

Guideline:
Recommandation sur l'interruption de grossesse à un stade avancé après 12 semaines

Auteur-e-s, voir à la fin du document

Table des matières

Préambule

Récapitulatif

1. Contexte
2. Considérations de fond
3. Procédure
 - 3.1. Responsabilité
 - 3.2. Évaluation médicale et pose de l'indication
 - 3.3. Délai entre la pose de l'indication et l'interruption de grossesse
 - 3.4. Examens précédant l'intervention
 - 3.5. Information / consentement éclairé
 - 3.6. Déroulement de l'interruption de grossesse
 - 3.6.1. Analgésie
 - 3.6.2. Histologie du placenta
 - 3.6.3. Autopsie et analyse génétique
 - 3.6.4. Complications
 - 3.6.5. Prise en charge d'un enfant qui manifeste des signes de vie
 - 3.7. Fœticide
 - 3.8. Prise en charge du couple
4. Alternatives à l'interruption de grossesse à un stade avancé
5. Soutien, formation initiale et continue des professionnels impliqués
6. Principe de la collaboration interinstitutionnelle
7. Points de contact / adresses
8. Conflits d'intérêts
9. Bibliographie
10. Niveau de preuve

Préambule

La prise en charge et l'accompagnement d'une interruption de grossesse au deuxième ou au troisième trimestre sont exigeants et éprouvants pour tous les protagonistes. Au vu de l'évolution des diagnostics prénataux, notamment, les membres des professions médicales et de la santé exerçant en gynécologie et obstétrique seront sans doute davantage confrontés à cette thématique à l'avenir. Pour faire face à la situation individuelle d'un point de vue médical, psychique et éthique et pour réduire au maximum le fardeau de toutes les personnes impliquées, il est essentiel d'établir des conditions-cadres qui garantissent une procédure responsable sur le plan médical, légal et éthique dans toute la Suisse lors de l'indication et de la pratique d'une interruption de grossesse à un stade avancé, réalisée après le premier trimestre. La présente recommandation aborde des aspects fondamentaux et explique une procédure fondée sur les preuves disponibles et sur la longue expérience des médecins qui pratiquent ces interventions en Suisse.

Récapitulatif

- **Moins de 5% des 10 000 interruptions de grossesse pratiquées en Suisse chaque année sont des interruptions dites à un stade avancé, intervenant après 12 semaines de grossesse.**
- **En cas d'interruption de grossesse après 12 semaines, une indication posée par un médecin est nécessaire, laquelle s'oriente, conformément à la loi, à la prévention d'un préjudice physique sévère ou d'une grave détresse psychologique de la femme enceinte. Par ailleurs, le risque de dommage physique et/ou psychique doit être d'autant plus important que la grossesse est avancée.**
- **En cas de souhait d'interruption de grossesse à un stade avancé, une discussion interdisciplinaire et interprofessionnelle (par exemple dans le cadre d'un cercle éthique) est vivement recommandée.**
- **L'égalité de traitement, la sécurité des soins, le partage équitable des tâches et des ressources et le soutien aux équipes médico-soignantes doivent être garantis dans tout le pays, aussi bien pour la pose de l'indication que lors de la réalisation de l'interruption de grossesse.**
- **Les parents concernés doivent être conseillés de manière ouverte et non directive, et l'entretien conseil doit également inclure les alternatives à une interruption de grossesse à un stade avancé.**
- **En ce qui concerne la prise en charge et le suivi, les personnes concernées doivent bénéficier d'un encadrement intégral et complet, empreint d'empathie, qui intervienne à temps et qui s'étende au-delà de l'interruption de grossesse.**

- **La plupart des interruptions de grossesse réalisées à partir du deuxième trimestre en Suisse se déroulent dans le cadre d'une hospitalisation, par une induction qui consiste en l'administration consécutive de mifépristone et d'une prostaglandine.**
- **Le risque de complications est faible, mais augmente avec l'âge gestationnel.**
- **Un enfant présentant des signes de vie après une interruption de grossesse réalisée vers la fin du deuxième trimestre doit bénéficier de soins palliatifs de bonne qualité jusqu'à son décès.**
- **À partir du moment où un enfant est (théoriquement) viable, il faut envisager la réalisation préalable d'un fœticide, qui devrait être pratiqué par une équipe expérimentée dans un centre périnatal.**

1. Contexte

L'Office fédéral de la statistique enregistre chaque année près de 10 000 interruptions de grossesse dans toute la Suisse. Moins de 5 % d'entre elles sont appelées interruptions de grossesse à un stade avancé, car elles ne se déroulent pas dans le cadre du régime des délais (c'est-à-dire dans les 12 semaines suivant le début des dernières règles (SA)) [1]. Du point de vue juridique, une interruption de grossesse réalisée en dehors des délais définis n'est punissable à aucun moment, pour autant qu'elle soit nécessaire afin d'écarter toute atteinte grave à l'intégrité physique ou tout état de détresse psychique profonde de la femme enceinte. L'atteinte devra être d'autant plus grave que la grossesse est avancée [2]. Selon les statistiques de l'OFS, il s'agit dans la plupart des cas d'anomalies fœtales (aberrations chromosomiques ou malformations cardiaques, rénales ou du SNC), les autres situations comprenant des raisons psychiques ou psychosociales déterminantes ou sous-jacentes à la profonde détresse. Une interruption de grossesse à un stade avancé par déclenchement du travail peut impliquer un fœticide préalable. Dans tous les cas, si l'enfant naît vivant dans le cadre d'une interruption de grossesse, des soins palliatifs doivent lui être garantis.

