetage. Une préparation cervicale, par dilateurs osmotiques ou misoprostol, est recommandée dès 12-14 SA. Une antibioprofylaxie systématique est recommandée. Un dispositif intra-utérin (DIU) peut être posé durant la même intervention, au prix d'un taux d'expulsion (du DIU) supérieur et d'une majoration des saignements (DIU en cuivre). La sédation permet une meilleure antalgie quand elle est associée à une anesthésie locale. La prémédication avec des AINS diminue les douleurs post-opératoires.
- Au 2^e trimestre, l'association mifépristone-misoprostol est la méthode médicamenteuse la plus efficace et la plus rapide. Le misoprostol devrait être administré par voie vaginale, ou sublinguale. L'intervalle entre les deux substances peut être réduit à 12-24 heures, raccourcissant la durée totale de l'IG. La dilatation et aspiration provoque moins de complications et de douleurs que la méthode médicamenteuse.
- Les femmes rhésus négatives recourant à l'IG doivent recevoir une immunoprofylaxie anti-D.
- L'événement indésirable le plus fréquent des IG médicamenteuses est la poursuite de la grossesse. Les IG médicamenteuses sont souvent accompagnées de crampes utérines et de saignements plus importants que la méthode chirurgicale. Le risque du cancer du sein ne semble pas augmenter suite à une IG.
- Les IG ne semblent pas associées à une augmentation de troubles de la santé psychique, lorsque les facteurs confondants sont contrôlés et les groupes de comparaison « pertinents » : par exemple les grossesses non-désirées menées à terme. Mais même dans ce cas, le vécu des femmes des deux groupes diffère grandement. Cet enjeu méthodologique est important, dans la mesure où il peut influencer les résultats, et explique en partie la difficulté rencontrée pour étudier les effets de l'IG.
- Les TSP antérieurs à la grossesse non-désirée semblent le facteur de risque le plus important pour des TSP post-IG. Peu de ressources personnelles pour faire face à des événements de vie stressants, une perception ou un vécu négatif de l'IG, l'attitude de l'entourage (manque de soutien, pression) paraissent également être des facteurs de risque. Les grossesses non-désirées sont associées à des TSP (et inversement), et les liens de cause à effet ne sont pas déterminés. L'issue d'une grossesse non-désirée (IG ou accouchement) ne semble pas plus influencer la fréquence des TSP que ne le fait sa survenue non-souhaitée.

6

Références

6 Références

- 1 Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012 Feb 18;379(9816):625-32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22264435>
- 2 Guttmacher Institute: Les faits sur l'avortement provoqué dans le monde. New York; 2012. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW_fr.pdf
- 3 Henshaw SK, Singh S, Haas T. The Incidence of Abortion Worldwide. *Int Fam Plan Perspect*. 1999;25(ArticleType: research-article / Issue Title: Supplement / Full publication date: Jan., 1999 / Copyright © 1999 Guttmacher Institute):S30-S8. : <http://www.jstor.org/stable/2991869>
- 4 United Nations: World abortion policies 2013. New York Population Division, Department of Economic and Social Affairs; 2013. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>
- 5 United Nations: World Population Prospects: The 2012 Revision. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2012. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>
- 6 Central Intelligence Agency. The World Factbook 2013-14. Washington, DC. 2013.
- 7 Abigail W, Power C. A systematic review of trend studies of women seeking termination of pregnancy. *J Clin Nurs*. 2008 Nov;17(22):2951-62.
- 8 Zurriaga O, Martinez-Beneito MA, Galmes Truyols A, Torne MM, Bosch S, Bosser R, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit*.23 Suppl 1:57-63.
- 9 Bettarini SS, D'Andrea SS. Induced abortion in Italy: levels, trends and characteristics. *Fam Plann Perspect*.28(6):267-71, 77.
- 10 Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB, Tobiassen C, Ginzler A, Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *Eur J Public Health*.18(2):144-9.
- 11 Rahman A, Katzive L, Henshaw SK. A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997. *Int Fam Plan Perspect*. 1998;24(2):56-64. <http://www.jstor.org/stable/2991926>
- 12 Center for Reproductive Rights: The World's abortion laws. New York; 2008. http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/pub_fac_abortionlaws2008.pdf
- 13 Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reprod Health Matters*.18(36):67-89.
- 14 World Health Organization: unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 sixth edition ed. Geneva World Health Organization; 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf

