

Hospices/CHUV
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

INTERRUPTIONS DE GROSSESSE DANS LE CANTON DE VAUD EN 2003

Hugues Balthasar, Brenda Spencer

Etude financée par :

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

Citation suggérée :

Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 106).

Remerciements :

Nous souhaitons ici remercier Madame Léna Pasche et Monsieur Alexandre Oettli du Service cantonal de recherche et d'information statistique (SCRIS) pour la préparation et la transmission des données de population.
Nous remercions également le Service de la santé publique pour leur aimable collaboration.

Référence

M:\IMS\UEPP\SECRET\Fichiers Pdf Pour Web\Pdf 106 IVG_03\Rds106_IVG_03_Web.Doc

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIERES

Résumé	4
1 Introduction	6
1.1 Le mandat	6
1.2 Cadre légal et réglementaire	6
2 Recueil et traitement des données	8
2.1 Objet du comptage	8
2.2 Spécialistes participant au système de suivi	8
2.3 Publication d'un nouveau formulaire	8
3 Population des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003 dans le canton de Vaud	10
3.1 Statut de résidence	10
3.2 Avertissement quant à un possible biais de déclaration	11
4 Résultats	13
4.1 Principales tendances	13
4.1.1 Taux de recours à l'interruption de grossesse	13
4.1.2 Ratios IG/naissances vivantes	16
4.2 Caractéristiques socio-démographiques et reproductives des résidentes vaudoises ayant recouru à une interruption de grossesse en 2003	17
4.2.1 Caractéristiques socio-démographiques	17
4.2.2 Caractéristiques reproductives	19
4.2.3 Caractéristiques de l'interruption de grossesse	21
5 Conclusions et recommandations	25
5.1 Recueil des données	25
5.2 Opportunités pour la prévention	25
5.3 Prévention des grossesses non désirées chez les femmes de nationalité étrangère	26
5.4 IG médicamenteuses	26
6 Annexes	27
6.1 Législation sur l'IVG	31
6.2 Statistique en matière d'interruption de grossesse	33

RESUME

Mandat

Depuis 1993, le Service de la santé publique du Département de la santé et de l'action sociale mandate régulièrement l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), afin qu'il prenne en charge le suivi statistique des interruptions de grossesse (IG) dans le canton de Vaud.

Objectif

Conformément à ce mandat, le présent rapport a pour objectif de présenter l'analyse des données récoltées en 2003 et d'actualiser les tendances par rapport aux années précédentes (taux de recours à l'IG par âge et par nationalité). L'analyse porte principalement sur les interruptions de grossesse des résidentes vaudoises.

Méthodes

Les données proviennent des formulaires épidémiologiques que tout spécialiste autorisé à pratiquer l'interruption de grossesse doit, dans cette éventualité, remplir et renvoyer au Service de la santé publique. Les données ont fait l'objet d'analyses bivariées et multivariées.

Résultats

Parmi les résidentes vaudoises, le nombre d'interruptions de grossesse recensées en 2003 (N= 1184) est nettement inférieur (-18.6%) au nombre d'interruptions demandées (et/ou effectives) en 2002 (N=1454). Cette diminution est plus importante que celle qui était attendue suite à la révision du dispositif de surveillance épidémiologique (passage d'un comptage des avis conformes à un comptage des interruptions de grossesse en tant que tel). On constate en outre d'importants écarts selon le lieu de l'intervention. La diminution est de -28% pour les femmes ayant avorté hors-CHUV et d'environ -7% pour les femmes ayant interrompu leur grossesse au CHUV. Il est probable que l'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens déclarants (concomitante avec la révision susmentionnée) ait entraîné une sous-déclaration des interruptions de grossesse. En conséquence, les indicateurs mesurés pour l'année 2003 sont probablement moins fiables que ceux mesurés lors des années précédentes.

En 2003, le taux de recours à l'interruption de grossesse parmi les femmes de 15 à 49 ans s'élève à 7.5%, soit une valeur inférieure à celle mesurée en 2002 (9.2‰). Cette diminution est observée quel que soit l'âge et la nationalité. Parmi les femmes de nationalité étrangère, ce taux demeure néanmoins trois fois supérieur à celui mesuré chez les Suissesses. Le ratio des interruptions de grossesses aux naissances vivantes se situe en 2003 à 0.17 pour les femmes de 15 à 49 ans. D'une manière générale, les femmes de nationalité suisse ont une plus grande propension à conserver leur grossesse que les femmes de nationalité étrangère.

Les indicateurs socio-démographiques (âge, formation) et les indicateurs relatifs à la carrière reproductive sont restés relativement stables par rapport aux années précédentes. En 2003, près de 20% des femmes ayant au moins un enfant vivant ont interrompu leur grossesse dans un intervalle d'un an ou moins après le dernier accouchement. Parmi l'ensemble des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003, plus d'un quart y avait déjà recouru par le passé.

En 2003, les interruptions de grossesse par méthode médicamenteuse ont été recensées pour la première fois. La Mifégyne® a été utilisée dans près d'un quart des interruptions de grossesses. Une analyse multivariée (régression logistique) montre que les interventions médicamenteuses sont plus

fréquentes dans les établissements autres que le CHUV et parmi les femmes ayant un niveau de formation élevé. Enfin, la grande majorité (97%) des interruptions de grossesse surviennent avant la douzième semaine de gestation.

D'une manière générale, l'entrée en vigueur du régime du délai n'a vraisemblablement pas entraîné d'augmentation du nombre d'interruptions de grossesses.

Recommandations

Les recommandations sont articulées autour de trois points essentiels qui concernent à la fois le dispositif de surveillance des interruptions de grossesse (rappel du cadre légal et réglementaire aux médecins déclarants), la prévention des grossesses non désirées (renforcement du conseil en contraception lors de situations spécifiques et auprès des populations migrantes les plus concernées) et le recours à la Mifégyne® (améliorer la compréhension des différences observées dans le canton de Vaud).

1 INTRODUCTION

1.1 LE MANDAT

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

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

1.2 CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE

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

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

- la femme enceinte doit invoquer sa situation de détresse dans une demande écrite (à l'aide d'un formulaire publié par le DSAS) ;
- avant toute intervention, le médecin doit avoir un entretien approfondi avec la femme enceinte, la conseiller et l'informer sur les risques de l'intervention ;
- si la femme enceinte est âgée de moins de 16 ans, le médecin doit s'assurer qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisée pour mineurs (pour le canton de Vaud : la Fondation ProFa et l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents du CHUV).

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

^b Balthasar, Spencer, Addor et al. (2004). Les interruptions volontaires de grossesse dans le canton de Vaud en 2002. *Revue médicale de Suisse romande*, 124 : 645-648.

Balthasar, Spencer, Jeannin et al. (2004). Les interruptions volontaires de grossesse dans le canton de Vaud: la surveillance épidémiologique au service de la prévention. Swiss Public Health Conference, Zurich 24-25.06.2004.

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

Les interruptions de grossesse pratiquées après la 12^{ème} semaine suivant le début des dernières règles nécessitent un avis médical qui démontre que l'interruption de grossesse est nécessaire afin d'écartier le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte.

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

2 RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES

L'entrée en vigueur (octobre 2002) du régime du délai a introduit des changements importants au niveau du système de recueil des données. L'un concerne l'objet du comptage, l'autre le nombre de spécialistes participant au système de suivi (Annexe 6.1).

2.1 OBJET DU COMPTAGE

Avant l'entrée en vigueur de la nouvelle législation sur les IG, seuls les gynécologues accrédités par le Conseil d'Etat (une quarantaine de spécialistes) étaient autorisés à délivrer l'avis conforme. Ces derniers devaient déclarer chaque demande auprès du SSP.

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

2.2 SPECIALISTES PARTICIPANT AU SYSTEME DE SUIVI

Depuis l'entrée en vigueur du régime du délai, le nombre de spécialistes habilités à signaler des interruptions de grossesse a augmenté. Auparavant, seuls les gynécologues accrédités par le SSP étaient autorisés à délivrer l'avis conforme. Désormais, tout spécialiste autorisé à pratiquer l'interruption de grossesse dans le canton de Vaud a l'obligation d'administrer le questionnaire à ses patientes et de le transmettre au Service de la santé publique^b. Ce changement a pu avoir des conséquences indésirables sur la qualité des données, comme une augmentation des oublis de la part des médecins (sous-déclaration). Le risque de doublons n'est également pas totalement à exclure, dans la mesure où une femme peut avoir consulté plus d'un spécialiste en vue d'interrompre sa grossesse (néanmoins, seul le spécialiste pratiquant l'opération est censé administrer le questionnaire).

2.3 PUBLICATION D'UN NOUVEAU FORMULAIRE

On notera enfin que le Service de la santé publique a conçu et diffusé un nouveau formulaire auprès des spécialistes. Celui-ci comporte moins d'informations que le précédent, certains indicateurs socio-

^a Addor V, Narring F, Michaud P-A. Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. *Swiss Med Wkly* 2003;133:219-26.

