



HAL
open science

Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES

Aude Arnaud

► **To cite this version:**

Aude Arnaud. Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01093073

HAL Id: dumas-01093073

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01093073>

Submitted on 10 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse n°118

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Aude ARNAUD
Née le 28 Juillet 1983 à Montluçon (03)

Le 23 Octobre 2014

**PARCOURS DE SOINS DES FEMMES AYANT RECOURS A UNE
IVG EN AQUITAINE EN 2014, EN FONCTION DE LA
VULNERABILITE SELON LE SCORE EPICES**

Directeurs de thèse :
Monsieur le Docteur Sami HADDAD
Madame le Docteur Sophie PUEYO

Rapporteur :
Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Jury :

Monsieur le Professeur Claude HOCKE	Président du Jury
Monsieur le Professeur Dominique DALLAY	Juge
Madame le Docteur Sylvie MAURICE	Juge
Madame le Docteur Sophie PUEYO	Juge
Monsieur le Docteur Pierre CAMEDESCASSE	Juge
Monsieur le Docteur Sami HADDAD	Juge

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Claude HOCHE
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du service de Gynécologie
Chirurgicale - Médicale et Médecine de la Reproduction au CHU de Bordeaux

Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Service de Gynécologie-
Obstétrique et Reproduction au CHU de Bordeaux, Président du Réseau Périnatal
Aquitaine

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Sylvie MAURICE
Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en santé publique,
Université de Bordeaux et CHU de Bordeaux

Vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous remercie pour vos remarques constructives et l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez recevoir à travers ces lignes l'expression de mes remerciements les plus sincères et de ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Sophie PUEYO
Docteur en Médecine, Spécialiste en santé publique, Praticien Hospitalier au CH de la
Côte Basque, Epidémiologiste au Réseau Périnatal Aquitaine

Tu m'as fait l'honneur de co-diriger cette thèse. Je te remercie pour ton implication, ta disponibilité, ta gentillesse, tes réflexions et ton aide précieuse, qui m'ont permis de mener à bien ce travail. Je n'aurai pas assez de ces quelques lignes pour t'exprimer toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Pierre CAMEDESCASSE
Docteur en Médecine, Médecin généraliste agréée, Maison Médicale Asklepios à
Langon

Vous avez accepté d'être membre du jury de ma thèse, vous m'honorez par votre présence et l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vous m'avez confortée dans ma conviction de l'aspect humaniste de la médecine, tout en m'enseignant la démarche clinique. Permettez moi de vous exprimer toute mon estime et mon admiration.

Monsieur le Docteur Sami HADDAD
Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier en gynécologie-obstétrique au CH de
Périgueux, Obstétricien de l'équipe de coordination régionale du Réseau Périnat
Aquitaine

Tu es à l'origine de ce travail. Je te remercie sincèrement de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'en avoir dirigé la réalisation. Tu m'as soutenue dans ce projet par ton dévouement, ton inspiration et ta patience. Je te remercie également pour la qualité de ton enseignement et ton sens aigu du détail. Reçois aujourd'hui le témoignage de ma plus grande estime.

Au Réseau Périnat Aquitaine et l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, qui nous ont permis de réaliser cette enquête.

Aux patientes, aux médecins libéraux qui pratiquent des IVG en ville, aux centres d'IVG et aux centres de planification et d'éducation familiale d'Aquitaine qui ont accepté de participer à cette étude.

A mes amis de Clermont-Ferrand, avec lesquels j'ai partagé les pires et surtout les meilleurs moments durant ces longues années d'études : Charles, Doud, Poney, Poneytte, Ju Savoye

A la Perigouz' Team : Gaëlle, Aurélie, Manu mon très cher Professeur, Hélène, Charles, Maritxu, Arnaud mon Rano, Tanguy, Adèle, Docteur Carreau! Docteur Carreau!, Pauline, Charline, Sophie, Marion, Clotilde, Coline, Virginie, Toavina

