

Interruption de grossesse : accès et prise en charge égale pour toutes ?

Margaux Achtari, Julia Beck, Kristina Kovalevskaya, Albane Revaz, Alexia Roux

Introduction

En 2017, près de 10'000 femmes ont eu recours à une interruption de grossesse (IG) en Suisse (1), la moitié de ces patientes étant de nationalité étrangère (2). Au CHUV il y a environ 850 IG par année avec 60-65% de femmes migrantes environ (3). Même si certains groupes de la population sont proportionnellement plus exposés à l'IG que d'autres, le recours à cette pratique concerne toutes les couches de la société (2) et dans le canton de Vaud, l'écart entre les Suisses et les étrangères diminue (4). En 2015, le taux d'IG pour 1000 femmes en âge de procréer est de 8.8 dans le canton de Vaud, ce qui constitue le deuxième taux le plus élevé en Suisse derrière le canton de Genève (4). Selon la Dre Renteria, notre canton est en avance par rapport au reste de la Suisse, dans le sens où ce dernier a mis en place un système de prise en charge de l'IG bien organisé. Même si depuis 2002, l'IG est autorisée dans toute la Suisse sur demande écrite de la femme (5), il est du ressort des cantons de désigner les cabinets privés et établissements hospitaliers autorisés à pratiquer cet acte (5). Cela implique donc des différences dans l'accessibilité à l'IG en fonction des cantons ce qui joue très certainement un rôle dans les variations de taux d'IG d'un canton à l'autre (4).

Comme dans le canton de Vaud il existe différentes structures pratiquant des IG, nous avons cherché à savoir quels sont l'accès et la prise en charge proposés par ces différents établissements et si le niveau socio-économique de la patiente a une influence sur sa prise en charge. Répondre à ces questions nous permettra de déterminer si les structures proposées dans le canton de Vaud sont adaptées aux diversités culturelles ou socio-économiques des femmes ayant recours à l'IG.

Méthode

Tout d'abord, nous avons fait une recherche de la littérature dans le but de mieux comprendre le déroulement d'une IG, les différentes méthodes disponibles, l'aspect légal autour de cette intervention et les taux d'IG en fonction des différentes catégories de la population. Ensuite, nous avons mené plusieurs entretiens semi-structurés avec des professionnel·le·s de la santé représentant différentes structures autour de la prise en charge de l'IG. Nous avons interrogé : la médecin responsable du Planning familial du CHUV ainsi que plusieurs conseillères en santé sexuelle, une assistante sociale du Service Social de la Maternité du CHUV, une médecin de PROFA, une infirmière de l'Unité de Soins aux Migrants (USMi), une psychologue de l'Association des Groupes d'Accompagnement pour les Pertes de grossesse, Abus et maltraitements (AGAPA), un gynécologue privé installé en ville et la médecin responsable du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA).

Résultats

Que ce soit en milieu hospitalier ou en cabinet privé, les modalités de l'IG répondent aux recommandations de la Société Suisse Gynécologie Obstétrique (SSGO) : avant la 7ème semaine de grossesse, la méthode préconisée est une IG médicamenteuse à domicile. Après cette date, la patiente peut soit avoir une IG médicamenteuse sous surveillance, soit une intervention chirurgicale par aspiration-curetage, de toute façon obligatoire dès la 9ème semaine. Malgré cette base similaire, nous avons constaté des différences importantes dans la prise en charge de l'IG, chaque établissement présentant des avantages et des inconvénients.