^b Selon les directives publiées par le DSAS : « Remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte au sens de l'art. 119 al. 4 du CP, les établissements hospitaliers qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës au sens de l'art. 39 de la loi sur l'assurance maladie et qui sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire de soins ».

démographiques ayant été supprimés (état civil, activité exercée, etc.). D'entente avec le Service de la santé publique, l'IUMSP a réintroduit, en janvier 2004, la plupart de ces variables lors d'une nouvelle révision du questionnaire (Annexe 6.2).

3 POPULATION DES FEMMES AYANT RECOURU A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE EN 2003 DANS LE CANTON DE VAUD

3.1 STATUT DE RESIDENCE

Le nombre de formulaires reçus pour l'année 2003 s'élève à 1268. Onze formulaires ne mentionnent pas le statut de résidence de la femme enceinte (dans quatre cas, le médecin a renvoyé le formulaire de demande signé par la patiente et non pas le formulaire épidémiologique). Au cours de la saisie, il est apparu qu'un formulaire avait été envoyé deux fois. Celui-ci n'a été comptabilisé qu'une seule fois.

Le Tableau 1 ci-dessous décrit l'évolution du statut de résidence des femmes ayant demandé (ou recouru à) une interruption de grossesse au cours de la période 1990-2003. Parmi les interruptions de grossesse effectuées en 2003, 1184 (93,4%) concernaient des résidentes vaudoises contre 95% en 2002. Cette très légère baisse tient vraisemblablement au nombre de données manquantes (n =11) en 2003.

Tableau 1 Répartition des interruptions de grossesse(1) selon le statut de résidence et la nationalité (1990-2003)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
CH habitant VD	730	752	750	717	633	630	660	635	658	639	723	696	616	477
CH habitant autre canton	178	130	116	96	96	94	86	58	61	80	88	66	38	30
CH habitant hors CH					1		1	3	3	4	3	2		1
ETR habitant VD	601	688	703	671	683	626	673	678	918	812	907	872	838	707
ETR habitant autre canton	149	148	121	122	100	83	63	45	67	71	67	66	41	17
ETR habitant hors CH					14	21	20	22	30	22	16	23	22	25
Sans indication														11
Total	1658	1718	1690	1606	1527	1454	1503	1441	1737	1628	1804	1725	1555	1268

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

La suite des analyses présentées dans ce rapport ne concerne que les résidentes vaudoises. Cette sélection permet de rapporter les interruptions de grossesse à un dénominateur populationnel et, ce faisant, d'établir avec plus de précision le niveau d'incidence des interruptions de grossesse dans le canton de Vaud.

Les figures et tableaux essentiels figurent dans le texte. Certains indicateurs sont présentés plus en détail en annexe.

3.2 AVERTISSEMENT QUANT A UN POSSIBLE BIAIS DE DECLARATION

S'agissant des résidentes vaudoises, le nombre d'interruptions de grossesse recensées en 2003 (N= 1184) est nettement inférieur au nombre d'interruptions demandées (et/ou effectives) en 2002 (N= 1454). On observe en effet une diminution de l'ordre de 18.6%, soit une diminution nettement plus importante que celle à laquelle on aurait pu s'attendre, compte tenu des changements survenus en octobre 2002 au niveau du système de suivi.

Plusieurs éléments peuvent concourir à expliquer la chute du nombre d'interruptions de grossesse recensées :

- la diminution est en partie naturelle et s'inscrit dans le prolongement du trend descendant observé depuis 2000 ;
- l'écart entre le nombre d'interruptions de grossesse effectives et le nombre d'interruptions de grossesse demandées a peut-être été sous-estimé ;
- la diminution est liée à un moindre accès au système sanitaire des femmes enceintes en vue d'interrompre leur grossesse ;
- la diminution est liée à un problème de sous-déclaration (notamment à l'extérieur du CHUV), suite à l'augmentation du nombre de gynécologues déclarants, partant des éventuels oublis de leur part malgré le caractère obligatoire de la déclaration.

Un moyen de vérifier (partiellement) la plausibilité de ces différents éléments consiste à comparer l'évolution du nombre d'interruptions de grossesse suivant la provenance des formulaires (information enregistrée dès 1999). On distingue deux principales 'sources' : 1) la Maternité du CHUV et 2) les gynécologues du canton travaillant dans un autre établissement hospitalier (ci-après : hors-CHUV).

Comme le montre le Tableau 2 ci-dessous, la baisse du nombre d'interruptions de grossesse (demandées ou effectives selon les années) n'a pas la même ampleur selon la provenance du formulaire. L'évolution des taux de variation d'une année à l'autre montre en l'occurrence une baisse très importante hors-CHUV. Celle-ci avoisine les 30% entre 2002 et 2003, soit une valeur trois fois plus élevée que celle à laquelle on aurait pu s'attendre suite au changement survenu dès octobre 2002 dans l'unité de compte. Par contraste, la baisse (relative) du nombre d'interruptions de grossesse enregistrées à la Maternité du CHUV est plus limitée et ne dépasse pas 10% (conformément à l'évolution attendue entre 2002 et 2003). En conclusion, l'hypothèse d'une sous-déclaration des interruptions de grossesse pratiquées hors-CHUV semble se confirmer.

Tableau 2 Evolution de la provenance des formulaires (CHUV versus hors-CHUV) de 1999 à 2003, avec indication de la variation (en %) d'une année à l'autre

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

Si tant est qu'il y ait bien un problème de sous-déclaration, celle-ci concerne vraisemblablement certains groupes de femmes plus que d'autres. Car, s'agissant des caractéristiques socio-démographiques des femmes recourant à l'interruption de grossesse, on observe d'importantes différences selon le lieu de l'intervention (voir Tableau 11 en annexe). On constate en effet que les femmes ayant avorté à la Maternité du CHUV sont plus jeunes que les femmes s'étant adressées à un spécialiste hors-CHUV, de même, elles ont un niveau de formation moins élevé, sont plus souvent de nationalité étrangère, et sont plus souvent sans enfant.

Ce problème de sous déclaration, en générant des biais, nuit à la validité des indicateurs mesurés pour 2003. Il est impératif d'en tenir compte dans l'interprétation des données présentées dans le chapitre suivant.

4 RESULTATS

Les résultats présentés dans ce chapitre concernent exclusivement les femmes de nationalité suisse ou étrangère résidant dans le canton de Vaud. Cette sélection permet de rapporter les interruptions de grossesse à un dénominateur populationnel et ainsi de connaître l'incidence des interruptions de grossesse pour l'ensemble de la population féminine en âge de procréer, ainsi que dans certains sous-groupes^a. Ces données ont été fournies par le Service cantonal de recherche et d'information statistiques (SCRIS). Pour les années les plus récentes, les données du SCRIS tiennent compte des requérantes d'asile. On rappellera que les données utilisées pour le dénominateur, contrairement au numérateur, ne comprennent pas les femmes clandestines.

4.1 PRINCIPALES TENDANCES

Comme on l'a relevé plus haut, le nombre d'interruptions de grossesse recensées en 2003 (N = 1184) a considérablement baissé par rapport à l'année précédente (-18.6%). Cette diminution s'explique vraisemblablement moins par le changement intervenu au niveau du comptage, que par une probable sous-déclaration hors-CHUV. Il en découle une diminution du taux de recours à l'interruption de grossesse et du ratio de celles-ci par rapport aux naissances vivantes. Malgré la sous-déclaration, on peut raisonnablement affirmer qu'il n'y a pas eu, en 2003, d'augmentation du taux d'interruptions de grossesse.

4.1.1 Taux de recours à l'interruption de grossesse

En 2003, le taux de recours à l'interruption de grossesse parmi les femmes de 15 à 49 ans est de 7.5‰. Il est de 6‰ chez les femmes de moins de 20 ans et atteint sa valeur la plus élevée (16.1‰) parmi les femmes âgées entre 20 et 24 ans, pour décroître progressivement jusqu'à la fin de la vie féconde (Tableau 13).

Comme lors des années précédentes, on observe un écart important suivant la nationalité. Parmi les femmes de nationalité étrangère, le taux de recours à l'interruption de grossesse est trois fois supérieur à celui mesuré parmi les Suissesses : 13.9‰ versus 4.5‰. Comme le montre la Figure 1, l'importance de cette différence varie selon la classe d'âge considérée. C'est parmi les femmes étrangères de 20 à 24 ans que le taux atteint sa valeur maximale de 31.1‰ (8.7‰ chez les Suissesses).

Bien que, pour les raisons exposées ci-dessous, les données de 2003 ne soient pas directement comparables avec celles récoltées depuis 1990, on a néanmoins complété le trend afin de mettre en perspective les taux mesurés en 2003 (Figure 2). Comme attendu, on observe, en 2003, un déclin du taux d'interruptions de grossesse dans toutes les classes d'âge, quelle que soit la nationalité. Les changements du dispositif de surveillance, intervenus récemment, ont probablement accusé une tendance à la baisse que l'on observe depuis 2000-2001.

^a Les données manquantes sont en principe exclues des analyses.