Aux amis qui auront précieusement et à jamais marqué ma nouvelle vie bordelaise et mon internat : Benjamin, Monsieur De Poursac, Monsieur Tessier, Monsieur Erra, Bichon, Bichette, Mademoiselle Gautier, Jean, Perrine, François, Julien, Nicolas, Gregory, Fred Fred, Delphine, Matthieu

Aux Roller Derby Girls de Bordeaux et apparentées, pour toute la sauvagerie que vous m'inspirez, et le souffle d'air frais que vous m'apportez : Lo' Ravage, Arsène Sierra, Sonia Startouf, Eneka HéKatombe, Nana Fatale, Simone Klaxonne, Audrey, Camille

Aux amis qui sont une vraie famille, pour votre irremplaçable soutien et votre tendresse : Alain, Martine et Jean-François, Gaby et Jean-Claude, Christiane et Henri

A mes amis de toujours, au nom de l'amour inconditionnel : Emilie, Aurélien, Clémence, Malice, JB

A ma famille : mes cousins Julie, Charles, Manon, Vanessa et Dimitri ; mon oncle François, ma tante Sandrine ; mon frère Philippe, et ma marraine Martine. Vous me soutenez et me guidez depuis toujours. Merci pour votre amour et votre présence si précieuse dans ma vie.

A Maxime. Merci pour ton aide, ta patience et tes encouragements durant la réalisation de ce travail. Merci pour l'indescriptible bonheur que tu m'apportes. J'apprécie chaque jour un peu plus de t'avoir rencontré.

A ma mère,
et à la mémoire de mon père

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	11
CONTEXTE DE L'ETUDE	13
I. Epidémiologie et sociologie de la sexualité en France	13
II. Les interruptions volontaires de grossesse	16
II.A. Historique	16
II.B. Aspects législatifs de l'interruption volontaire de grossesse	18
II.C. Lieux et techniques d'interruption volontaire de grossesse	21
II.D. Etat actuel des interruptions volontaires de grossesse en France	25
II.E. Facteurs de risque des IVG répétées en France	31
III. Précarité sociale et santé	35
III.A. Le concept de santé sociale	35
III.B. Définition de la précarité sociale	35
III.C. Les inégalités sociales de santé	36
III.C.1. La santé comme droit fondamental	36
III.C.2. Les déterminants sociaux de la santé	36
III.C.3. Le score EPICES	39
III.C.3.a. Présentation du score EPICES	39
III.C.3.b. Santé et fragilité sociale mesurée par le score EPICES	41
III.C.4. La lutte contre les inégalités de santé	43
IV. Inégalités sociales et contraception	45
V. Information et éducation à la sexualité : les actions et accompagnements spécifiques existants à destination des femmes en situation de précarité	49
VI. Le cas spécifique de la région Aquitaine	50
VI.A. Etat des lieux	50
VI.B. Les IVG en Aquitaine	51
VII. Le Réseau Périnatal Aquitaine	54
METHODE	59
I. Objectifs	59
I.A. Hypothèse	59
I.B. Objectif principal	59
I.C. Objectifs secondaires	59
II. Schéma de l'étude	60