Au Planning familial du CHUV, la proportion de femmes ayant un niveau socio-économique plutôt bas est plus élevée qu'ailleurs, même si la patientèle comprend des femmes de tous les milieux. Cet établissement est le seul endroit où une patiente peut en premier avoir une IG et s'occuper des modalités de paiement ensuite. Le Service social de la maternité est d'ailleurs une aide pour répondre aux difficultés financières. Ce service propose différents arrangements : demande de fonds, possibilité de payer l'IG en plusieurs fois et également aide dans le processus d'affiliation à la LAMAL. D'après ces constatations, il nous est apparu que le CHUV était l'établissement le plus adapté pour la prise en charge des patientes en difficulté financières. La Dre Renteria, médecin cadre du Planning familial précise d'ailleurs lors de son interview : "Le CHUV est le seul endroit où même sans un sou, on va pouvoir être traité avant de régler la question financière". Malgré cela, l'IG reste un acte médical onéreux et même si une patiente a une assurance maladie, la question du paiement de la franchise peut ajouter un stress supplémentaire sur la patiente. Lors de notre entretien avec l'infirmière de l'USMi, nous avons appris que les migrantes nécessitant une IG étaient pour la grande majorité orientées au CHUV. Il était intéressant d'apprendre que les migrant·e·s de l'Établissement Vaudois d'Accueil aux

Migrants (EVAM) ont d'office droit à une affiliation à la LAMAL sans franchise. Dans leur cas, la question financière n'est donc pas une barrière à l'accès à l'IG. Finalement, il y a, au CHUV, un partenariat avec un service d'interprète communautaire, ainsi que la possibilité de rencontrer un·e accompagnant·e spirituel·le ou un·e médiateur·ice. Cela montre que la prise en charge de l'IG peut être modulée en fonction des diversités culturelles des patientes.

Nous avons également relevé quelques aspects de la prise en charge au Planning familial du CHUV qui semblent fonctionner moins bien. Le principal problème au CHUV est le long temps d'attente entre la première prise de contact et l'IG. Il est actuellement en moyenne de 3 semaines, alors que l'idéal serait entre 7 et 10 jours pour les femmes sans ambivalence dans leur décision. Cela montre que le Planning est surchargé et qu'il devient difficile, en l'absence de ressources financières supplémentaire, de prendre en charge le nombre d'IG important dans un délai acceptable. Une autre caractéristique de la prise en charge au CHUV est le nombre d'interlocuteur·ice·s différent·e·s élevé·e·s avec lesquelles les patientes doivent s'entretenir, ce qui peut être déstabilisant pour les plus vulnérables d'entre-elles. En ce qui concerne le premier entretien avec la patiente, il peut soit être fait par une sage-femme, soit par une conseillère en santé sexuelle. Cette différence implique un prix différent pour une même prestation, l'entretien avec la conseillère étant gratuit alors que celui avec la sage-femme payant.

Concernant la prise en charge en cabinet privé, les points qui diffèrent significativement sont les suivants : la prise en charge comprend moins d'interlocuteur·rice·s, le ou la gynécologue connaît déjà la patiente et les prix des prestations sont inférieurs à ceux du Planning (moins de rendez-vous et organisation plus simple). Le problème principal des cabinets est que la majorité des gynécologues ne veulent pas faire d'IG (acte pas assez rentable et chronophage, questions éthiques...) et doivent donc référer leurs patientes vers leurs collègues ou vers le Planning du CHUV, ce qui peut induire un sentiment de jugement ou de stigmatisation chez la patiente. De plus, cela constitue une raison de la surcharge du Planning du CHUV et ainsi du long temps d'attente.

Discussion

D'un point de vue général, l'accès à l'IG semble appropriée dans le canton de Vaud. Nos observations corrélaient donc avec l'article impliquant qu'un accès facilité est l'une des raisons d'un taux d'IG élevé (4). La prise en charge de l'IG au CHUV semble adaptée aux diversités culturelles et socio-économiques des patientes. Malgré un niveau socio-économique bas, une patiente pourra de toute façon avoir accès à une IG et à des soins de qualité. Pour finir, nous nous sommes posées la question de savoir ce qui pourrait diminuer le temps d'attente pour une IG au CHUV, constituant le problème principal de la prise en charge que nous avons relevé. Premièrement, il faudrait que plus de gynécologues privés acceptent de faire des IG, même si ce n'est pas l'acte médical le plus rentable, ni le plus "intéressant". Des hôpitaux régionaux pourraient également devenir, à l'instar du Planning au CHUV, des centres de référence. Finalement, nous pourrions également imaginer une prescription de l'IG médicamenteuse par les généralistes (il faudrait alors régler la question de la datation de la grossesse), ou alors une démedicalisation de l'IG par les sages-femmes.