Figure 1 Taux de recours à l'IG en 2003 parmi les résidentes vaudoises par nationalité et par classe d'âge

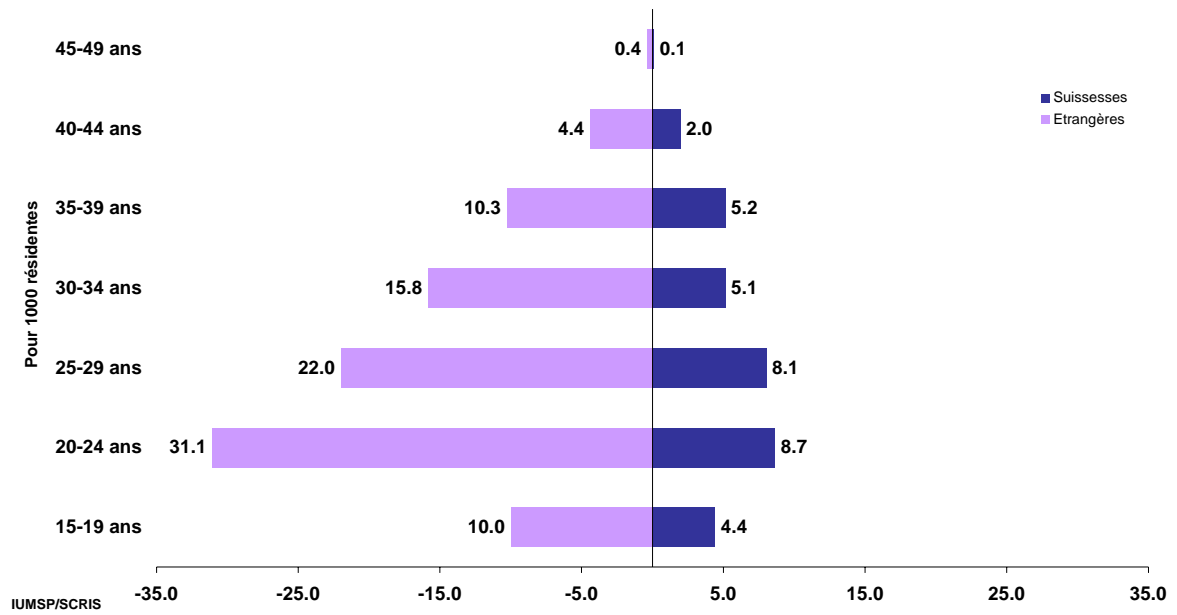
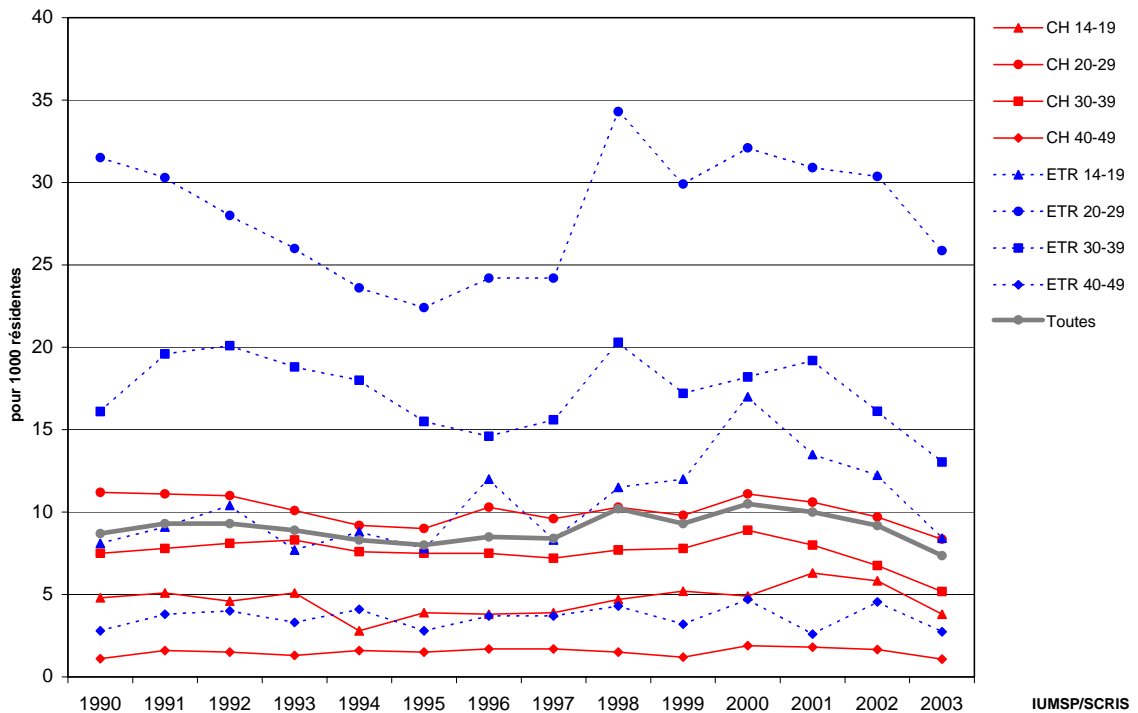
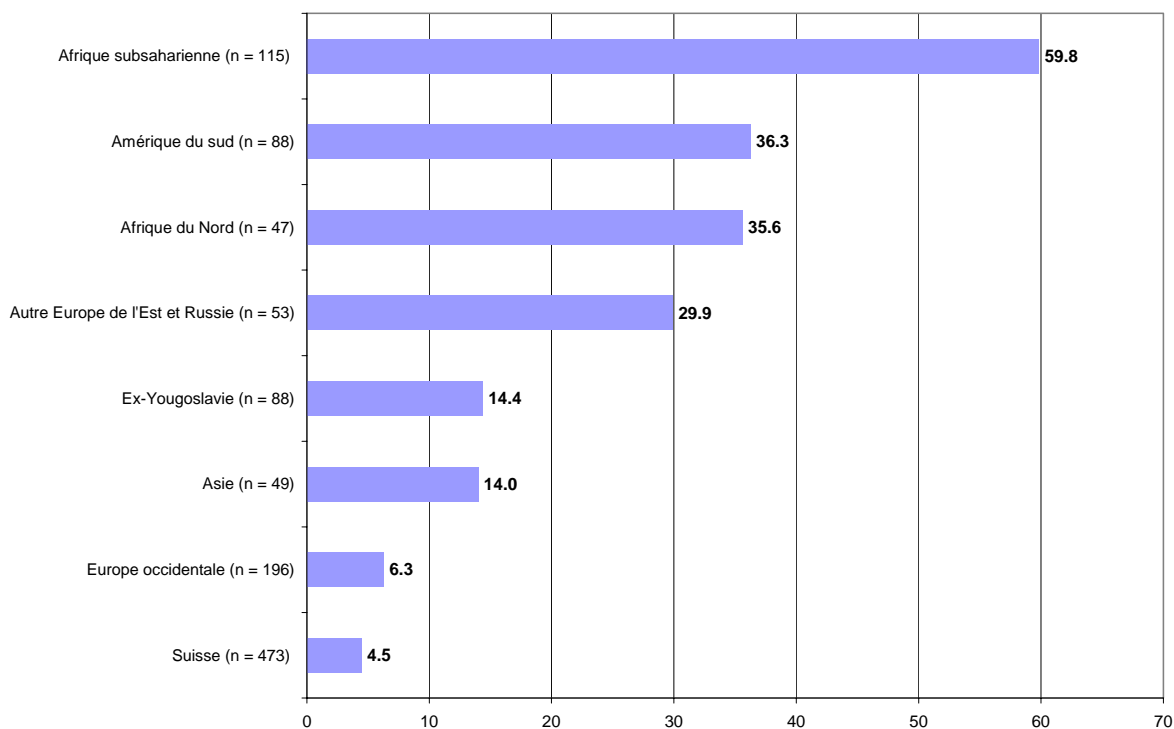


Figure 2 Evolution du taux de recours à l'IG pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité et par âge, entre 1990 et 2003



Parmi les femmes de nationalité étrangère, les taux de recours à l'IG varient fortement selon leur provenance (Figure 3). Suivant les régions mentionnées, les données ne sont cependant pas très fiables en raison de la présence de femmes clandestines au numérateur, alors qu'elles ne sont pas comprises dans le dénominateur. Ce biais a pour effet d'augmenter le niveau d'incidence, en particulier dans les populations les plus concernées par la clandestinité.

Figure 3 Taux de recours à l'IG pour 1000 résidentes vaudoises âgées de 15 à 49 ans selon la nationalité



En 2003, c'est chez les migrantes d'Afrique subsaharienne que le taux est le plus élevé (environ 60‰). Il atteint des valeurs également élevées parmi les Sud-Américaines et les Maghrébines. S'agissant des pays de l'ancien bloc soviétique, on constate un écart important entre les femmes venues d'Ex-Yougoslavie (14‰) et celles venues d'autres pays d'Europe de l'Est (30‰). Parmi celles-ci, on recense de nombreuses Albanaises (43%, n=23), nationalité pour laquelle on mesure un taux de recours de l'interruption de grossesse de plus 330‰. Compte tenu des remarques méthodologiques qui précèdent, un niveau d'incidence aussi élevé laisse à penser que la plupart de ces femmes sont en situation irrégulière^a.