III. Population étudiée	60
III.A. Critères d'inclusion	60
III.B. Critère d'exclusion	60
IV. Période de l'étude et nombre de patientes à inclure	61
V. Recueil de données	61
V.A. Elaboration du questionnaire	61
V.B. Déroulement de l'étude	62
VI. Aspects éthiques et réglementaires, confidentialité	63
VII. Traitement des données	64
VII.A. Variables recueillies	64
VII.B. Variables construites	65
RESULTATS	69
I. Nombre de questionnaires traités et nombre de questionnaires exploités	69
II. Analyse descriptive de la population étudiée	69
II.A. Caractéristiques sociodémographiques des patientes recourant à l'IVG	70
II.A.1. Age des patientes	71
II.A.2. Département de domicile	71
II.A.3. Situation familiale : couple, activité professionnelle, nombre d'enfants	72
II.A.4. Assurance maladie complémentaire	72
II.B. Parcours de soins « contraception »	73
II.B.1. Antécédents médicaux	73
II.B.2. Suivi gynécologique	74
II.B.3. Antécédents d'IVG, nombre d'IVG déjà réalisées, et âge à la première IVG	74
II.B.4. Antécédent de contraception	76
II.C. Parcours de soins « IVG »	76
II.C.1. Contraception et IVG	76
II.C.2. Age gestationnel	80
II.C.3. Où aller et qui contacter	81
II.C.4. Aide dans l'orientation	82
II.C.5. Délais de prise en charge des IVG	83
II.C.6. Professionnel contacté en premier et autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG	85
II.C.7. Facilité de la démarche : perception de la difficulté à trouver une place	87
II.C.8. Type d'IVG réalisé	88
II.D. Conduites et/ou situations à risque	91
II.E. Parcours de soins difficile	95
DISCUSSION	98
Discussion de la méthode	99
Discussion des résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques	101
Discussion des résultats concernant le parcours de soins « contraception »	106
Discussion des résultats concernant le parcours de soins « IVG »	113
Discussion des résultats concernant les conduites et/ou situations à risque	121

Discussion des résultats concernant le parcours de soins difficile	123
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	125
ANNEXES	140
Annexe 1 : Affiche de l'enquête	140
Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux patientes participant à l'enquête	141
Annexe 3 : Questionnaire	142
Annexe 4 : Score EPICES	144
Annexe 5 : Liste des centres pratiquant des IVG en Aquitaine en 2014	145
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	146
SERMENT D'HIPPOCRATE	153

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 70
- Tableau 2a : Composantes du parcours de soins «contraception» des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 73
- Tableau 2b : Principaux antécédents médicaux rapportés par des patientes recourant à une IVG (N = 103). p. 74
- Tableau 2c : Antécédent(s) d'IVG et nombre d'enfants chez des patientes recourant à une IVG. p. 75
- Tableau 3e : Contraception dans le parcours de soins «IVG» en fonction du seuil de précarité EPICES, chez des patientes recourant à une IVG. p. 76
- Tableau 3j : Raisons à l'absence de contraception dans le mois où la grossesse a débuté, rapportées par des patientes recourant à une IVG (N = 310). p. 77
- Tableau 3k : Raisons de non utilisation de la contraception d'urgence, rapportées par des patientes recourant à une IVG (N = 347). p. 79
- Tableau 3a : Composantes du parcours de soins «IVG» (âge gestationnel, qui contacter, aide dans l'orientation, et délais de prise en charge) des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 80
- Tableau 3f : Aide dans l'orientation pour les femmes âgées de moins de 20 ans recourant à une IVG (N = 106). p. 82
- Tableau 3i : Délai entre le premier rendez-vous et l'IVG selon l'âge gestationnel chez des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 84
- Tableau 3ii : Délai entre le premier rendez-vous et l'IVG selon le premier professionnel contacté et le type d'IVG, chez des patientes recourant à une IVG. p. 85
- Tableau 3b : Composantes du parcours de soins «IVG» (premier professionnel contacté, autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG, facilité de la démarche) des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 86
- Tableau 3c : Type d'IVG réalisé en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 88
- Tableau 3d : Type d'IVG réalisé selon le département de domicile. p. 89
- Tableau 3g : Type d'IVG réalisé selon l'âge gestationnel. p. 90
- Tableau 3h : Type d'IVG réalisé selon l'âge des patientes, pour un terme de grossesse de 7 SA ou moins. p. 91
- Tableau 5a : Conduites et/ou situations à risque, en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. p. 91
- Tableau 5b : Score de risque en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. p. 92
- Tableau 5c : Risque global en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. p. 93
- Tableau 5d : Risque global et IVG répétées, âge gestationnel, âge de la patiente, 1er délai, en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. p. 94
- Tableau 4a : Critères de difficulté dans le parcours de soins des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 95
- Tableau 4b : Scores de difficulté dans le parcours de soins des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 95
- Tableau 4c : Parcours de soins global des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. p. 97
- Tableau 4d : Impact des critères de difficulté dans le parcours de soins global des patientes recourant à une IVG. p. 97