- 15 Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, Loeber O, Ozalp S, Webb A. Accessibility and availability of abortion in six European countries. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2005 Mar;10(1):51-8.
- 16 Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health*.12(6):365-78.
- 17 Rey Anne-Marie, Seidenberg André. Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Liniken in der Schweiz. *Bulletin des médecins suisses*. 2010;91(13/14):551-4.
- 18 Perrin E, Berthoud M, Pott M, Vera AG, Bianchi-Demicheli F. Views of healthcare professionals dealing with legal termination of pregnancy up to 12 WA in French-speaking Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13584.
- 19 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.
- 20 Locicero S, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2012. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2013.
- 21 Bitzer J, De Grandi P, Haller U, Pók J. Utilisation de la mifépristone pour l'interruption médicamenteuse de grossesse au premier trimestre. Expert opinion: SSGO / SGGG2008 16.12.2008.
- 22 WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO, Research DoRHa;2012. Report No.: 978 92 4 154843 4.
- 23 Vekemans M, Asif K, Etherington-Smith C, Friedman J, Ho P-C, Koladycz R, et al. Interruption volontaire de grossesse au premier trimestre: protocoles et directives. In: portfoliopublishing, editor. Procédures chirurgicales et médicamenteuses. London: International Planned Parenthood Federation (IPPF); 2009. p. 44.
- 24 (HAS) HAdS. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique - décembre 2010. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2011 Nov;40(7):687-92.
- 25 ACOG. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 67, October 2005. *Obstet Gynecol*. 2005 Oct;106(4):871-82.
- 26 Kulier R, Kapp N, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(11):CD002855.
- 27 Elati A, Weeks AD. The use of misoprostol in obstetrics and gynaecology. *BJOG*. 2009 Oct;116 Suppl 1:61-9.
- 28 Lievre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception*. 2009 Jul;80(1):95-100.
- 29 Dissemination CfRa. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 30 Wedisinghe L, Elsandabesee D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first-trimester medical termination. *Contraception*. 2010 Apr;81(4):269-74.
- 31 Schaff E. Evidence for shortening the time interval of prostaglandin after mifepristone for medical abortion. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):42-4.

- 32 Hedley A, Trussell J, Turner AN, Coyaji K, Ngoc NT, Winikoff B, et al. Differences in efficacy, differences in providers: results from a hazard analysis of medical abortion. *Contraception*. 2004 Feb;69(2):157-63.
- 33 Wildschut H, Both MI, Medema S, Thomee E, Wildhagen MF, Kapp N. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(1):CD005216.
- 34 Chen QJ, Hou SP, Meads C, Huang YM, Hong QQ, Zhu HP, et al. Mifepristone in combination with prostaglandins for termination of 10-16 weeks' gestation: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011 Dec;159(2):247-54.
- 35 Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2013 Jun;121(6):1335-47.
- 36 Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(3):CD002253.
- 37 Cabrera Y, Fernandez-Guisasola J, Lobo P, Gamir S, Alvarez J. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination: a meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2011 Apr;51(2):158-65.
- 38 Dissemination CfRa. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination: a meta-analysis (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 39 Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2011 May 1;89(5):360-70.
- 40 Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*. 2011 Feb;83(2):116-26.
- 41 Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004 Sep;70(3):183-90.
- 42 Kulier R, Cheng L, Fekih A, Hofmeyr JG, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009(4).
- 43 Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(4):CD002900.
- 44 Newmann SJ, Dalve-Endres A, Diedrich JT, Steinauer JE, Meckstroth K, Drey EA. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(8):CD007310.
- 45 Kapp N, Lohr AP, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(3).
- 46 Promsonthi P, Preechapornprasert D, Chanrachakul B. Nitric oxide donors for cervical ripening in first-trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011(12).
- 47 Fox MC, Hayes JL, Society of Family P. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. *Contraception*. 2007 Dec;76(6):486-95.
- 48 Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 1996 May;87(5 Pt 2):884-90.