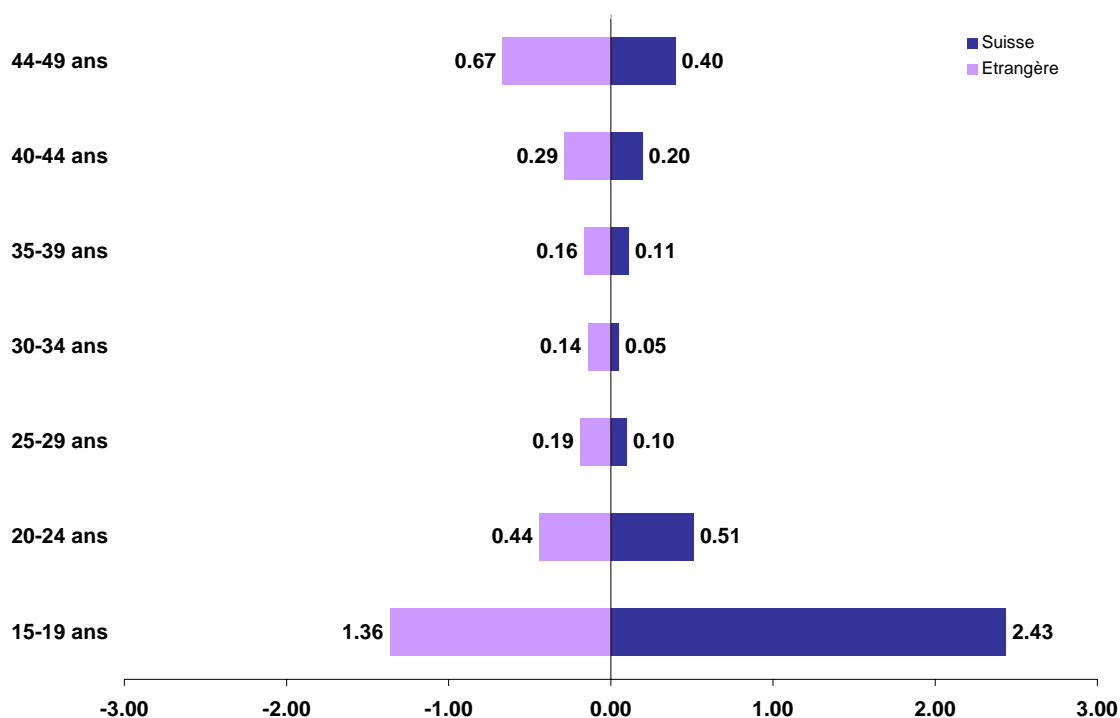
^a Contrairement aux années précédentes, il a été possible de connaître dans le détail la nationalité des femmes recourant à l'interruption de grossesse, les médecins devant indiquer la nationalité en toute lettre. Une liste à cocher a néanmoins été préférée dans le formulaire mis en circulation en 2004.

4.1.2 Ratios IG/naissances vivantes

Le rapport entre le nombre d'interruptions de grossesse et le nombre de naissances vivantes est un indicateur de la propension des femmes d'une population donnée à conserver ou non leur grossesse. Plus le ratio est élevé, moins les femmes sont disposées à conserver leur grossesse. Cet indicateur est néanmoins très sensible au nombre de naissances ; les variations les plus importantes (et attendues) surviennent en général dans les catégories de femmes les moins fertiles, en l'occurrence les adolescentes et les femmes s'approchant de la fin de leur carrière reproductive.

En 2003, le ratio des interruptions de grossesse par rapport aux naissances vivantes parmi les femmes de 15 à 49 ans s'élève à 0.17. D'une manière générale, les Suissesses ont une plus grande propension à conserver leur grossesse que les femmes de nationalité étrangère (2003 : 0.12 versus 0.22). Ce n'est toutefois pas le cas dans les premières années de la vie féconde (15-24 ans). Comme le montre la Figure 4 ci-dessous, c'est parmi les Suissesses de moins de 20 ans que le ratio atteint sa valeur maximale : 2.4 contre 1.4 chez les femmes de nationalité étrangère. Entre 20 et 24 ans, la propension à conserver leur grossesse est également plus importante chez les femmes de nationalité étrangère que chez les Suissesses.

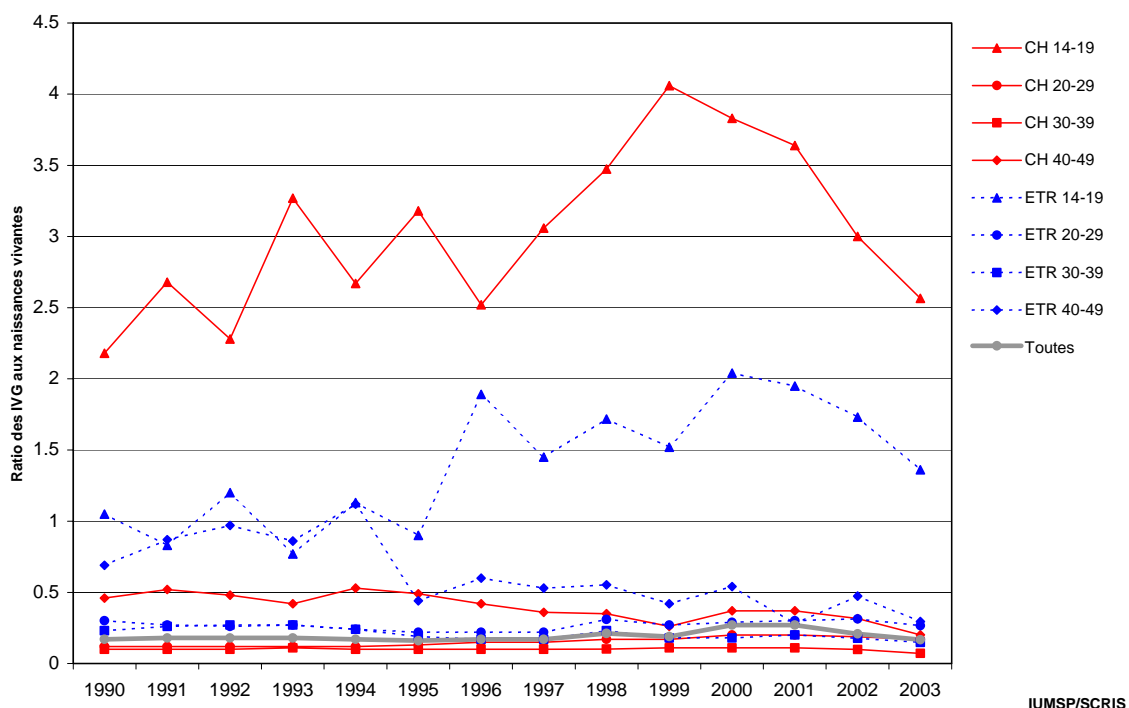
Figure 4 Ratio des interruptions de grossesse aux naissances vivantes en 2003 par nationalité et par âge, résidentes vaudoises



Comme pour les taux de recours à l'interruption de grossesse, on a souhaité compléter le trend mesuré jusqu'à présent (Figure 5). On perçoit plus difficilement l'effet du changement de méthode de suivi. La baisse du ratio observée dans toutes les classes d'âge semble se poursuivre depuis 2000. Elle est particulièrement importante chez les jeunes Suissesses. Entre 1999 et 2003, le ratio a diminué de près

de deux points chez les Suissesses de moins de 20 ans. On constate également une baisse importante du ratio chez les jeunes de nationalité étrangère, bien que celle-ci soit de plus faible amplitude. On rappellera ici que la probable sous-déclaration des interruptions de grossesse en 2003 hypothèque la validité des ratios calculés pour cette année-là.

Figure 5 Ratio des IG aux naissances vivantes par nationalité et par âge, résidentes vaudoises, 1990-2003



4.2 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET REPRODUCTIVES DES RESIDENTES VAUDOISES AYANT RECOURU A UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE EN 2003

4.2.1 Caractéristiques socio-démographiques

Suite à la révision du questionnaire épidémiologique, on ne dispose, pour l'année 2003, que d'un nombre réduit d'indicateurs socio-démographiques, soit l'année de naissance de la femme enceinte, sa nationalité et son niveau de formation. Les indications concernant l'état civil, la vie en couple et la source de revenu (activité professionnelle, assurances sociales, etc.) n'ont pas été retenues dans le formulaire en circulation en 2003. Elles ont néanmoins été réintroduites en 2004.

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003 n'ont guère changé par rapport aux années précédentes, ce malgré le problème de sous-déclaration identifié plus haut. Les femmes de nationalité étrangère représentent près de deux tiers des interruptions de grossesse (2002 : 58%). Elles sont légèrement plus jeunes que les Suissesses, mais l'écart entre les médianes (Tableau 3) est plutôt faible. On constate que les Suissesses sont relativement plus nombreuses que les étrangères à recourir à l'IG au début et à la fin de leur vie féconde (c'est-à-dire durant l'adolescence et après 35 ans).

D'une manière générale, le niveau de formation est peu élevé, mais varie toutefois considérablement selon la nationalité. Deux tiers des femmes de nationalité étrangère et une Suissesse sur cinq n'ont pas été formées au-delà de l'école obligatoire.