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Les étapes de l'IVG	p. 20
Figure 2 : Evolution des IVG en Aquitaine (source SAE, BIG) entre 2004 et 2012	p. 52
Figure 3 : Répartition des IVG en Aquitaine, 2012 (source SAE, BIG)	p. 52
Figure 4 : Répartition des sommes de risques selon la vulnérabilité	p. 93
Figure 5 : Répartition des scores de difficulté dans le parcours de soins, selon la vulnérabilité	p. 96
Figure 6 : Répartition des IVG en Aquitaine : Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 versus Estimation ARS 2012	p. 104

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- AME : Aide Médicale de l'Etat
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- BIG : Bulletins d'Interruption de Grossesse
- β hCH : fraction Bêta de l'Hormone Chorionique Gonadotrope
- CES : Centres d'Examens de Santé
- Cetaf : Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
- Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
- CSP : Code de la Santé Publique
- DASS :
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EICCF : Etablissements d'Information, de Consultation et de Conseil Familial
- EMEA : European Medicines Agency
- EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
- HCSP : Haut Comité de la Santé Publique
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- INED : Institut National d'Etudes Démographiques
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- INSEE : Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OR : Odds Ratios
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- RPA : Réseau Périnatal Aquitaine
- RSA : Revenu de Solidarité Active
- SA : Semaine d'Aménorrhée. L'avancement d'une grossesse est définie par le terme. Il peut être exprimé en semaines de grossesse ou semaines d'aménorrhées. La fécondation ayant lieu en moyenne deux semaines après le premier jour des dernières règles, une grossesse durant 39 semaines se déroule donc entre les termes de 2 et 41 semaines d'aménorrhée.
- SAE : Statistique Annuelle des Etablissements
- URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Plusieurs données statistiques disponibles portant sur la pauvreté, bien que parcellaires, font apparaître que les femmes sont plus exposées que les hommes à la précarité (la maternité, le fait d'avoir des enfants ou de les élever seules, leur fragilité particulière sur le marché du travail, l'inégalité salariale et professionnelle... constituent une première explication). En Aquitaine, la majorité des allocataires des minima sociaux sont des femmes [1]. Un rapport de la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale nous apprend notamment que les femmes vivent plus souvent que les hommes sous le seuil de pauvreté en France. En 2011, le pourcentage national de femmes en situation de précarité s'élevait à 8,2% tous âges confondus, contre 7,7% pour les hommes, et cet écart s'accroît pour la tranche d'âge 25-34 ans : 8,4% de femmes contre 6,8% d'hommes au seuil de pauvreté fixé à 50% du niveau de vie médian [2].

L'enquête COCON¹ a permis d'établir certaines observations sur les pratiques contraceptives et abortives en France.

Il a été constaté une augmentation des inégalités d'accès, par l'apparition de mécanismes divers, à certaines méthodes contraceptives selon l'appartenance sociale des femmes et le comportement des prescripteurs devant ce statut social [3].

Par ailleurs, dans une perspective sociologique, pratiques contraceptives et abortives émanent de contextes sociaux qui structurent la demande des femmes ainsi que l'offre de soins. Sur un plan épidémiologique, ces pratiques sont des facteurs de risque de survenue d'une grossesse non prévue et d'effets secondaires sur la santé des femmes, mais aussi sur l'issue des grossesses ultérieures en cas d'interruption volontaire de grossesse (IVG) [4].

Cela sous-tend ainsi un double questionnement à l'origine de ce travail : quelles sont les conditions d'accès et de prise en charge des femmes recourant à l'IVG sur une période donnée en Aquitaine, et quel est l'impact des disparités sociales sur les comportements de contraception et les pratiques abortives au sein de cette même population? Le groupe IVG/Contraception du Réseau Périnatal Aquitaine (RPA) était également intéressé par cette question. Nous avons ainsi été chargés de la conception du questionnaire et de l'analyse des données recueillies, avec l'appui du RPA et le soutien des différents centres réalisant des IVG en Aquitaine en 2014.

