

Jacqueline Stutz, Claudia Zuber

Grossesse non désirée – quelles possibilités?

Compte-rendu d'un atelier ayant eu lieu dans le cadre du Congrès des médecins d'Arosa, le 1^{er} avril 2011

Une grossesse non désirée représente un dilemme pour toute femme s'y trouvant confrontée. Comment pouvons-nous, en tant que médecins, aider ces femmes à prendre la bonne décision pour elles-mêmes? De quelles méthodes disposons-nous et comment sont-elles mises en pratique? Comment s'organise le suivi médical?

La plupart des raisons qui peuvent pousser à ne pas mener une grossesse à terme sont en rapport avec l'âge, un conflit conjugal (violence, addiction) et des problèmes financiers. La consultation médicale doit avoir pour objectif de bien informer la patiente et de la soutenir au cours du processus de prise de décision. Il s'agit notamment d'apporter à la patiente des renseignements sur la situation légale, de vérifier les conditions générales et de lui remettre une brochure des autorités sanitaires cantonales (disponible sur internet). En outre, il convient de détailler les possibilités d'interruption de grossesse et à quel moment celles-ci peuvent intervenir. La discussion doit également porter sur la continuation éventuelle de la grossesse, ainsi que sur l'avenir, le couple et les méthodes contraceptives.

Cadre légal

D'un point de vue légal, la femme a la possibilité, depuis l'entrée en vigueur du régime du délai en 2002, de solliciter une interruption de grossesse non punissable par demande écrite au canton jusqu'à la 12^{ème} semaine de grossesse (les formulaires sont disponibles sur les sites internet respectifs des différentes autorités sanitaires cantonales). Pour ce faire, elle doit invoquer une situation de détresse. Les jeunes femmes de moins de 16 ans sont soumises à une obligation de consulter un centre de planning familial du canton. Dans le cas où la grossesse date de plus de 12 semaines, l'interruption de grossesse n'est pas punissable si un avis médical confirme qu'elle est nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou en raison d'un état de détresse profonde de la femme enceinte.

En Suisse, environ 12 000 interruptions volontaires de grossesse sont réalisées chaque année. Aussi étonnant que cela puisse paraître, les chiffres sont restés identiques avant et après l'entrée en vigueur du régime du délai et par rapport à 1970, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a chuté de 25% (de 16 000 à l'époque à 12 000 par an actuellement). De fait, cela signifie que sept femmes sur 1000 vivent une interruption de grossesse entre l'âge de 15 et 44 ans. Parmi ces femmes, 50% sont issues de l'immigration. La plupart des femmes ayant recours à l'interruption de grossesse ont entre 20 et 30 ans. Par comparaison internationale, la Suisse est l'un des pays ayant le taux d'interruptions de grossesse le plus faible. Le nombre de grossesses et d'interruptions de grossesse chez les adolescentes est également plus faible qu'ailleurs.

Options médicales

En premier lieu, il est essentiel de confirmer le diagnostic: aménorrhée (date des dernières règles), test de grossesse positif et échographie afin de vérifier l'âge gestationnel et s'assurer qu'il s'agit bien d'une grossesse intra-utérine intacte avec activité cardiaque positive (à 6+1 semaines de grossesse).

Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse

Il s'agit d'une méthode consistant à administrer en association Mifégyne® (stéroïde synthétique à forte action antiprogestative, autorisé en Suisse depuis 1999) et Cytotec® (analogue synthétique de la prostaglandine E1; utilisation hors autorisation de mise sur le marché dans cette indication) pour le déclenchement des contractions utérines.

Cette méthode est envisageable jusqu'à la 7^{ème} semaine de grossesse et pour un embryon dont la longueur vertex-coccyx ne dépasse pas 8 mm.

Procédure à la clinique gynécologique de l'hôpital cantonal de Baden: Après 1 à 2 jours de réflexion, la patiente prend, sous surveillance, trois comprimés de Mifégyne® à 200 mg par voie orale. Deux jours plus tard, la patiente revient à l'hôpital pour une admission ambulatoire de 2 à 3 heures et reçoit deux comprimés de Cytotec® par voie orale ou vaginale. Dans environ 50% des cas, l'expulsion a lieu à l'hôpital. Dans les autres cas, elle survient plus tard, au domicile de la patiente. Après 2 semaines, la patiente doit se présenter à une visite de contrôle au cours de laquelle une échographie vaginale est pratiquée afin de s'assurer de l'expulsion complète. Entre ces rendez-vous, la patiente doit pouvoir joindre un centre d'écoute en cas de problème. Il faut donc lui donner le numéro de téléphone d'un service à contacter en cas d'urgence.

Avantages: évite une intervention chirurgicale, court délai d'attente, la patiente est consciente pendant l'ensemble de la procédure.

Inconvénients: la prise de décision doit être rapide (n'est possible que jusqu'à la 7^{ème} semaine de grossesse), une intervention ultérieure peut s'avérer nécessaire (curetage évacuateur après expulsion incomplète ou hémorragie persistante), plus douloureuse.

Interruption volontaire de grossesse chirurgicale (aspiration)

La patiente est admise en service stationnaire. Sous anesthésie générale, le col de l'utérus est dilaté, le contenu de l'utérus est aspiré, puis un curetage évacuateur est réalisé (afin d'assurer que l'avortement est complet) et un traitement utéro-contrainant est administré à la patiente.

Complications éventuelles: perforation, infection, hémorragie, thrombose, complications de l'anesthésie, curetage incomplet.

Avantages: le délai de prise de décision est plus important, la patiente peut changer d'avis jusqu'au dernier moment, anesthésie générale (la patiente n'a pas à vivre ce moment), moins douloureuse, hémorragie plus faible, possibilité le cas échéant de procéder à une stérilisation tubaire dans le cadre de l'intervention.

Inconvénients: méthode invasive, il existe des risques péri-opératoires.

Interruption volontaire de grossesse tardive (12^{ème} semaine de grossesse)

Déclenchement du travail, expulsion sous anesthésie avec curetage évacuateur analogue à l'aspiration. Les frais sont pris en charge par l'assurance-maladie.

Contraception post-intervention

Les inhibiteurs de l'ovulation peuvent être pris dès 3 jours après l'intervention (attention: risque de thrombose en cas d'anamnèse pertinente, en fonction de l'âge, du tabagisme ou de la présence d'une thrombophilie). La micropilule, Implanon® ou les injections contraceptives trimestrielles sont également possibles dans les suites immédiates de l'intervention. Quant au dispositif intra-utérin, il peut être mis en place au moment des menstruations suivantes, une fois qu'il sera certain que l'avortement est complet.

Pour plus d'informations, la présentation complète est disponible sur www.rosakongress.ch.

Correspondance:

Dr Claudia Zuber, Bahnhofstrasse 8, 5504 Othmarsingen, claudia.zuber@hin.ch