Tableau 3 Caractéristiques socio-démographiques des résidentes vaudoises ayant recouru à l'IG en 2003

		Suisse		Etrangère		Total	
		n=447	%	n=707	%	N=1184	%
Age (Min-Max)		14-47 ans		15-46 ans		14-47 ans	
Age médian		28 ans		27 ans		28 ans	
Classe d'âge	< 20 ans	59	12.4	49	7.0	108	9.2
	20-24 ans	107	22.5	191	27.2	298	25.3
	25-29 ans	103	21.7	181	25.8	284	24.1
	30-34 ans	77	16.2	151	21.5	228	19.4
	35-39 ans	92	19.3	95	13.6	187	15.9
	40-44 ans	36	7.6	32	4.6	68	5.8
	45-49 ans	2	0.4	2	0.3	4	0.3
Formation	Ecole obligatoire	101	21.6	412	60.1	513	44.5
	Apprentissage	159	34.0	87	12.7	246	21.3
	Formation supérieure non-universitaire	171	36.5	129	18.8	300	26.0
	Université, haute école	37	7.9	57	8.3	94	8.2

Le Tableau 4 ci-dessous répartit les femmes de nationalité étrangère selon leur provenance. Les ressortissantes de pays d'Europe occidentale représentent plus d'un quart de l'effectif. Parmi les régions les plus représentées, figurent ensuite les pays d'ex-Yougoslavie, la Russie et les autres pays d'Europe de l'Est (environ 20%), l'Afrique subsaharienne et l'Amérique du Sud. Ces trois populations constituent les principaux publics-cibles du programme de la Fondation ProFa, financé par le service de la santé publique, visant à améliorer l'information et l'accessibilité de la contraception pour les femmes migrantes.

Tableau 4 Nationalité des résidentes vaudoises ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003

Nationalité	n	%
Suisse	477	40.3
Etrangère	707	59.7
<i>Origine des femmes de nationalité étrangère :</i>		
<i>Europe occidentale</i>	198	28.0
<i>Afrique subsaharienne</i>	115	16.3
<i>Ex-Yougoslavie⁽¹⁾</i>	89	12.6
<i>Amérique du Sud</i>	89	12.6
<i>Autres Europe de l'Est et Russie</i>	53	7.5
<i>Asie</i>	50	7.1
<i>Afrique du Nord</i>	48	6.8
<i>Autres</i>	65	9.2
Total	1184	100.0

(1) Croatie, Slovénie, Bosnie, Serbie, Macédoine, Monténégro

4.2.2 Caractéristiques reproductives

Le Tableau 5 présente les principales indications relatives à la carrière reproductive des résidentes vaudoises, soit le nombre de naissances vivantes et la prévalence des interruptions de grossesse précédentes.

Tableau 5 Caractéristiques reproductives des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003

		Suisse n=447 %		Etrangère n=707 %		Total N=1184 %	
Enfants vivants	0	266	56.2	338	48.1	604	51.4
	1	84	17.8	151	21.5	235	20.0
	2	90	19.0	135	19.2	225	19.1
	3 et plus	33	7.0	78	11.1	111	9.4
IG précédentes	oui	110	23.3	225	32.2	335	28.6
Nombre d'IG précédentes⁽¹⁾	1	83	75.5	158	69.9	241	71.7
	2	18	16.4	45	19.9	63	18.8
	3 et plus	6	5.5	19	8.4	25	7.4
	sans indication	3	2.7	4	1.8	7	2.1

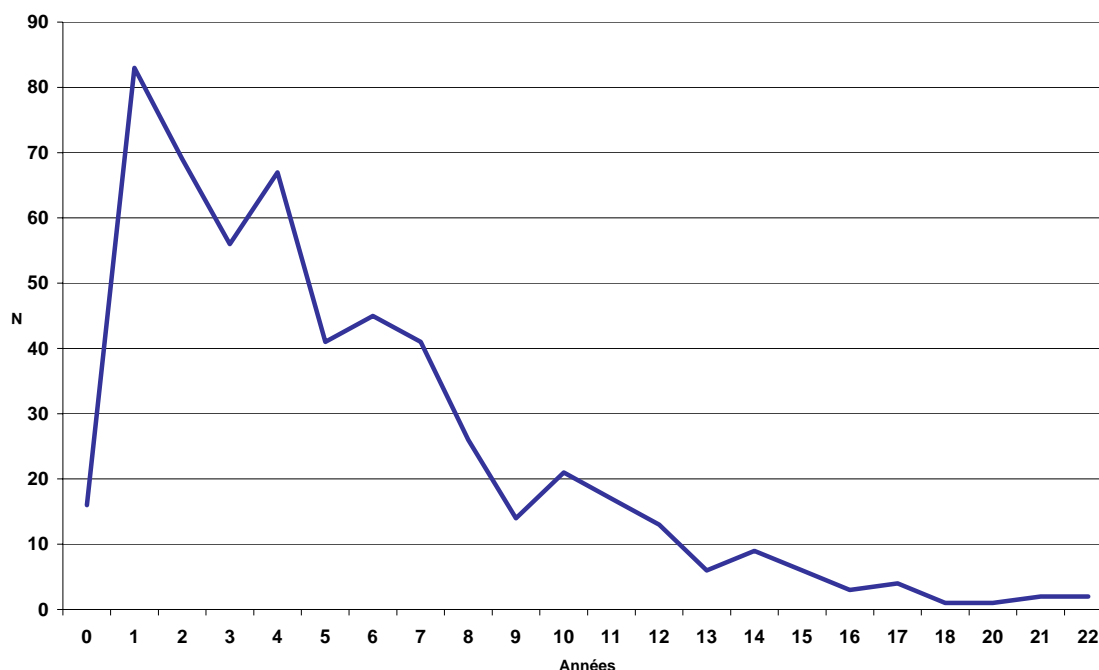
(1) Parmi les femmes ayant déjà interrompu leur grossesse auparavant.

Fécondité

Dans l'ensemble, près d'une femme sur deux n'a pas d'enfant. Comme observé lors des années précédentes, les Suissesses sont moins fécondes que les étrangères : en 2003, 56% d'entre elles sont sans enfant (2002 : 60%), contre 48% (2002 : 44%) chez les étrangères.

S'agissant des femmes ayant au moins un enfant vivant, on a mesuré le nombre d'années séparant le dernier accouchement de l'interruption de grossesse (Figure 6). Dans près d'un cas sur cinq (18.2%) l'interruption de grossesse survient dans un intervalle de zéro à un an après le dernier accouchement. Un écart moyen de 5.2 années sépare les deux événements (médiane : 4). Celui-ci est légèrement plus élevé chez les Suissesses (moyenne : 5.4 ; médiane : 5) que chez les femmes de nationalité étrangère (moyenne : 5.1 ; médiane : 4).

Figure 6 Nombre d'interruptions de grossesse parmi les femmes ayant au moins un enfant, selon le nombre d'années écoulées



Interruptions de grossesse antérieures

Plus d'un quart (28.6%) des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003 y avaient déjà recouru antérieurement. Cette proportion est légèrement supérieure à celle enregistrée en 2002 (26.2%). A l'instar de l'année précédente, on observe un écart important selon la nationalité, le pourcentage de récurrences étant nettement plus élevé parmi les femmes de nationalité étrangère (un tiers environ). Plus spécifiquement, c'est parmi les femmes venues d'Afrique du Nord et d'Afrique subsaharienne ainsi que parmi les femmes venues des Balkans ou d'Europe de l'Est que les taux de récurrences sont les plus élevés (plus de 30%). Comme le montre le Tableau 6, c'est également dans ces groupes de population que le nombre d'interruptions antérieures est le plus important.

Tableau 6 Interruptions de grossesse antérieures (en %) par nationalité, avec indication (en %) du nombre d'occurrences, résidentes vaudoises, 2003.

Nationalité	n	% IG antérieures	Nombre d'IG antérieures (%) ⁽¹⁾			SI ⁽²⁾
			1	2	3 et +	
Suisse	110	23.3	75.5	16.4	5.5	2.7
Europe occidentale	43	21.9	81.8	13.6	0	4.5
Ex-Yougoslavie	33	37.5	66.7	12.1	21.2	0.0
Europe de l'Est et Russie	17	33.3	64.7	11.8	17.6	5.9
Afrique du Nord	27	56.3	66.7	22.2	11.1	0
Afrique subsaharienne	47	42.3	59.6	31.9	8.5	0
Amérique du Sud	26	29.2	80.8	15.4	3.8	0
Asie	13	26.0	61.5	38.5	0	0
Autres	19	29.2	73.7	15.8	5.3	5.3
Total	335	28.6	71.7	18.8	7.4	2.1

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

(2) Sans indication

4.2.3 Caractéristiques de l'interruption de grossesse

Cette dernière section traite des caractéristiques des demandes d'interruption de grossesse. Quel était le motif de l'interruption de grossesse ? A quel moment celle-ci est-elle survenue (âge gestationnel) ? Quelle a été la méthode utilisée (IG médicamenteuse versus chirurgicale) ?