Références

1. Office fédéral de la statistique. Interruptions de grossesses. [cité le 12 juin 2019]. Disponible: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html#par_text
2. Stadelmann S, Spencer B, Locicero S. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2017 : l'essentiel [en ligne]. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive: 2018 [cité le 12 juin 2019]. Disponible: https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds-essentiels-09_fr.pdf
3. Interview avec la Dre. Renteria, médecin cadre du Planning familial du CHUV
4. Julie Conti. La Suisse connaît un des taux d'avortement les plus bas d'Europe. RTS Info [en ligne]. 2017 [cité le 12 juin 2019]. Disponible: <https://www.rts.ch/info/suisse/8672008-la-suisse-connaît-un-des-taux-d-avortement-les-plus-bas-d-europe.html>
5. Art 119, al. 2. Code pénal suisse (intervention de grossesse), du 19 mars 1998 (RO 2002). p. 2990.

Mots clés

Interruption de grossesse ; Prise en charge ; Suivi ; Niveau socio-économique ; Diversité culturelle.

Date: 1er juillet 2019

Interruption de grossesse: accès et prise en charge égale pour toutes?

Margaux Achtari, Julia Beck, Kristina Kovalevskaya, Albane Revaz, Alexia Roux

INTRODUCTION

Depuis 2002, l'interruption de grossesse (IG) est possible sans avis médical dans les 12 premières semaines (1). Au CHUV il y a environ 850 IG par année, ce qui constitue 50% des IG du canton (2). Le canton de Vaud est l'un des canton avec le taux d'IG le plus élevé en Suisse (derrière Genève) (3). Comme il existe différentes structures pratiquant l'IG, nous avons souhaité comparer la prise en charge de ces différents établissements et observer si le niveau socio-économique de la patiente a une influence sur sa prise en charge.

OBJECTIFS

1. Identifier si une prise en charge systématique existe et évaluer si elle est dépendante du type de structure médicale ainsi que du milieu social des patientes ayant recours à ces structures.
2. Déterminer si les structures mises en place sont adaptées à la diversité culturelle ou socio-économique des femmes ayant recours à cette intervention.