III B

Étant donné le peu d'informations disponibles sur la pratique actuelle en matière d'interruptions de grossesse à un stade avancé, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) a réalisé un sondage en 2017. Il en est ressorti que la majorité des interruptions de grossesse à un stade avancé sont effectuées dans des établissements universitaires [3]. Alors que plus de la moitié des 22 hôpitaux consultés procédait à de telles interruptions en présence d'anomalies fœtales, seul environ un cinquième les prenait également en charge en cas d'indications psychiques ou psychosociales. L'enquête sur la pratique des interruptions de grossesse en Suisse, de l'Association des professionnel-le-s de l'avortement et de la contraception - Suisse (APAC) et publiée dans le Bulletin des médecins suisses en 2010, a révélé des résultats similaires [4]. Parmi les 93 hôpitaux pratiquant des interruptions de

IV C

IV C

grossesse, près de 70 % ont indiqué le faire également après 12 0/7 SA, mais seulement 41 % après 12 0/7 SA en raison d'une indication psychosociale. Des différences régionales et cantonales considérables ont été constatées en matière d'accès à une interruption de grossesse à un stade avancé et, d'après une estimation de l'APAC, jusqu'à 50 femmes se rendent à l'étranger chaque année pour une interruption de grossesse.

En décembre 2018, la CNE a publié les résultats de l'enquête dans le cadre d'une prise de position [3]. Outre des considérations d'ordre éthique, ce document contient des explications relatives au cadre juridique, à la procédure médicale ainsi qu'à la pratique en Suisse, et il aboutit à des recommandations s'adressant notamment à la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique, Gynécologie suisse SSGO. Celles-ci abordent d'une part des considérations générales et d'autre part des aspects spécifiques, tels que l'accompagnement et la prise en charge des personnes concernées, les méthodes utilisées pour l'interruption de grossesse et la gestion des « naissances vivantes » après une interruption de grossesse.

Sur la base du rapport de la CNE et en collaboration avec l'Académie de médecine fœto-maternelle (AFMM, un groupe de travail de la SSGO), le Comité de la SSGO a décidé d'élaborer la présente recommandation sur la conduite à tenir en matière d'indication et de réalisation d'une interruption de grossesse à un stade avancé.

2. Considérations de fond

L'interruption de grossesse confronte toutes les personnes impliquées à un dilemme d'ordre éthique et moral, à savoir l'incompatibilité entre la protection de la vie du fœtus et le respect de l'autonomie de la femme enceinte. Au premier trimestre il incombe à la patiente elle-même de pondérer ces aspects et de prendre une décision. À partir du deuxième trimestre, c'est au médecin que revient la responsabilité d'évaluer si les conditions-cadres légales sont respectées. Pour tous les membres des professions médicales impliqués dans l'interruption de grossesse, la situation peut engendrer des incertitudes et représente un grand défi et une lourde charge.

L'égalité de traitement, la sécurité des soins, le partage équitable des tâches et des ressources ainsi que le soutien offert aux équipes médico-soignantes sont des aspects essentiels devant être garantis de manière adéquate. La présente recommandation a pour but d'assurer des échanges d'informations et d'expériences transparents dans toute la Suisse et de définir des standards de procédure en vue d'une uniformisation de la pratique. Simultanément, elle devrait aussi contribuer à garantir des soins de qualité équivalente dans tous les établissements afin d'éviter une concentration des cas dans certaines cliniques en Suisse. Par ailleurs, les standards d'information et de transparence définis dans la présente recommandation veillent au respect des besoins et des valeurs des membres des professions médicales impliqués encore mieux que jusqu'à présent.

Ce document contient également un paragraphe consacré à la conduite à tenir en cas de *maladie limitant l'espérance de vie* d'un fœtus. Dans tous les cas, les parents doivent être conseillés de manière ouverte et non directive afin de pouvoir prendre leur décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse. S'ils décident de la mener à terme, ils doivent faire l'objet d'un accompagnement multiprofessionnel incluant des soins palliatifs périnataux prodigués à l'enfant.

En ce qui concerne *la prise en charge et le suivi*, les personnes concernées doivent bénéficier d'un encadrement intégral et complet, empreint d'empathie, constant, qui intervienne à temps et qui s'étende au-delà de l'interruption de grossesse. Cela nécessite un concept interprofessionnel, dont les principes de base sont exposés dans la présente recommandation. Ce concept garantit le transfert d'informations entre les divers groupes de métiers impliqués (médecins, sages-femmes, équipes soignantes, accompagnement spirituel, psychologues, service social) et permet – selon les conditions de l'institution – d'entourer de manière adéquate le couple et de répondre à ses attentes et besoins en matière d'alternatives à l'interruption, de méthodes d'interruption, de rituels d'adieu et de deuil. Un tel accompagnement doit également être proposé lorsque l'indication d'interruption de grossesse ne peut pas être posée en dépit du souhait de la femme. Pour garantir une prise en charge de haute qualité, il existe des offres de formation (voir le paragraphe correspondant ci-dessous) et il est nécessaire de disposer de ressources humaines à cet effet. Il incombe aux institutions dans lesquelles des interruptions de grossesse à un stade avancé sont pratiquées de les proposer.