Motif de l'interruption de grossesse

Les motifs indiqués par les médecins ont peu évolué par rapport aux années précédentes. La très grande majorité (97%) des interruptions de grossesse sont expliquées par des motifs psychosociaux (détresse de la femme enceinte). On n'observe pas de différence significative entre les femmes d'origine étrangère et les Suissesses (Tableau 7).

Tableau 7 Motif de l'interruption de grossesse en 2003, par nationalité, résidentes vaudoises

	Suisse		Etrangère		Total	
	n	%	n	%	n	%
Somatique (mère ou fœtus)	12	2.6	11	1.6	23	2.0
Viol, inceste	1	0.2	6	0.9	7	0.6
Psychiatrique	2	0.4	3	0.4	5	0.4
Psychosocial ⁽¹⁾	455	96.8	678	97.1	1133	97.0
Total	470	100	698	100	1168	100

(1) Dans le questionnaire épidémiologique, cet item est libellé comme suit : 'autre, détresse notamment'.

Age gestationnel

En 2003, l'âge gestationnel moyen s'élève à 7.2 semaines, soit une valeur très légèrement inférieure à celle observée en 2002. Selon les indicateurs de tendance centrale (moyenne et médiane) et de dispersion (écart-type, étendue), on observe de très faibles variations selon la nationalité, l'âge de la femme enceinte et le motif de l'intervention (Tableau 8).

Au total, 94.7% des interruptions de grossesse ont été enregistrées avant la douzième semaine de gestation (Tableau 15), c'est-à-dire durant la période au cours de laquelle l'interruption volontaire de grossesse est autorisée sans avis médical obligatoire. La proportion des interruptions de grossesse consignées avant la huitième semaine demeure élevée (64%).

Tableau 8 Age gestationnel : indicateurs de tendance centrale et de dispersion selon la nationalité et l'âge de la femme enceinte ; résidentes vaudoises, 2003

		n	Moyenne	Médiane	Min-max	Ecart-type
Ensemble		1141	7.2	7.0	4-19	2.3
Nationalité	suisse	460	7.2	6.7	4-19	2.3
	étrangère	681	7.3	7.0	4-19	2.3
Age	< 20 ans	106	7.6	6.7	4-8	2.7
	20-29 ans	558	7.3	7.0	4-19	2.4
	30-39 ans	401	7.1	7.0	4-18	2.1
	> 39 ans	70	6.8	6.7	4-11	1.6
Motif	Somatique	22	7.9	7	5-19	3.2
	Autre motif	1126	7.2	7	4-19	2.3

Type d'intervention

Dans le cadre du suivi statistique, on distingue deux principaux types d'intervention : l'interruption de grossesse chirurgicale et l'interruption de grossesse médicamenteuse par utilisation de Mifégyne®, plus connue sous le nom de Mifégyne® (RU486). En Suisse, l'interruption de grossesse médicamenteuse est accessible depuis 1999. En principe, elle n'est plus possible au-delà de la septième semaine de grossesse (49 jours d'aménorrhée). Passé ce délai, l'intervention chirurgicale par aspiration ou par curetage est préférée. On notera également que : « L'interruption médicamenteuse de grossesse ne peut être effectuée qu'en clinique ou dans un centre médical, dans lesquels sont également pratiquées les interruptions chirurgicales de grossesse et qui disposent de moyens de surveillance et de réanimation cardio-respiratoire appropriés »^a.

Le Tableau 9 donne la prévalence (en pour cent) du recours à la Mifégyne® en 2003. Dans l'ensemble, un quart des interruptions de grossesses recensées ont été effectuées par prise de Mifégyne® (25.4%). Cette substance a été utilisée pour plus des deux tiers des interventions réalisées avant la sixième semaine de grossesse et dans un cas sur cinq entre la sixième et la septième semaine de grossesse. Elle été utilisée dans 6 cas au-delà de sept semaines.

Le niveau de recours à la Mifégyne® varie plus ou moins fortement selon la nationalité, le niveau de formation et le lieu de l'intervention. On observe notamment une prévalence d'utilisation plus élevée chez les Suissesses, chez les femmes ayant une formation supérieure, et lorsque l'intervention est pratiquée hors-CHUV.

^a Compendium suisse des médicaments 2004. Bâle : Documed AG, p. 1777.

Tableau 9 Pourcentage d'interruptions de grossesse par prise de Mifégyne® selon diverses caractéristiques

	IG médicamenteuse (Mifégyne®)		IG chirurgicale	
	n	%	n	%
Total	288	25.4	844	74.6
Age de la gestation				
Jusqu'à 5 semaines révolues	189	71.3	76	28.7
6 à 7 semaines révolues	85	19.2	358	80.8
8 semaines et plus	6	1.5	382	98.5
Nationalité				
Suisse	129	28.9	318	71.1
Etrangère	159	23.2	526	76.8
Age				
< 20 ans	18	17.0	88	83.0
20-29 ans	144	25.8	415	74.2
30-39 ans	106	27.0	287	73.0
> 39 ans	16	23.9	51	76.1
Formation				
Ecole obligatoire	93	18.9	400	81.1
Apprentissage	69	29.1	168	70.9
Formation supérieure non-universitaire	88	30.7	199	69.3
Université, haute école	34	38.6	54	61.4
IG précédentes				
Oui	84	26.5	233	73.5
Non	203	25.2	603	74.8
Provenance du formulaire				
Hors-CHUV	169	31.4	370	68.6
CHUV	119	20.1	474	79.9

Afin de connaître avec plus de spécificité les déterminants de l'utilisation de la Mifégyne®, on a procédé à une analyse multivariée (régression logistique) parmi les femmes pour lesquelles la grossesse était strictement inférieure à 8 semaines (n=731)^a. Cette technique permet d'estimer les effets propres de différentes variables explicatives incluses dans le modèle d'analyse (niveau de formation, âge, nationalité, etc.).

Comme le montrent les résultats présentés dans le Tableau 10, les variables telles que le lieu de l'intervention, le niveau de formation et l'âge gestationnel sont associées avec les interruptions de

^a Parmi ces femmes, 51.2% (n=374) ont avorté à la Maternité du CHUV et 48.8% (n=357) dans un autre établissement du canton (Hors-CHUV).

grossesse médicamenteuses. Plus spécifiquement, les femmes qui interrompent leur grossesse dans un autre établissement que le CHUV, celles qui ont une formation supérieure et dont la grossesse est peu avancée ont une plus forte probabilité de recourir à la Mifégyne®. Dans le modèle de régression, ce recours n'est pas expliqué de façon significative par l'âge de la femme enceinte, par une anamnèse positive pour une interruption de grossesse antérieure ou par la nationalité suisse.

Tableau 10 Déterminants de l'utilisation de Mifégyne® parmi les résidentes vaudoises en 2003 et dont la grossesse est strictement inférieure à 8 semaines (régression logistique)

	Odds Ratios	Intervalle de confiance pour 95.0%	P
Age de la patiente en années	0.98	0.95–1.01	0.10
A déjà subi une interruption de grossesse par le passé ⁽¹⁾	1.46	0.94–2.25	0.09
Age gestationnel en semaines*	0.16	0.12–0.22	0.00
Formation supérieure ^{(2)*}	1.52	1.01–2.28	0.05
IG pratiquée hors-CHUV ^{(3)*}	3.03	2.01–4.57	0.00
Nationalité suisse ⁽⁴⁾	1.05	0.71–1.56	0.80

(1) Catégorie de référence : 'N'a pas subi d'IG par le passé'.

(2) Catégorie de référence : 'Ecole obligatoire, apprentissage'.

(3) Catégorie de référence : 'Intervention à la Maternité du CHUV'.

(4) Catégorie de référence : 'Nationalité étrangère'.

* Significatif au seuil de 5%.

D'après les informations publiées par Avortement-Information (ancienne USPDA (Tableau 16)), il s'avère que le recours à la Mifégyne® serait moins répandu dans le canton de Vaud que dans d'autres cantons^a. Sur la base des informations transmises par 16 cantons (Vaud compris), la proportion estimée d'interruptions médicamenteuses de grossesse s'élève à 41% en 2003 (données brutes, sans distinction de l'âge gestationnel). Comme le montre le Tableau 16, le recours à la méthode médicamenteuse serait plus marqué en Suisse alémanique que dans les cantons latins. Le facteur culturel n'est vraisemblablement pas le seul en cause, comme en témoigne notamment les importantes variations enregistrées dans le canton de Vaud en fonction du lieu de l'intervention.

^a Avortement-Information : communiqué de presse (août 2004). Cf. <http://www.svss-uspda.ch>

5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En 2003, le taux de recours à l'interruption de grossesse est estimé à 7.5‰, soit une valeur nettement inférieure à celle mesurée en 2002 (9.2‰). Cette diminution est observée quel que soit l'âge et la nationalité. Hormis le fait qu'une partie de cette diminution puisse être naturelle, il semble que celle-ci s'explique principalement par la révision du système de surveillance (passage d'un comptage des avis conformes à un comptage des interruptions de grossesse en tant que telles) et par une probable sous-déclaration. Malgré ces artefacts de surveillance, tout laisse penser que l'entrée en vigueur du régime du délai n'a pas eu pour conséquence d'augmenter le recours à l'interruption de grossesse parmi les résidentes vaudoises.