- 49 Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;3:CD005217.
- 50 Van Eyk N, van Schalkwyk J, Infectious Diseases C. Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012 Apr;34(4):382-91.
- 51 May W, Gulmezoglu MA, BaThike K. Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009(4).
- 52 Agostini A, Bourret A, Derniaux E, Garbin O, Huchon C, Lamy C, et al. Recommandations pour la pratique clinique: Les infections génitales hautes Pelvic inflammatory diseases. Guidelines ed. Paris: CNGOF - Collège national des gynécologues et obstétriciens français; 2012.
- 53 Bulletins--Gynecology ACoP. ACOG practice bulletin No. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstet Gynecol.* 2009 May;113(5):1180-9.
- 54 Steenland MW, Tepper NK, Curtis KM, Kapp N. Intrauterine contraceptive insertion postabortion: a systematic review. *Contraception.* 2011 Nov;84(5):447-64.
- 55 Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood LN. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010(6).
- 56 Renner R, Jensen TJJ, Nichols DNM, Edelman A. Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009(2).
- 57 Guiahi M, Davis A, Society of Family P. First-trimester abortion in women with medical conditions: release date October 2012 SFP guideline #20122. *Contraception.* 2012 Dec;86(6):622-30.
- 58 Say L, Kulier R, Gulmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005(1):CD003037.
- 59 Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG.* 2002 Nov;109(11):1281-9.
- 60 Lohr AP, Hayes JL, GemzellDanielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009(4).
- 61 Lipp A. A review of developments in medical termination of pregnancy. *J Clin Nurs.* 2008 Jun;17(11):1411-8.
- 62 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.
- 63 Wiebe ER, Adams L. Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2009 Apr;14(2):97-102.
- 64 Bamigboye AA, Nikodem VC, Santana MA, Hofmeyr GJ. Should women view the ultrasound image before first-trimester termination of pregnancy?: *S Afr Med J.* 2002 Jun;92(6):430-2.
- 65 Fung Kee Fung K, Eason E, Crane J, Armson A, De La Ronde S, Farine D, et al. Prevention of Rh alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003 Sep;25(9):765-73.
- 66 Zimmermann R. Prophylaxie anti-D de la sensibilisation Rhésus. *Forum Med Suisse.* 2006(6):749-51.
- 67 Gynecologists ACoOa. ACOG practice bulletin. Prevention of Rh D alloimmunization. Number 4, May 1999 (replaces educational bulletin Number 147, October 1990). *Clinical*

- management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetrics and Gynecology. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999 Jul;66(1):63-70.
- 68 Hannafin B, Lovecchio F, Blackburn P. Do Rh-negative women with first trimester spontaneous abortions need Rh immune globulin? *Am J Emerg Med*. 2006 Jul;24(4):487-9.
- 69 Karanth L, Jaafar SH, Kanagasabai S, Nair NS, Barua A. Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD009617.
- 70 Cleland K, Creinin MD, Nucatola D, Nshom M, Trussell J. Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstet Gynecol*. 2013 Jan;121(1):166-71.
- 71 Guillem P, Racinet C, Leynaud A, Benbassa A, Cans C. [Evaluation of maternal morbidity after drug-induced termination of pregnancy (TOP) after 12 gestation weeks]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2003;32(3 Pt 1):227-38.
- 72 Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009 May;113(5):1117-23.
- 73 Dissemination CfRa. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 74 Berghella V, Airoidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG*. 2009 Aug;116(9):1151-7.
- 75 Dissemination CfRa. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 76 Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: release date November 2012 SFP Guideline #20131. *Contraception*. 2013 Mar;87(3):331-42.
- 77 Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Nov;177(5):1071-8.
- 78 Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Ectopic pregnancy and medical abortion. *Obstet Gynecol*. 2004 Jul;104(1):161-7.
- 79 Gan C, Zou Y, Wu S, Li Y, Liu Q. The influence of medical abortion compared with surgical abortion on subsequent pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008 Jun;101(3):231-8.
- 80 Swingle HM, Colaizy TT, Zimmerman MB, Morriss FH, Jr. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses. *J Reprod Med*. 2009 Feb;54(2):95-108.
- 81 Dissemination CfRa. Abortion and the risk of subsequent preterm birth: a systematic review with meta-analyses (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 82 Shah PS, Zao J, Knowledge Synthesis Group of Determinants of preterm LBWb. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG*. 2009 Oct;116(11):1425-42.
- 83 Dissemination CfRa. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).