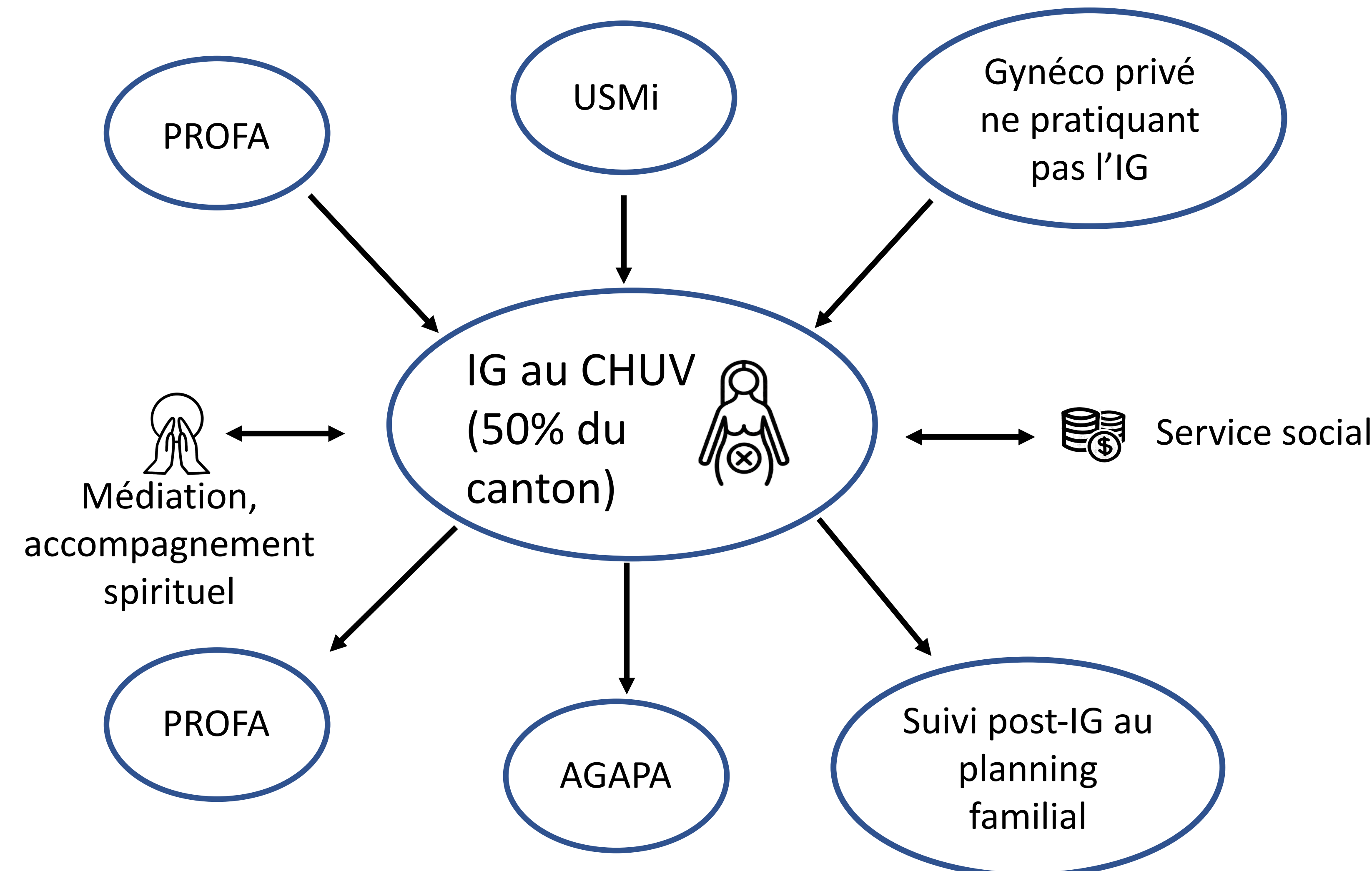
METHODOLOGIE

- **Revue de littérature**
- **Entretiens semi-structurés** : conseillères en santé sexuelle et médecin responsable du Planning familial du CHUV, assistante sociale du Service social de la maternité, médecin chez PROFA, infirmière de USMi, psychologue d'AGAPA, un gynécologue privé, une médecin responsable du SUPEA

A SAVOIR SUR L'IG

Il existe deux méthodes d'IG

- **IG médicale** :
 - < 7 semaines à la maison
 - < 9 semaines à hôpital ou au cabinet
- **IG chirurgicale** (aspiration-curetage) :
 - > 9 semaines



RESULTATS

	+	-
Planning familial du CHUV - PROFA	• Si pas assez d'argent : possibilité d'avoir une IG et de regarder pour le paiement ensuite. • Possibilité de mettre en place des arrangements avec le service social de la maternité : demande de fonds, payer en plusieurs fois... • Partenariat avec des interprètes communautaires, des médiateur-ice-s et des accompagnant-e-s spirituel-le-s.	• Le temps d'attente peut être long. Il est actuellement d'environ 3 semaines. • Lors du 1^{er} contact, la patiente voit soit une conseillère en santé sexuelle, soit une sage-femme : différents prix pour une même prestation. • Beaucoup d'interlocuteurs différents.
Cabinet privé	• Moins d'interlocuteurs, souvent que le ou la gynécologue. • Prix des prestations inférieurs à ceux du planning familial. • La patiente sait directement vers qui se tourner si elle a un problème.	• Moins adapté à la prise en charge d'une patiente étrangère. • La majorité des gynécologues privé-e-s ne pratiquent pas l'IG et doivent référer ces patientes. Elles peuvent ainsi se sentir jugées ou stigmatisées.