Nos principales conclusions et recommandations sont articulées autour de trois points essentiels qui concernent le dispositif de surveillance des interruptions de grossesse, la prévention de grossesses non-désirées et le recours à la méthode médicamenteuse.

5.1 RECUEIL DES DONNEES

Entre 2002 et 2003, le nombre d'interruptions de grossesse recensées parmi les résidentes vaudoises a diminué de 18.6%. Cette diminution s'avère nettement supérieure à la baisse à laquelle on pouvait raisonnablement s'attendre (3 à 10%) suite à la révision du dispositif de surveillance^a. Cette diminution n'a pas la même ampleur suivant le lieu de l'intervention : elle est nettement moins prononcée à la Maternité du CHUV (-6.7%), que dans les autres établissements du canton (-27.9%). En conséquence, l'hypothèse d'une sous-déclaration des interruptions de grossesse semble être confirmée.

- **Il faut tenter de compléter les données manquantes pour 2003 en effectuant un rappel auprès de tous les spécialistes concernés.**
- **Il faut essayer d'établir plus précisément les causes de la sous-déclaration.**
- **Il faut rappeler à tous les spécialistes concernés que l'interruption de grossesse est un acte médical soumis à déclaration obligatoire. Ce faisant, il faut les sensibiliser à l'importance et à l'utilité de cette déclaration pour la surveillance épidémiologique et la prévention des grossesses non désirées dans le canton de Vaud.**

5.2 OPPORTUNITES POUR LA PREVENTION

D'une manière générale, la maternité et l'interruption de grossesse constituent des opportunités à ne pas manquer pour la prévention de grossesses non désirées :

^a A savoir : Passage d'un comptage des demandes d'avis conformes à un comptage des interruptions de grossesse en tant que telles ; augmentation du nombre de médecins déclarants.

- En 2003, pour près de 20% des femmes ayant au moins un enfant vivant, l'interruption de grossesse est survenue dans un intervalle d'un an ou moins après le dernier accouchement.
- Parmi l'ensemble des femmes ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003, plus d'un quart y avaient déjà recouru par le passé.

→ **Il faut renforcer le conseil relatif à la contraception au cours de la période néonatale et lorsque la femme enceinte recourt à l'interruption de sa grossesse.**

5.3 PREVENTION DES GROSSESSES NON DESIREES CHEZ LES FEMMES DE NATIONALITE ETRANGERE

Plus de la moitié des interruptions de grossesses réalisées en 2003 dans le canton de Vaud sont rapportées à des femmes de nationalité étrangère. Parmi ces femmes, le taux de recours à l'interruption de grossesse est environ trois fois supérieur à celui mesuré parmi les Suissesses (13.9‰ versus 4.5‰). Les taux sont particulièrement élevés parmi les Africaines, les Sud-Américaines et les femmes originaires des Balkans ou d'Europe de l'Est. On observe également une fréquence plus élevée de récidives chez les femmes de nationalité étrangère que chez les Suissesses.

→ **Il faut maintenir le programme de prévention des grossesses non désirées auprès des femmes de nationalité étrangère.**

5.4 IG MEDICAMENTEUSES

Par rapport à d'autres cantons, notamment les cantons de Suisse alémanique, le pourcentage d'interruptions de grossesses par méthode médicamenteuse (Mifégyne®) serait relativement bas : cette technique a été utilisée pour un quart des interruptions de grossesse recensées en 2003. En outre, on observe d'importantes différences parmi les résidentes vaudoises. Le niveau de recours à la technique médicamenteuse est, en effet, significativement associé au lieu de l'intervention et au niveau de formation de la femme enceinte : l'utilisation de Mifégyne® est plus répandue chez les femmes de formation supérieure, ainsi que dans les autres établissements que la Maternité du CHUV.

→ **Il faut examiner plus en détail les différences observées au niveau de l'utilisation de Mifégyne®. Le cas échéant, une étude qualitative pourrait être envisagée afin de mieux comprendre les différences entre la Maternité du CHUV et les autres établissements du canton de Vaud, ainsi que les différences cantonales.**

6 ANNEXES

Tableau 11 Caractéristiques socio-démographiques des résidentes vaudoises ayant recouru à l'interruption de grossesse en 2003 selon le lieu de l'intervention

		Provenance du questionnaire				TOTAL	
		Hors-CHUV		CHUV			
		n	%	n	%	n	%
Âge	< 20 ans	34	5.8	74	12.4	108	9.2
	20-24 ans	119	20.4	179	30.1	298	25.3
	25-29 ans	142	24.4	142	23.9	284	24.1
	30-34 ans	132	22.7	96	16.1	228	19.4
	35-39 ans	109	18.7	78	13.1	187	15.9
	40-44 ans	44	7.6	24	4.0	68	5.8
	45-49 ans	2	0.3	2	0.3	4	0.3
Formation	Ecole obligatoire	180	32.2	333	56.1	513	44.5
	Apprentissage	198	35.4	48	8.1	246	21.3
	Formation sup. non-universitaire	121	21.6	179	30.1	300	26.0
	Université, haute école	60	10.7	34	5.7	94	8.2
Nationalité	Suisse	272	46.3	205	34.4	477	40.3
	Ex-Yougoslavie	55	9.4	34	5.7	89	7.5
	Amérique du Sud	23	3.9	66	11.1	89	7.5
	Afrique du Nord	24	4.1	24	4.0	48	4.1
	Afrique subsaharienne	42	7.1	73	12.2	115	9.7
	Asie	23	3.9	27	4.5	50	4.2
	Autres	28	4.8	37	6.2	65	5.5
	Autres Europe de Est et Russie	20	3.4	33	5.5	53	4.5
	Europe occidentale	101	17.2	97	16.3	198	16.7
Nombre enfants vivants (classes)	0	283	48.6	321	54.1	604	51.4
	1	106	18.2	129	21.8	235	20.0
	2	131	22.5	94	15.9	225	19.1
	3 et plus	62	10.7	49	8.3	111	9.4
IG précédentes	Non	421	72.3	415	70.5	836	71.4
	Oui	161	27.7	174	29.5	335	28.6
Nombre IG précédentes	Sans indication	4	2.5	3	1.7	7	2.1
	1	118	73.3	123	70.3	241	71.7
	2	26	16.1	37	21.1	63	18.8
	3 et +	13	8.1	12	6.9	25	7.4
Méthode d'IG	Mifégyne®	169	31.4	119	20.1	288	25.4
	Chirurgicale	370	68.6	474	79.9	844	74.6
Motif	Somatique	21	3.7	2	0.3	23	2.0
	Viol, inceste	3	0.5	4	0.7	7	0.6
	Psychiatrique	4	0.7	1	0.2	5	0.4
	Psychosocial	547	95.1	586	98.8	1133	97.0

Tableau 12 Nombre de recours à l'interruption de grossesse, résidentes vaudoises (15-49 ans), par nationalité et par classe d'âge (1999-2003)

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

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

Tableau 13 Taux de recours à l'interruption de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises, par nationalité et par classe d'âge (1999-2003)

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

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

Tableau 14 Ratio des interruptions de grossesses aux naissances vivantes, résidentes vaudoises (15-49 ans), par nationalité et par classe d'âge (2000-2003)

		2000	2001	2002	2003
Suisse	15-19	3.83	3.52	2.97	2.43
	20-24	0.62	0.59	0.53	0.51
	25-29	0.11	0.11	0.11	0.10
	30-34	0.1	0.09	0.08	0.05
	35-39	0.15	0.15	0.13	0.11
	40-44	0.36	0.34	0.28	0.20
	45-49	0.83	1.5	1	0.40
	Ensemble	0.17	0.17	0.16	0.12
Etrangère	15-19	2.02	1.93	1.73	1.36
	20-24	0.45	0.41	0.52	0.44
	25-29	0.23	0.24	0.22	0.19
	30-34	0.18	0.17	0.16	0.14
	35-39	0.2	0.25	0.2	0.16
	40-44	0.53	0.29	0.47	0.29
	45-49	0.75	0.25	0.67	0.67
	Ensemble	0.27	0.27	0.27	0.22
Ensemble	0.21	0.21	0.21	0.17	

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

Tableau 15 Distribution en % de l'âge gestationnel par semaine révolue

Semaines révolues	n	%	% cumulé
4	39	3.4	3.4
5	229	20.1	23.5
6	265	23.2	46.7
7	198	17.4	64.1
8	173	15.2	79.2
9	98	8.6	87.8
10	48	4.2	92.0
11	31	2.7	94.7
12	28	2.5	97.2
13	11	1.0	98.2
14	4	0.4	98.5
15	7	0.6	99.1
16	2	0.2	99.3
17	2	0.2	99.5
18	2	0.2	99.6
19	4	0.4	100
Total	1141	100	100

Tableau 16 Pourcentage d'interruptions de grossesse par prise de Mifégyne® dans 16 cantons en 2003 (par ordre décroissant)