- 84 Wingo PA, Newsome K, Marks JS, Calle EE, Parker SL. The risk of breast cancer following spontaneous or induced abortion. *Cancer Causes Control*. 1997 Jan;8(1):93-108.
- 85 Dissemination CfRa. The risk of breast cancer following spontaneous or induced abortion (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 86 Melbye M, Wohlfahrt J, Olsen JH, Frisch M, Westergaard T, Helweg-Larsen K, et al. Induced abortion and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 1997 Jan 9;336(2):81-5.
- 87 Chouinard EE. Induced abortion did not increase the risk for breast cancer. *ACP J Club*. 1997 Jul-Aug;127(18).
- 88 Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. 2008 Dec;78(6):436-50.
- 89 Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: American Psychological Association 2008.
- 90 Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009 Dec;64(9):863-90.
- 91 Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science*. 1990 Apr 6;248(4951):41-4.
- 92 Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion--denied and completed. *Am J Psychiatry*. 1991 May;148(5):578-85.
- 93 NCCMH. Induced Abortion and Mental Health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London: The National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) at the Royal College of Psychiatrists, Psychiatrists RCo;2011.
- 94 Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med*. 2011 Jan 27;364(4):332-9.
- 95 Bianchi-Demicheli F, Kulier R, Perrin E, Campana A. Induced abortion and psychosexuality. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Dec;21(4):213-7.
- 96 Dissemination CfRa. Induced abortion and psychosexuality (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects*. 2013(3).
- 97 Freudenberg N, Barnett W. [Relationships following legal abortion--a longitudinal comparative study]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1988 Sep;56(9):300-18.
- 98 Vilain A, la collaboration de Mousquet M-C. Les interruptions de grossesse en 2011. *DREES : Etudes et Résultats*. Juin 2013;804.
- 99 Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Fr Aff Soc*. 2011;1(1):116-47.
<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-116.htm>
- 100 Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Kaminski M. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005;34(1):53-61.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231505826717>
- 101 Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France: approches qualitative et quantitative. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2003;51(6):631-48.

- 102 Vilain A, Collet M, Moisy M. [Présentation méthodologique]. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. Rev Fr Aff Soc. 2011;1(1):69-85. Available from: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-1-page-69.htm>
- 103 Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'at-il pas baissé en France depuis 30 ans. Population et sociétés. 2004;407:2-7.

7

Annexes

7 Annexes

7.1 Méthode

Cette revue ciblée de la littérature a été réalisée en combinant différentes approches : 1) exploration de sites Internet ; 2) recherche réalisée à partir d'une base de données électronique ; 3) recherche réalisée au moyen de moteurs de recherche ; 4) analyse des bibliographies des articles précédemment identifiés.

7.1.1 Chapitres 2 & 3: Sites Internet

- *Guttmacher Institute*: advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education: <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>
- *Avortement-Interruption de grossesse : pour le droit au libre choix* : informations mises à jour par Anne-Marie Rey, ancienne co-présidente de l'USPDA (union Suisse pour décriminaliser l'avortement) : <http://www.svss-uspda.ch/fr/avortement.htm>
- *Organisation mondiale de la santé* (OMS), bureau régional de l'Europe : <http://www.euro.who.int/fr>
- *International planned parenthood federation* (IPPF) : <http://www.ippf.org/>
- *Office fédéral de la statistique* (OFS): <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>
- *Eurostat* : accès aux statistiques européennes : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Le taux d'interruption de grossesse (Figure 1), le taux brut de natalité (Figure 2) ainsi que l'indice conjoncturel de fécondité (Figure 3) ont été recherchés pour tous les pays de l'Europe géographique. Les données ont été obtenues via quatre sources Internet différentes :

- le taux d'interruption de grossesse : United Nations: World abortion policies 2013. New York Population Division, Department of Economic and Social Affairs 2013 ;
- le taux brut de natalité : pour les pays européens, les données sont tirées de l'Office statistique de l'Union européenne (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) et pour la Fédération de Russie, l'Ukraine, la République de Moldavie et la Biélorussie, les données sont issues de *The World Factbook* 2013-14. Washington, DC: Central Intelligence Agency, 2013.
- l'indice conjoncturel de fécondité : les données sont tirées de United Nations: World Population Prospects: The 2012 Revision. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2012.

Une fois ces données récoltées, elles ont été mise en forme dans Excel® afin d'obtenir une représentation graphique permettant une interprétation et une compararison plus facile des données.

7.1.2 Chapitres 2 & 3: Base de données électronique

La base de données électronique MEDLINE a été explorée au moyen de la plateforme OVID et des termes de recherche suivants : « induced abortion », « Europe », « age distribution », « access », « reasons ».