Pour ce qui est des *méthodes d'interruption de grossesse*, il s'agit d'une part d'accorder la priorité à minimiser les risques pour la patiente, et d'autre part de tenir compte non seulement de ces aspects médicaux, mais aussi des considérations personnelles ainsi que des attentes des patientes concernées. Essentiellement, deux méthodes sont disponibles : « Déclenchement de l'accouchement et curetage consécutif si nécessaire (avec ou sans fœticide préalable) » et « Interruption de grossesse chirurgicale par dilatation et évacuation ». D'une manière générale, le risque de complications augmente à chaque semaine de grossesse supplémentaire. [5, 6]. Compte tenu du faible nombre d'interruptions de grossesse pratiquées à un stade avancé (environ 5 % de toutes les interruptions de grossesse en Suisse, soit env. 500 par an, dont environ 70 par an après la 22^e SA), seul un petit nombre de gynécologues dispose de l'expertise requise. En outre, pour bon nombre d'entre eux, l'interruption de grossesse chirurgicale à un âge gestationnel très avancé atteint la limite du supportable [7]. De surcroît, une interruption chirurgicale ne permet qu'une analyse pathologique (autopsie de l'enfant) limitée, alors qu'elle peut s'avérer importante pour le pronostic de grossesses ultérieures. Et l'éventail de possibilités pour le rituel d'adieu est aussi sensiblement restreint après une interruption chirurgicale. De surcroît, une interruption chirurgicale ne permet qu'une analyse pathologique (autopsie de l'enfant) limitée, alors qu'elle peut s'avérer importante pour le pronostic de grossesses ultérieures. Et l'éventail de possibilités pour le rituel d'adieu est aussi sensiblement restreint après une interruption chirurgicale.

III B

IV C ✓

Lorsqu'une maladie qui limite l'espérance de vie du fœtus est diagnostiquée et que le pronostic est très défavorable, *la poursuite de la grossesse* et l'accompagnement palliatif de l'enfant jusqu'à son décès constituent une alternative à l'interruption de grossesse à un stade avancé. Les femmes enceintes et les couples doivent également être informés de cette option, en fonction de leur situation. Si une femme choisit de poursuivre la grossesse, la prise en charge habituelle de la grossesse et de la naissance doit être complétée par un accompagnement adapté à la situation et, en accord avec les parents, l'enfant doit recevoir des soins palliatifs après sa naissance par le service de néonatalogie [8]. L'enfant doit impérativement recevoir des soins médicaux et infirmiers complets et bénéficier d'un encadrement en fin de vie empreint de dignité.

IV C

Vers la fin du deuxième trimestre, il se peut qu'un enfant *naisse vivant après le déclenchement de l'accouchement*. Une fois l'indication posée, des mesures préventives doivent être prises pour éviter la naissance d'un enfant susceptible de survivre et de subir des dommages supplémentaires dus à la provocation précoce de l'accouchement. Cela peut signifier qu'un fœticide est nécessaire avant le déclenchement. Par conséquent, un fœticide doit généralement précéder le déclenchement du travail à partir de 23 0/7 SA. La présence de malformations au pronostic très défavorable, limitant avec certitude l'espérance de vie de l'enfant, fait exception à cette règle, et une induction suivie d'une prise en charge néonatale palliative constitue une option ici. Dans tous les cas, un enfant né vivant dans le cadre d'une interruption de grossesse doit bénéficier de soins palliatifs jusqu'à son décès. À cet égard, une bonne concertation et l'intégration du service de néonatalogie sont essentielles.

3. Procédure

3.1. Responsabilité

L'interruption de grossesse à un stade avancé est une thématique très difficile et éprouvante pour la femme, son partenaire et tous les membres des professions médicales impliqués. Il est donc d'autant plus important d'établir une bonne mise en réseau et une collaboration fructueuse de toutes les institutions qui sont des centres d'accueil pour les femmes enceintes en situation de détresse psychique souhaitant interrompre leur grossesse, que ce soit en raison de graves problèmes de santé du fœtus / de l'enfant ou suite à une situation de stress psychosocial grave. Il peut être très embarrassant pour une femme d'exprimer cette intention et il est donc essentiel que le premier interlocuteur auquel elle s'adresse appréhende le problème selon ses possibilités. Si l'institution en question n'est pas en mesure d'effectuer une interruption de grossesse, elle n'est pas moins responsable de la coordination jusqu'à ce que la patiente soit transférée dans un établissement adapté à sa situation. Même si une demande d'interruption de grossesse ne peut ou ne doit pas être satisfaite dans tous les cas, chaque femme enceinte / chaque couple a besoin d'un accompagnement, d'une prise en charge et de conseils compétents, que l'interruption de grossesse se concrétise ou non [9].