Canton	n	%
Uri	24	75.0
Bâle-Ville	332	59.4
Zoug	97	54.1
Thurgovie	189	54.0
Soleure	238	50.0
Argovie	33	48.5
Zurich	2329	47.0
Grisons	187	45.5
Neuchâtel	327	42.0
Berne	1022	41.3
Bâle Campagne	306	34.5
Obwald	33	33.3
Fribourg	256	32.0
Tessin	527	30.9
Schwyz	65	29.7
Vaud	1132	25.4

Source : Avortement-Information : communiqué de presse (août 2004), IUMSP (pour le canton de Vaud)

6.1 LEGISLATION SUR L'IVG

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

Législation actuelle : Code pénal suisse. Infractions contre la vie et l'intégrité corporelle (1942)	La nouvelle loi : REGIME DU DELAI – REVISION DU CODE PENAL Selon la décision des Chambres fédérales du 23.3.2001
Art. 118	Art. 118 Interruption de grossesse punissable
<ol style="list-style-type: none">1. "La personne enceinte qui, par son propre fait ou par celui d'un tiers, se sera fait avorter sera punie d'emprisonnement."2. L'action pénale se prescrit par deux ans	<ol style="list-style-type: none">1. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme avec son consentement, ou encore l'instigue ou l'aide à interrompre sa grossesse sans que les conditions fixées à l'article 119 soient remplies, sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement.2. Celui qui interrompt la grossesse d'une femme sans son consentement sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.3. La femme qui interrompt sa grossesse, la fait interrompre ou participe à l'interruption d'une quelconque façon après la douzième semaine suivant le début des dernières règles, sans que les conditions fixées à l'art. 119, al. 1, soient remplies, sera punie de l'emprisonnement ou de l'amende.4. Les actions pénales visées aux al. 1 et 3 se prescrivent par deux ans.
Art. 119	Art. 119 Interruption de grossesse non punissable
<ol style="list-style-type: none">1. Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse a été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente. L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé de façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu. Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.2. Celui qui, sans le consentement d'une personne enceinte, l'aura fait avorter sera puni de la réclusion pour dix ans au plus.3.1 La peine sera la réclusion pour trois ans au moins, si le délinquant fait métier de l'avortement.	<ol style="list-style-type: none">1. L'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical démontre qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte. Le danger devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée.2. L'interruption de grossesse n'est pas non plus punissable si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, elle est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession. Le médecin doit au préalable s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme et la conseiller.3. Le consentement du représentant légal de la femme enceinte est requis si elle est incapable de discernement.

4. Le canton désigne les cabinets et les établissements hospitaliers qui remplissent les conditions nécessaires à la pratique de l'interruption de grossesse dans les règles de l'art et au conseil approfondi de la femme enceinte.
5. A des fins statistiques, toute interruption de grossesse doit être annoncée à l'autorité de santé publique compétente; l'anonymat de la femme concernée est garanti et le secret médical doit être respecté.

Art. 120

1. Il n'y a pas avortement au sens du présent code lorsque la grossesse a été interrompue par un médecin diplômé, avec le consentement écrit de la personne enceinte et sur avis conforme d'un second médecin diplômé, en vue d'écarter un danger impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.
L'avis conforme exigé à l'alinéa premier doit être donné par un médecin qualifié comme spécialiste en raison de l'état de la personne enceinte et autorisé de façon générale ou dans chaque cas particulier par l'autorité compétente du canton où la personne enceinte a son domicile ou de celui dans lequel l'opération aura lieu.
Si la personne enceinte est incapable de discernement, le consentement écrit de son représentant légal devra être requis.
2. Les dispositions de l'article 34, chiffre 2, demeurent réservées pour autant que la grossesse est interrompue par un médecin diplômé et qu'il s'agit d'écarter un danger imminent, impossible à détourner autrement et menaçant la vie de la mère ou menaçant sérieusement sa santé d'une atteinte grave et permanente.
Dans ce cas le médecin traitant doit, dans les vingt-quatre heures après l'opération, aviser l'autorité compétente du canton dans lequel l'opération a eu lieu.
3. Si la grossesse a été interrompue à cause d'un autre état de détresse grave dans lequel se trouvait la personne enceinte, le juge pourra atténuer librement la peine (art. 66)
4. Les dispositions de l'article 32 ne sont pas applicables.

Art. 120 Contraventions commises par le médecin

1. Sera puni des arrêts ou de l'amende le médecin qui interrompt une grossesse en application de l'art. 119, al. 2, et omet avant l'intervention
 - a. d'exiger de la femme enceinte une requête écrite;
 - b. de s'entretenir lui-même de manière approfondie avec la femme enceinte, de la conseiller et de l'informer sur les risques médicaux de l'intervention ainsi que de lui remettre contre signature un dossier comportant:
 1. la liste des centres de consultation qui offrent gratuitement leurs services;
 2. une liste d'associations et organismes susceptibles de lui apporter une aide morale ou matérielle;
 3. des informations sur les possibilités de faire adopter l'enfant;
 - c. de s'assurer lui-même, si la femme enceinte a moins de 16 ans, qu'elle s'est adressée à un centre de consultation spécialisé pour mineurs.

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

6.2 STATISTIQUE EN MATIERE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Questionnaire confidentiel à renvoyer sans délai au **Médecin cantonal,**
Service de la santé publique, rue Cité-Devant 11, 1014 Lausanne
(fax 021 316 42 72)

1. Date de naissance	mois <input type="text"/> <input type="text"/>		année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
2. Habitant	Canton de Vaud <input type="checkbox"/> 1	autre canton <input type="checkbox"/> 2	étranger <input type="checkbox"/> 3							
3. Nationalité	Suisse <input type="checkbox"/> 1	Italie <input type="checkbox"/> 2	Espagne <input type="checkbox"/> 3	Portugal <input type="checkbox"/> 4	Angleterre <input type="checkbox"/> 5	Allemagne <input type="checkbox"/> 6	France <input type="checkbox"/> 7	Ex-Yugosl. <input type="checkbox"/> 8	Turquie <input type="checkbox"/> 9	Sri-Lanka <input type="checkbox"/> 10
	Amérique du Nord <input type="checkbox"/> 11	Equateur <input type="checkbox"/> 12	Brésil <input type="checkbox"/> 13	Amérique du Sud (autres pays) <input type="checkbox"/> 14	Afrique du Nord <input type="checkbox"/> 15	Afrique (autres pays) <input type="checkbox"/> 16	Asie <input type="checkbox"/> 17	Autres <input type="checkbox"/> 18		
4. Si étrangère, en Suisse depuis	année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
5. Etat civil	mariée <input type="checkbox"/> 1	divorcée <input type="checkbox"/> 2	séparée <input type="checkbox"/> 3	célibataire <input type="checkbox"/> 4	veuve <input type="checkbox"/> 5					
6. Vit en couple	oui <input type="checkbox"/> 1		non <input type="checkbox"/> 2							
7. Age de la gestation	semaines révolues <input type="text"/> <input type="text"/>									
8. Nombre d'enfants vivants	aucun <input type="checkbox"/> 0	un <input type="checkbox"/> 1	deux <input type="checkbox"/> 2	trois <input type="checkbox"/> 3	plus (nombre) <input type="text"/> <input type="text"/>					
9. Année du dernier accouchement	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
10. Nombre d'IVG antérieures	aucune <input type="checkbox"/> 0	une <input type="checkbox"/> 1	deux <input type="checkbox"/> 2	trois <input type="checkbox"/> 3	plus (nombre) <input type="text"/> <input type="text"/>					
11. Formation en cours/accomplie	école obligatoire (ou moins) <input type="checkbox"/> 1		apprentissage <input type="checkbox"/> 2	formation supérieure non-universitaire <input type="checkbox"/> 3	université, haute école <input type="checkbox"/> 4					
12. Activité actuelle	étudiante <input type="checkbox"/> 1	apprentie <input type="checkbox"/> 2	active au foyer <input type="checkbox"/> 3		travail instable (garde enfants, ménage ...) <input type="checkbox"/> 4	travail lucratif régulier <input type="checkbox"/> 5				
	au chômage <input type="checkbox"/> 6		ne travaille pas (AI, CNA, aide sociale, requérante d'asile) <input type="checkbox"/> 7		autre (ne travaille pas et pas d'aide sociale) <input type="checkbox"/> 8					
13. Motif principal de l'IVG	somatique (maladie physique de la mère, malformation ou risque grave pour l'enfant) <input type="checkbox"/> 1			viol-inceste <input type="checkbox"/> 2	psychiatrique <input type="checkbox"/> 3	psycho-social <input type="checkbox"/> 4				
14. Date de l'intervention	jour <input type="text"/> <input type="text"/>	mois <input type="text"/> <input type="text"/>	année <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
15. Méthode d'intervention	chirurgicale <input type="checkbox"/> 1		médical (RU 486) <input type="checkbox"/> 2							
16. Lieu de l'intervention	CHUV <input type="checkbox"/> 1	hôpital public régional <input type="checkbox"/> 2	clinique privée <input type="checkbox"/> 3							

Lieu : _____ Date :

jour mois année

Tampon du médecin :