«Le CHUV est le seul endroit où même sans un sous, on va pouvoir être traité avant de régler la question financière»
- Dre. Renteria

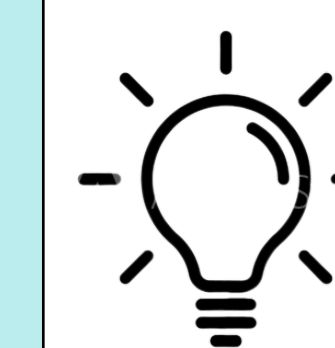
DISCUSSION

Lien entre la prise en charge et le niveau socio-économique :

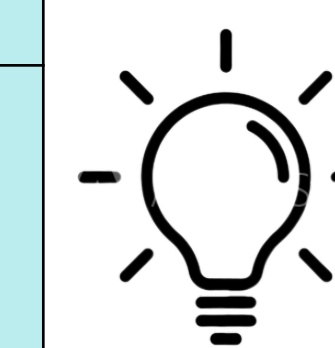
- Les femmes de milieux socio-économiques plutôt bas ont plus tendance à être prises en charge au CHUV, mais la patientèle inclut aussi des femmes de tous les autres milieux.
- L'IG est un acte cher, ce qui peut ajouter un stress supplémentaire sur la patiente.
- Les prestations des associations de patients proposant une aide pour faire face à l'IG sont très souvent payantes (AGAPA).
- La prise en charge au CHUV semble adaptée pour répondre aux besoins spécifiques des patientes en difficulté financière (Service social).
- Problème du CHUV: **temps d'attente long**

«Le plus longtemps on attend avant de faire une IG, le plus cela va ajouter d'angoisse et d'anxiété»
- Conseillère en santé sexuelle

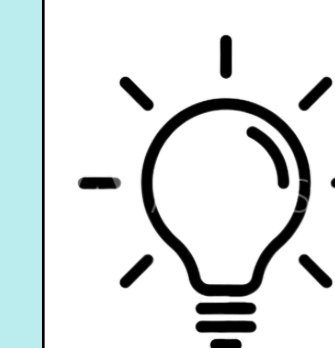
SOLUTIONS pour désengorger le CHUV



Plus de gynécologues privés qui accepteraient de pratiquer des IG, même si ce n'est pas l'acte le plus rentable



Des hôpitaux régionaux qui deviendraient également des centres de référence (à l'instar du planning)



IG médicamenteuse également prescrite par des médecins généralistes et/ou par les sages femmes (démédicalisation de l'IG)

Références :

1. Art 119, al. 2. Code pénal suisse (intervention de grossesse), du 19 mars 1998 (RO 2002), p. 2990.
2. Interview avec la Dre. Renteria du Planning familial du CHUV

3. Office fédéral de la statistique. Interruptions de grossesses. [cité le 12 juin 2019]. Disponible: https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.html#par_text

Remerciements: Nous tenons à remercier notre tuteur, le Prof. Blaise Genton, pour sa disponibilité et ses conseils avisés. De plus, un grand merci à toutes les personnes qui ont accepté de donner de leur temps pour répondre à nos questions.

Contact (emails): margaux.achtari@unil.ch, julia.beck@unil.ch, kristina.kovalevskaya@unil.ch, albane.revaz@unil.ch, alexia.roux@unil.ch