7.1.3 Chapitres 2 & 3: Moteurs de recherche GOOGLE & GOOGLE SCHOLAR

Afin de compléter l'investigation réalisée à partir de la base de données MEDLINE, une recherche a également été opérée au moyen des moteurs de recherche GOOGLE et GOOGLE SCHOLAR. Les articles et rapports pertinents ont été retenus sur la base de leurs résumés. Les articles concernant la situation française ont par exemple été identifiés par ce biais.

7.1.4 Chapitres 2 & 3: Bibliographies de divers articles

Les articles et rapports identifiés sur la base de données MEDLINE, ainsi que sur les moteurs de recherche GOOGLE et GOOGLE SCHOLAR ont permis d'identifier d'autres articles grâce à leur bibliographie.

7.1.5 Chapitre 4: Sources pour la revue de la littérature sur les techniques d'IG

Les articles utilisés dans cette partie ont été recherchés sur les bases de données MEDLINE (via PubMed), Cochrane Database of Systematic Reviews (2005 to September 2013) et ACP Journal Club (1991 to October 2013) via Ovid. Les termes utilisés pour la recherche étaient « termination of pregnancy », « induced abortion », et selon les sujets : « methods », « medical », « surgical », « first trimester », « second trimester », « antibiotic prophylaxis », « rh isoimmunization », « rh alloimmunization prevention ». Les filtres (sur pubmed) étaient : « systematic review », « english », « french ».

Les articles ainsi retrouvés ont été sélectionnés sur la base de leur titre premièrement, afin d'exclure ceux ne traitant pas de l'IG. Ensuite, parmi les articles restants, les articles ont été triés par sujet. Si une/des revues systématique/s étaient disponibles sur un sujet, elles primaient sur les revues « simples » ou les essais cliniques.

Pour le sujet des répercussions psychologiques de l'IG, les mots clés « psychological sequelae », « psychiatric disease » et « mental health » ont été utilisés. Mais cette recherche a été complétée par hand-searching à partir des références des articles retrouvés, afin de compléter la recherche avec les revues systématiques plus récentes.

7.2 Comparaison développée : situation en France

Ce chapitre donne des informations sur la situation en France en matière d'interruption de grossesse. La France a été retenue d'une part parce qu'il s'agit d'un pays limitrophe de la Suisse et qu'une comparaison semblait pertinente, et d'autre part parce que de nombreuses études y ont été publiées en matière de contraception et d'interruptions de grossesse.

7.2.1 Contexte et sources d'information

Le nombre d'interruptions de grossesse en France a légèrement augmenté entre le milieu des années 1960 et 2006, avant de se stabiliser aux environs de 210'000 en 2011. Le taux de recours à l'interruption de grossesse, stable depuis 2006, se situe, en 2011, à 15.1 pour 1'000 femmes âgées de 15 à 49 ans⁹⁸. Il est l'un des plus élevés d'Europe.

Les données sur les caractéristiques des femmes françaises ayant recours à l'IG, ainsi que sur la prise en charge de l'interruption de grossesse en France proviennent principalement des sources suivantes :

1. « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et modalités de prise en charge (Vilain, 2011) »⁹⁹.
2. L'enquête socio-épidémiologique COCON (COhorte CONtraception)^{100, 101}.

La première étude repose sur les données de l'enquête nationale de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur les femmes ayant eu recours à une IG en 2007¹⁰². Cette enquête nationale a été réalisée à l'aide de 4 questionnaires :

- Un questionnaire « structure » avec des questions sur les caractéristiques de l'établissement, ainsi que les pratiques en matière de prise en charge des IG (=1206 structures) ;
- Un questionnaire « praticien », rempli par tous les praticiens concernés par l'IG dans les structures enquêtées ou en lien avec elles par le biais d'une convention (=1260 praticiens);
- Un questionnaire « médical » rempli par le praticien pour chacune des interventions qu'il a réalisées ;
- Un questionnaire « patiente » rempli par la femme elle-même juste après l'intervention.

Au total, l'enquête portait sur 13'443 IG, dont 9'905 pour lesquelles sont disponibles à la fois des données médicales et des données relatives aux patientes.