III C

Selon la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, art. 30 et 39 en particulier), l'interruption de grossesse non punissable est une prestation médicale prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, et chaque canton doit donc veiller à ce qu'un nombre suffisant d'hôpitaux détiennent un mandat pour cette

intervention. Chaque canton doit donc réunir les conditions nécessaires à la pratique d'interruptions de grossesse à un stade avancé. Pour garantir une prise en charge adéquate, il est en revanche indispensable d'adresser la patiente à un centre de diagnostic prénatal et de disposer d'un concept d'encadrement. À cet effet, une concertation et une collaboration régionales (voire intercantionales) sont nécessaires. Par ailleurs, des médecins titulaires de la formation approfondie en médecine fœto-maternelle ISFM/FMH devraient être disponibles afin, par exemple, de pratiquer un foéticide le cas échéant [10]. Toutes ces mesures visent à garantir une prise en charge médicale optimale et de haute qualité, adaptée individuellement. L'orientation vers un centre compétent doit se faire dans les meilleurs délais ; idéalement, dans le cas d'anomalies fœtales, dès la première suspicion / anomalie décelée lors d'un examen échographique. Cela permet de gagner un temps précieux éventuellement nécessaire à des investigations approfondies et à une prise de décision globale et réfléchie, ainsi qu'à la mise en place du suivi interdisciplinaire.

3.2. Évaluation médicale et pose de l'indication

Selon la loi, lorsque le délai de 12 semaines après le début des dernières règles est dépassé, une indication d'interruption de grossesse doit reposer sur une évaluation effectuée par un médecin. Le facteur déterminant est la détresse psychologique de la femme enceinte, qu'il s'agisse d'un problème de santé grave chez le fœtus, ou que des raisons psychiques ou psychosociales soient à l'origine de sa motivation. La détresse doit être d'autant plus grande que la grossesse est avancée. Selon la loi, la responsabilité d'évaluer la validité de l'indication incombe au médecin responsable du cas qui peut, si jugé nécessaire, solliciter un avis supplémentaire auprès d'un spécialiste : par exemple, demander une évaluation psychiatrique de la santé mentale et de la capacité de discernement et/ou de décision d'une femme animée par des raisons psychosociales et présentant des signes d'affection psychiatrique. Selon la loi, une atteinte ou anomalie fœtale ne constitue pas en soi une raison pour interrompre la grossesse (indication eugénique exclue), comme c'est le cas dans d'autres pays européens (p. ex. en France et en Angleterre). Mais dans la réalité, l'atteinte fœtale joue souvent un rôle prépondérant pour la détresse psychologique. Lorsque la santé du fœtus est compromise, le pronostic de l'enfant constitue un aspect important. À cet égard, il faut souvent évaluer si le pronostic de l'enfant est à même de justifier la menace pour la santé psychique exprimée par la femme. L'impossibilité d'établir un pronostic (p. ex. pour certaines maladies génétiques et cérébrales) peut elle aussi justifier une menace pour la santé mentale de la femme. L'appréciation du pronostic doit être expliquée au couple concerné par des médecins spécialistes et être intégrée au processus de décision. À l'inverse, relevons qu'une interruption de grossesse à un stade avancé peut également représenter un lourd fardeau ou une menace pour la santé mentale de la femme. En fin de compte, la femme concernée est la seule à pouvoir déterminer où se situent ses propres limites de résistance. Celles-ci sont à leur tour déterminantes pour savoir si une famille, avec ses ressources sociales et psychiques, se sent apte à relever le défi d'accueillir un enfant atteint d'un handicap ou d'une maladie et de subvenir à ses besoins. La complexité de la situation implique de prendre si possible une décision selon le principe du *shared decision making* (processus de décision partagée) [9],

idéalement dans le cadre d'une rencontre de l'ensemble des professionnel·le·s impliqué·e·s. Pour ce faire, l'institution en question doit avoir défini une procédure standardisée et structurée, permettant de convoquer une table ronde de spécialistes définie au cas par cas. En fonction des disponibilités, on fera appel à des médecins des disciplines suivantes : médecine fœto-maternelle, diagnostic prénatal, génétique, néonatalogie et pédiatrie, év. psychiatrie, ainsi qu'à des sages-femmes, personnel soignant, psychologues et membres du comité d'éthique clinique, des services pastoraux, des services d'accompagnement spirituel et, le cas échéant, du service juridique. Le médecin référent du cas conduit l'entretien avec la femme / son partenaire ; dans des situations particulières, le couple peut être intégré à cette table ronde. Une personne de référence médicale doit impérativement être désignée afin de garantir la continuité de l'encadrement. Par ailleurs une personne spécialisée dans l'accompagnement du deuil (généralement une sage-femme) doit être impliquée dès le processus de prise de décision, celle-ci pourra aussi faire office de personne de confiance. Quelle que soit la décision du couple, interruption ou poursuite de la grossesse, il doit également bénéficier d'une prise en charge continue durant la phase qui suit la pose de l'indication. Suivant la situation, elle sera axée principalement sur l'accompagnement pendant l'interruption de grossesse et le processus de deuil et d'acceptation subséquent, ou sur l'accompagnement d'une grossesse qui génère beaucoup d'inquiétudes. Tous les couples ne se sentent pas en mesure de s'occuper (entièrement) seuls d'un enfant atteint d'un handicap ou d'une maladie. Il convient donc aussi d'aborder la possibilité de recourir à des structures de décharge, pouvant aller jusqu'à l'option de donner l'enfant en adoption.