L'enquête socio-épidémiologique COCON (COhorte CONtraception), étudie, quant à elle, les pratiques contraceptives et le recours à l'IG en France. Un échantillon représentatif de 2'863 femmes, âgées de 18 à 44 ans, a été interrogé par téléphone entre septembre 2000 et janvier 2001. Des enquêtes de suivi ont ensuite été réalisées en 2001, 2002, 2003 et 2004.

Le choix d'effectuer une enquête de cohorte résulte de la nécessité d'obtenir des données précises sur une pratique qui évolue rapidement au niveau individuel, les femmes changeant de contraception relativement souvent.

Les données récoltées grâce à la constitution de cette cohorte ont entre autres permis à l'équipe COCON d'analyser les conditions de prise en charge des IG en France. Pour mener à bien cette analyse, un sous-échantillon de 320 femmes ayant eu une IG entre 1996 et 2000 a été retenu¹⁰⁰.

Une synthèse des résultats de ces deux études concernant les caractéristiques des femmes ayant recours à l'IG, ainsi que la prise en charge de l'IG sont présentées ici.

7.2.2 Caractéristiques des femmes françaises ayant recours à l'interruption de grossesse

- Une femme sur deux ayant recours à une interruption de grossesse est âgée de moins de 27 ans et deux femmes sur trois sont âgées de 20 à 34 ans. Depuis le début des années 1990, les taux de recours à l'IG ont augmenté notablement chez les jeunes femmes, particulièrement chez les moins de 25 ans. L'augmentation du taux de recours chez les plus jeunes s'expliquerait à la fois par un refus de plus en plus fréquent des grossesses non prévues et par un report des naissances (et donc des grossesses) à des âges plus élevés¹⁰³.
- Moins de la moitié (45%) des femmes ayant eu une interruption de grossesse déclarent vivre en couple contre 59% des femmes de 15 à 49 ans dans l'ensemble de la population. La part des enquêtées déclarant vivre en couple varie cependant selon la tranche d'âge. Par rapport à l'ensemble des femmes en couple, celles ayant eu une IG sont plus nombreuses à être en couple avant 23 ans et moins nombreuses après 23 ans.
- L'interruption de grossesse ne concerne pas davantage les femmes dont le niveau d'éducation est moins élevé. Si l'on considère les femmes de 25 ans à 44 ans, il apparaît que 61% des femmes ayant eu recours à l'interruption de grossesse ont au moins un niveau baccalauréat contre 63% pour l'ensemble des femmes de cette catégorie d'âge.
- Les femmes ayant eu recours à une interruption de grossesse sont moins souvent en emploi que l'ensemble des femmes. Il apparaît que les femmes interrogées sont près de deux fois plus souvent au chômage (13.2%) que l'ensemble des femmes (7.7%).
- Parmi les femmes ayant eu recours à une interruption de grossesse en 2007, 11% ont une nationalité étrangère et 6% sont des femmes françaises nées à l'étranger.

A noter qu'il n'est pas possible à partir de l'enquête de la DREES d'observer si les femmes ayant recours à l'IG se trouvent dans une situation particulière de fragilité ou de transition.

7.2.3 Prise en charge de l'interruption de grossesse en France

Choix du premier interlocuteur

40% des femmes s'adressent en premier lieu à un gynécologue, 23% à leur médecin généraliste, 14% à une structure hospitalière, et 12% à un centre médico-social (Tableau 6).

Le choix du premier interlocuteur dépend principalement de l'âge de la femme au moment de l'IG. Les femmes de moins de 30 ans qui ne sont pas suivies régulièrement par un médecin s'adressent plus souvent à un centre médico-social que les autres. Celles qui sont suivies par un gynécologue s'adressent de préférence à celui-ci, tandis que celles qui sont suivies par un médecin généraliste contactent souvent directement l'hôpital. Les femmes plus âgées qui n'ont pas de suivi régulier ont plus souvent recours au planning familial que les autres. En revanche, à la différence des plus jeunes, les femmes de plus de 30 ans suivies par un généraliste font principalement appel à lui.

Selon N. Bajos et al.¹⁰¹, le gynécologue est plus souvent associé à une filière de soins directe, c'est à dire un parcours pour lequel il n'existe pas d'intervenant intermédiaire entre le premier interlocuteur contacté et le centre pratiquant l'IG.