3.3. Délai entre la pose de l'indication et l'interruption de grossesse

La morbidité maternelle liée à l'interruption de grossesse augmente avec chaque semaine d'aménorrhée. Une intervention réalisée à un stade précoce est associée à un moindre taux de complications. De plus, selon la loi, l'indication d'interruption de grossesse dépend de l'état d'avancement de la grossesse. Par conséquent, il est important d'éviter tout retard dans la chaîne d'investigations, mais aussi de réaliser l'ensemble des examens jugés nécessaires et d'en connaître les résultats. Si l'interruption ne peut être pratiquée dans l'institution d'accueil (cabinet spécialisé en ultrasons, clinique sans prestation correspondante), il faut adresser la patiente rapidement à un hôpital disposant de l'offre correspondante [11]

IV C

3.4. Examens précédant l'intervention

Lors de l'échographie, il convient d'évaluer en plus des caractéristiques fœtales également le placenta, afin de détecter une éventuelle anomalie d'implantation, car en présence d'un placenta prævia ou increta, le risque d'hémorragie post-partum est sensiblement accru [12]. Par ailleurs, en cas d'antécédent de césarienne, il convient d'exclure toute anomalie du spectre du placenta accreta [13].

IV C ✓

IV C ✓

3.5. Information / consentement éclairé (informed consent)

Il faut impérativement mentionner les éventuelles complications avant l'interruption de grossesse, comme décrit dans la feuille d'information destinée aux femmes enceintes avec antécédent de césarienne ou dans le protocole

d'information sur la provocation de l'accouchement de la SSGO [14, 15]. L'information doit être formalisée par écrit pour les deux méthodes, chirurgicale ou médicamenteuse.

IV C ✓

3.6. Déroulement de l'interruption de grossesse

En Suisse, la plupart des interruptions de grossesse pratiquées dès le deuxième trimestre ont lieu dans le cadre d'une hospitalisation par déclenchement du travail. De nos jours, la méthode d'induction établie consiste à administrer de manière consécutive de la mifépristone et du misoprostol (dérivé de synthèse de la prostaglandine E1) [16]. En cas d'antécédent de césarienne ou de myomectomie, le sulprostone est généralement préféré au misoprostol en raison d'un risque accru de rupture utérine. Suivant l'âge gestationnel, il est également possible de recourir à la méthode chirurgicale par dilatation et aspiration ou extraction, en générale ambulatoire.

I A

3.6.1. Analgésie

L'intervention chirurgicale se fait sous anesthésie loco-régionale ou narcose avec intubation. Lors d'une interruption de grossesse médicamenteuse, la possibilité d'une analgésie (PDA ou opioïde iv) doit être proposée. L'analgésie de base est couverte en premier lieu par les AINS, le paracétamol n'étant généralement pas suffisant.

3.6.2. Histologie du placenta

Une analyse histologique du placenta doit être effectuée en fonction de la situation clinique et en cas de malformations fœtales. Un dépistage des maladies trophoblastiques persistantes n'est pas recommandé.

3.6.3. Autopsie et analyse génétique

En principe, il faut vivement recommander aux parents de réaliser une autopsie en cas de malformations fœtales. Il devrait s'agir d'un examen standard, mais il requiert le consentement des parents, qu'il est souhaitable d'obtenir avant l'interruption. Si aucune analyse génétique n'a été effectuée pendant la grossesse, elle n'en reste pas moins pertinente dans bien des cas après l'interruption de grossesse. La prise en charge des coûts doit être clarifiée individuellement.

3.6.4. Complications

En règle générale, le risque de complications, telles qu'hémorragie, rupture utérine ou infection est de < 1% avant 16 SA, de 1% entre 16 et 20 SA, et s'accroît de 1% par semaine après 20 SA. Le risque de mortalité est très faible (0,65 sur 100 000) [13] [17].

III B

Lors d'une *intervention chirurgicale*, le risque de perforation est de 1-4/1000 [18]. Le risque de lésion cervicale se situe à 1 sur 100. Il est plus faible dans les premières semaines de grossesse qu'ultérieurement. Par ailleurs, il augmente en présence d'antécédents d'interventions chirurgicales sur le col et de malformations cervicales ou utérines. Un traitement médicamenteux préalable réduit le risque de lésion, surtout après 18 SA [13].

IIa B

Une *rupture utérine* se produit très rarement, dans < 1/1000 des cas. Le risque augmente légèrement, à 4/1000, en cas d'antécédent de césarienne [18] [19], et est significativement plus élevé lorsqu'une césarienne classique avec incision longitudinale a été pratiquée [18].

IIa B

À ce jour, il n'existe aucune donnée probante d'altération de la *fertilité* ou de risque accru de *grossesse ectopique* ou de *placenta prævia* après une interruption de grossesse.