Le délai de prise en charge est plus court lorsque la femme s'adresse à un gynécologue (1.9 semaine) et plus long lorsqu'elle a recours à un centre médico-social (2.7 semaines) ou à un généraliste (2.8 semaines).

Prise en charge de l'interruption de grossesse selon le statut de l'établissement

En France, 64% des IG ont eu lieu dans le secteur public et 36% dans le secteur privé. Les femmes ayant eu leur IG dans le secteur privé se sont le plus souvent adressées en premier recours à un gynécologue. C'est le cas pour 54.4% d'entre elles (Tableau 6).

Tableau 6 Choix du premier interlocuteur et prise en charge de l'interruption de grossesse selon le statut de l'établissement

	Total	Public	Privé
N	320	206	114
En %	100	64.4	35.6
Etablissement ou premier professionnel contacté (%)			
Structure hospitalière	13.7	17.6	6.9
Gynécologue	39.6	31.1	54.4
Médecin généraliste	23.4	28.6	15.5
Centre médico-social	12.5	16.5	5.4
Autre	10.8	6.2	18.8
Entretien pré-IG réalisé (%)	78.1	82.5	70.5
Visite médicale post-IG réalisée (%)	73.7	74.7	72.1
Entretien post-IG proposé (%)	27.4	30.6	21.9

Selon N. Bajos et al.¹⁰¹, l'accès à l'IG est considéré par les personnes interrogées comme relativement facile. Les démarches ont cependant semblé un peu plus faciles aux femmes ayant eu leur IG dans le secteur privé.

Si l'accès à l'IG est plus facile dans le secteur privé, le secteur public réalise, quant à lui, plus souvent l'entretien pré-IG, obligatoire au moment de l'enquête (82.5% versus 70.5%) et propose également plus souvent un entretien post-IG (30.6% versus 21.9%).

70% des femmes déclarent par ailleurs avoir bénéficié d'une consultation médicale post-IG, et ceci tant dans le secteur public que privé.

Prise en charge de l'interruption de grossesse selon la technique de l'intervention

En France, environ une interruption de grossesse sur 5 a été réalisée par voie médicamenteuse, et cela aussi bien dans le secteur public que privé (Tableau 7).

Tableau 7 Prise en charge de l'interruption de grossesse selon la technique de l'intervention

	Total	Médical	Chirurgical
N	320	206	114
En %	100	64.4	35.6
Public			
n	206	44	162
En %	100	21.4	78.6
Privé			
n	114	26	88
En %	100	22.8	77.2
A eu le choix de la méthode (%)			
Public		53.8	15.8
Privé		57.0	14.9
Aurait préféré une autre méthode (%)			
Public		12.7	34.2
Privé		18.5	17.1

Parmi les femmes ayant eu une IG par voie médicamenteuse, plus d'une femme sur deux déclarent avoir choisi cette méthode. Cette proportion est identique selon le statut de l'établissement (public ou privé). En cas d'IG chirurgicale par contre, seulement 15% des femmes disent avoir choisi la méthode.

Par ailleurs, les femmes ayant eu leur IG par voie chirurgicale dans le secteur public ont déclaré deux fois plus souvent que celles qui l'ont eu dans le secteur privé, qu'elles auraient préféré une autre méthode (34% versus 17%).

Pour ce qui est de la voie médicamenteuse, 12% des femmes ayant eu leur intervention dans le secteur public déclarent qu'elles auraient préféré une autre méthode contre 18.5% dans le secteur privé.

Il apparaît donc que les femmes françaises sont relativement peu associées au choix de la méthode d'intervention.

7.2.4 Synthèse

Le taux de recours à l'interruption de grossesse est deux fois plus élevé en France (2011 : 15.1 ‰) qu'en Suisse (2011 : 7.6‰).

Les caractéristiques des femmes ayant recours à l'interruption de grossesse en France sont globalement semblables à celles de la Suisse. Il apparaît tout d'abord que toutes les catégories

sociales sont concernées. Il ressort également que les taux les plus élevés, selon l'âge, concernent les femmes de 20-29 ans. Les femmes étrangères et célibataires sont également surreprésentées.

Concernant la méthode d'intervention (médicamenteuse ou chirurgicale), il apparaît qu'en France, les femmes sont rarement associées au choix de la méthode d'intervention, et cela tant dans le secteur public que le secteur privé. Aucune donnée comparable n'est disponible pour la Suisse.