Le *syndrome d'Asherman* est une complication rare, causée par un traumatisme direct ou indirect de l'endomètre. Les résultats en termes d'*accouchements prématurés* sont hétérogènes et n'ont parfois pas été ajustés en fonction des facteurs de risque. Une étude basée sur des registres n'a pas révélé d'augmentation de ce risque chez les femmes ayant subi une interruption de grossesse avant leur premier accouchement, par rapport aux femmes sans interruption. L'interruption chirurgicale est associée à un risque faiblement accru de prématurité, comparé au procédé médicamenteux [20, 21].

IV C,
IIb B

3.6.5. Prise en charge d'un enfant qui manifeste des signes de vie

Après le déclenchement médicamenteux de l'interruption de grossesse, il se peut que le fœtus ne décède pas au moment de la naissance, mais qu'il soit vivant pendant quelques minutes à quelques heures, voire quelques jours dans de rares cas. Cela se produit d'autant plus fréquemment que la grossesse est avancée. Dans ces circonstances, l'enfant doit être bien accompagné jusqu'à son décès à l'aide de soins palliatifs (*comfort care*) et d'une analgo-sédation d'appoint si nécessaire [22]. Dans tous les cas, des soins palliatifs doivent être prodigués à un enfant né vivant. Il est souhaitable de disposer à cet effet d'un protocole élaboré en collaboration avec l'équipe de néonatalogie et il est important d'effectuer les préparatifs correspondants et de compter sur les ressources humaines nécessaires (sages-femmes, néonatalogues). Une étude visant à analyser les cas de décès en salle d'accouchement après une interruption de grossesse à un stade avancé en Suisse a révélé de fréquentes lacunes dans la documentation de la procédure [23]. Il convient de constituer un dossier aussi homogène que possible, qui contienne outre l'indication, le processus décisionnel et le choix de la méthode, également des détails sur une prise en charge palliative après la naissance d'un enfant vivant. Pour ce dernier aspect, il serait judicieux de disposer d'un protocole propre à chaque institution, élaboré en collaboration avec le service de néonatalogie.

IV C

IV C

3.7. Fœtocide

Dès la fin du deuxième trimestre, un enfant est théoriquement viable. À partir de ce moment, un fœtocide doit être envisagé en cas de malformation non létale, afin d'éviter qu'un enfant extrêmement prématuré survive et subisse un dommage iatrogène supplémentaire. Les exceptions à cette règle sont les situations dans lesquelles il existe des anomalies fœtales graves entraînant la mort de l'enfant après la naissance. Le fœtocide représente un énorme fardeau, aussi bien pour la femme / le couple que pour l'équipe chargée de le réaliser. Par conséquent, il

convient de vérifier soigneusement au cas par cas si ce geste est indispensable ou s'il est possible de déclencher l'interruption de grossesse à un stade avancé sans fœticide préalable. Lors de la décision sur la démarche à adopter, induction avec ou sans fœticide, il faut dans tous les cas aussi tenir compte de la posture de la femme concernée.

La femme doit donner son consentement écrit avant le fœticide, qui devrait être pratiqué par une équipe expérimentée dans un centre périnatal. Excepté en cas de fœticide sélectif lors d'une grossesse multiple, le déclenchement du travail après le fœticide se fait en fonction de l'âge gestationnel, c'est-à-dire au troisième trimestre avec une dose de misoprostol ajustée et plus faible.

3.8. Prise en charge du couple

Une interruption de grossesse à un stade avancé est une expérience extrêmement douloureuse pour le couple, qui peut aussi engendrer des douleurs physiques chez la femme (en cas de déclenchement) et représenter un stress psychique important pour elle. Une prise en charge empreinte d'empathie et adaptée aux besoins individuels est donc essentielle. Parallèlement, l'accompagnement d'une interruption de grossesse à un stade avancé représente également un défi, voire un fardeau, pour toutes les personnes impliquées dans la prise en charge [7]. Il est donc essentiel de bien informer ces dernières et de les intégrer dès que possible à la planification, afin qu'elles soient préparées et se sentent émotionnellement prêtes à accomplir leur tâche. Les protocoles et check-lists internes à l'institution constituent une base importante pour le transfert d'informations. Ils permettent aussi d'éviter de confronter plusieurs fois le couple aux mêmes questions. Il est essentiel de faire preuve de sensibilité à son égard, tout en expliquant ouvertement le déroulement de l'interruption de grossesse, sans oublier de mentionner le fait que l'enfant pourrait naître vivant et les mesures palliatives qui seraient prises dans un tel cas. Lorsque le couple sait à quoi s'attendre, il peut organiser l'accueil de l'enfant et prendre congé de lui conformément à ses attentes. Il peut être utile de rassembler du matériel d'information à cet effet (p. ex. constituer un dossier), mais aussi de fournir des outils d'aide à la mise en place d'un rituel d'adieu. Pour les interruptions à un stade avancé, la prise en charge doit être assurée par l'équipe d'obstétrique pendant le déclenchement, les sages-femmes jouant alors un rôle central. Dans certains cas, il convient de faire appel au service de néonatalogie pour les soins palliatifs. Un accompagnement psychologique et/ou spirituel doit être proposé avant, pendant et après l'interruption. Afin de garantir la continuité du suivi, il est essentiel de faire appel à une sage-femme chargée du suivi à un stade précoce.

4. Alternatives à l'interruption de grossesse à un stade avancé

L'entretien conseil avec la femme enceinte/ le couple doit également inclure les alternatives à l'interruption de grossesse à un stade avancé. Il est toujours possible de mener à terme la grossesse, quelle que soit l'indication. De plus, le couple doit être informé de la possibilité de donner l'enfant en adoption.

5. Soutien, formation initiale et continue des professionnels impliqués

Toute institution qui procède à des interruptions de grossesse à un stade avancé doit offrir du soutien et un espace d'échanges à l'intention du personnel de

santé impliqué. La possibilité d'un débriefing doit également être offerte chaque fois que des membres de l'équipe le jugent nécessaire.

Il est en outre recommandé de proposer régulièrement à l'équipe d'obstétrique des cours et des formations continues sur le thème de l'interruption de grossesse à un stade avancé, si possible dans un environnement interprofessionnel.

De plus, kindsverlust.ch, un centre de compétence national créé en 2003 et dédié au soutien durable des personnes touchées par le décès d'un enfant durant la grossesse, la naissance et les premiers moments de la vie, propose un vaste programme de formations continues.

6. Principes de la collaboration interinstitutionnelle

Tout médecin a le droit de refuser de *pratiquer* une interruption de grossesse pour des raisons personnelles ; il en va de même pour tous les membres des professions médicales impliqués. Parallèlement, toute patiente a le droit d'être dérivée vers un autre centre médical en cas de refus d'un médecin ou d'une institution de *réaliser* une interruption de grossesse à un stade avancé.

Le refus de *poser l'indication* d'une interruption de grossesse à un stade avancé dans un établissement ne doit en aucun cas signifier que la femme concernée ne fasse plus l'objet d'un suivi par cette institution.

Concrètement, cela signifie que :

- Toute femme qui exprime le souhait d'interrompre sa grossesse à un stade avancé doit être prise au sérieux par l'instance auprès de laquelle elle sollicite de l'aide.
- Si l'instance ne possède pas elle-même la compétence ou l'habilitation pour prendre en charge la femme dans une telle situation, elle doit l'aider à trouver un établissement apte à le faire.
- Même s'il n'est pas certain que l'instance consultée (clinique ou cabinet médical) puisse poser l'indication d'interrompre la grossesse dans la situation exposée, elle doit néanmoins offrir à la femme concernée une information complète et objective, ainsi qu'un conseil non dirigé et ouvert.
- Si l'instance consultée (clinique, cabinet) n'a pas les compétences pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse, les collègues de ce centre se chargent d'adresser la femme à une institution compétente dans les meilleurs délais et de transmettre toutes les informations disponibles avec son accord préalable.
- Dès la première suspicion d'anomalie fœtale à l'échographie, il est vivement recommandé de dériver immédiatement la femme enceinte vers un centre de compétence. On évite ainsi de perdre un temps précieux, au cas où une interruption de grossesse serait envisagée ultérieurement.
- Il convient de constituer un dossier aussi homogène que possible, qui contienne l'indication, le processus décisionnel, le choix de la méthode et des détails sur la prise en charge palliative d'un enfant né vivant.

7. Points de contact / adresses

<https://www.agapa-suisseromande.ch/wp/>

<https://schwangerschaftsabbruch.org/>

<https://www.hebammensuche.ch/fr/>

Auteur·e·s

S Tschudin, Leitende Ärztin, Abteilung Gyn. Sozialmedizin & Psychosomatik, Frauenklinik Universitätsspital Basel, email: sibil.tschudin@usb.ch (Schriftführung)

I Hoesli, Chefärztin em. Klinik für Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin, email: irene.hoesli@usb.ch

R Zimmermann, em. Klinikdirektor für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich email: roland@diezimmermanns.ch

D Surbek, Ordinarius und Chefarzt Geburtshilfe/Feto-maternale Medizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Effingerstrasse 102, 3010 Bern, email: daniel.surbek@insel.ch

L Raio, Leitender Arzt und Stv. Chefarzt Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Effingerstrasse 102, 3010 Bern, email: luigi.raio@insel.ch

B Mosimann, Leitende Ärztin Geburtshilfe, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Effingerstrasse 102, 3010 Bern, email: beatrice.mosimann@insel.ch

B Martinez de Tejada Weber, Cheffe de Service d'Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève, email: Begona.MartinezDeTejada@hcuge.ch

Y Vial, Médecin-chef, Département femme-mère-enfant, Service d'Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, email: Yvan.Vial@chuv.ch

D Baud, Médecin chef de Service d'Obstétrique, Département femme-mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, email: David.Baud@chuv.ch

AC Muller Brochut, Gynecho, Pl. de la Gare 15, 1700 Fribourg email: mullerbrochut@gmail.com

N Ochsenbein-Kölbe, Chefärztin und Klinikdirektorin Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich, email: nicole.ochsenbein@usz.ch

T Burkhardt, Leitender Arzt, Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich, email: tilo.burkhardt@usz.ch

L Schäffer, Chefarzt Klinik für Geburtshilfe & Pränataldiagnostik, Kantonsspital Baden AG, email: Leonhard.Schäffer@ksb.ch

G Pellegrinelli, Médecin adjoint, Service d'Obstétrique, Département femme-mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, email: Jean-Marie.Pellegrinelli@hcuge.ch

J Wisser, GYN & PERINATAL Zürich, josef.wisser@usz.ch

M. Hodel, Chefarzt Geburtshilfe und Fetomaternale Medizin, Co-Leitung Perinatalzentrum Luzern, Frauenklinik Kantonsspital Luzern, email: markus.hodel@luks.ch

8. Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteur·e·s n'ont aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article

9. Bibliographie

1. (BfS), B.f.S. *Schwangerschaftsabbrüche*. 2019; Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html>.
2. Strafgesetzbuch, S., *Schwangerschaftsabbruch*. 2002.
3. (NEK), N.E.i.B.H., *Zur Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft - Ethische Erwägungen und Empfehlungen* 2018: Bern.
4. Rey AM, S.A., *Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der Schweiz*. Schweizerische Ärztezeitung, 2010. **91**(13/14).
5. Pauli E, H.U., Zimmermann R, *Morbidität einzeitiger Abortausräumungen im 2. Trimenon: Eine Standortbestimmung*. Gynäkol Geburtshilfliche Rundschau, 2005. **45**: p. 107-115.
6. Sonalkar, S., et al., *Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion*. Int J Gynaecol Obstet, 2017. **138**(3): p. 272-275.
7. K, H., *Schwangerschaftsabbrüche im 2. Trimenon - die Perspektive der Betreuenden*. 2018, Universität Basel: Basel.
8. Berger, T.M., et al., *Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations*. Swiss Med Wkly, 2011. **141**: p. w13280.
9. Muggli, M., C. De Geyter, and S. Reiter-Theil, *Shall parent / patient wishes be fulfilled in any case? A series of 32 ethics consultations: from reproductive medicine to neonatology*. BMC Med Ethics, 2019. **20**(1): p. 4.
10. KVG. 1994.
11. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>. p. 9.
12. Perriera, L.K., A.A. Arslan, and R. Masch, *Placenta praevia and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study*. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 2017. **57**(1): p. 99-104.
13. Costescu, D. and É. Guilbert, *No. 360-Induced Abortion: Surgical Abortion and Second Trimester Medical Methods*. J Obstet Gynaecol Can, 2018. **40**(6): p. 750-783.
14. SGGG, *Aufklärungsprotokoll Geburtseinleitung*. 2017.
15. SGGG, *Informationsblatt für Schwangere nach vorausgegangenem Kaiserschnitt*. 2007.
16. Whitehouse, K., et al., *Medical regimens for abortion at 12weeks and above: a systematic review and meta-analysis*. Contracept X, 2020. **2**: p. 100037.
17. Grimes, D.A., K.F. Schulz, and W.J. Cates, Jr., *Prevention of uterine perforation during curettage abortion*. Jama, 1984. **251**(16): p. 2108-11.
18. Goyal, V., *Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review*. Obstet Gynecol, 2009. **113**(5): p. 1117-1123.
19. Berghella, V., et al., *Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review*. BJOG, 2009. **116**(9): p. 1151-7.
20. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf. p. 11.
21. Kc, S., et al., *Perinatal outcomes after induced termination of pregnancy by methods: A nationwide register-based study of first births in Finland 1996-2013*. PLoS One, 2017. **12**(9): p. e0184078.
22. Berger TM, B.V., El Alama S, Fauchere JC, Hösli I, Irion O, Kind C, LatalB, Nelle M, Pfister RE, Surbek D, Truttmann AC, Visser J, Zimmermann R, *Perinatale Betreuung an der Grenze zur Lebensfähigkeit zwischen 22 und 26 vollendeten Schwangerschaftswochen Revision der Empfehlungen aus dem Jahre 2002*. Paediatrica, 2012. **23**(1): p. 10-12.
23. Berger, F., et al., *Overlapping borders: limit of viability and late terminations of pregnancy - a retrospective multicentre observational study*. Swiss Med Wkly, 2020. **150**: p. w20186.

10. Niveau d'évidence

| Niveau d'évidence | Degré de recommandation |
|---|---|
| Ia Preuve établie par Méta-Analyse d'essais comparatifs randomisés | A La recommandation est supportée par de bonnes données scientifiques composées des résultats d'études de conception robuste pour répondre à la question posée. (Niveau d'évidence Ia, Ib) |
| Ib Preuve établie par au moins un essai comparatif randomisé | B La recommandation est supportée par des études cliniques bien contrôlées mais pas d'investigations cliniques randomisées. (Niveau d'évidence IIa, IIb, III) |
| IIa Preuve établie par au moins un essai bien conçu, comparatif mais sans randomisation | C La recommandation est supportée uniquement par l'avis d'expert. (Niveau d'évidence IV) |
| IIb Preuve établie par au moins une autre étude bien conçue quasi-expérimentale | Point Good Practice Best Practice recommandée, qui s'appuie sur l'expérience clinique du groupe d'experts qui publie la lettre d'experts/Guideline. |
| III Preuve établie par des études cas témoin ou des études de cohorte avec risque élevé de biais | <input checked="" type="checkbox"/> |
| IV Preuve établie par des opinions d'experts | |

Traduit de l'anglais (source: RCOG Guidelines Nr. 44, 2006)

Date : 30.12.2022