¹ Enquête Cohorte sur la contraception, sur les pratiques contraceptives et l'IVG en France, réalisée entre 2000 et 2004 sur un échantillon constitué de femmes de 20 à 44 ans susceptibles d'être enceintes, Unité mixte Inserm-Ined

La connaissance des problèmes sanitaires et sociaux nécessite une observation se basant toutefois sur des indicateurs pertinents et validés. L'analyse des données des champs médicosociaux doit ensuite compléter ces informations : en effet, une description de l'état des lieux s'avère primordiale pour la concertation et la mise en place des politiques de réduction des inégalités de santé (conformément aux objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) qui perdurent au cours du temps. Paradoxalement, les outils pour les mesurer ne sont pas aussi adaptés que souhaité [5].

Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé), validé scientifiquement comme outil d'identification multifactorielle de la vulnérabilité sociale en santé publique, pourrait permettre en l'occurrence de repérer individuellement ces patientes fragilisées socialement et/ou médicalement au sein des réseaux de proximité.

L'intérêt de cet indicateur est avant tout pronostique. En raison de son caractère quantitatif, il peut être utilisé pour la surveillance longitudinale au niveau individuel comme au niveau des populations. Son utilisation favoriserait l'étude parallèle des processus de précarisation et de certains déterminants sociaux des inégalités de santé, afin de faire évoluer les politiques de santé.

Dans la population des patientes demandant une prise en charge pour une IVG, nous nous proposons donc de décrire le parcours de santé (accès à une contraception, histoire de la contraception, conditions d'accès à une prise en charge de l'IVG...) et la vulnérabilité sociale (score EPICES). Nous pourrions analyser les différences de parcours de soins entre les femmes les plus vulnérables et les autres.

Nous recueillerons également d'autres critères d'ordre sociodémographique et médical, en particulier concernant les grossesses et IVG, et la contraception.

La place de la précarité, l'identification de facteurs socio-économiques et psycho-sociaux prédictifs du risque perçu, devraient ainsi permettre d'aider à la compréhension des circonstances entourant la survenue d'une grossesse non prévue et la décision de son interruption.

Le repérage des patientes en situation de vulnérabilité sociale conduirait à une action de prévention médico-sociale plus ciblée, une meilleure prise en charge globale, ainsi qu'une amélioration de leur suivi post-abortif.

CONTEXTE DE L'ETUDE

I. Epidémiologie et sociologie de la sexualité en France

La mise en évidence de certains phénomènes sociaux et démographiques dans le champ de la santé sexuelle et génésique permet de comprendre les résultats des politiques sanitaires dans ce domaine.

L'âge aux premières règles a diminué depuis deux siècles, passant de 15 ans à 12,6 ans au début des années 2000. La moyenne est ainsi de 12 à 13 ans dans les pays riches. En France, la moitié des filles ont déjà eu leurs premières règles à 13,1 ans, et dans 9 cas sur 10 cela survient entre 11 et 14 ans. En dépit de connaissances précises sur les causes de l'évolution, ce développement plus précoce serait attribué à l'amélioration de l'alimentation, à l'instruction et au mode de vie moderne qui stimuleraient davantage les fonctions nerveuses et hormonales des enfants [6].

L'âge médian au premier rapport sexuel tend à se rapprocher entre femmes et hommes, passant respectivement de 20,6 ans et 18,8 ans au début des années 50, à 17,6 ans et 17,4 ans en 2010. La dissociation progressive entre initiation sexuelle et vie conjugale des années 1960-1970 fut remplacée par une stabilisation du calendrier de la première expérience sexuelle dans les années 1980-1990, sous l'influence de l'allongement de la durée des études. A noter que la large diffusion de la contraception moderne dans les années 1970 ou l'apparition du SIDA dans les années 1980 n'ont ni rendu plus précoce ni retardé les premières expériences sexuelles [7]. A celles-ci, hommes et femmes continuent d'attribuer des conceptions différentes. Une double asymétrie persiste ainsi dans la manière de percevoir la vie sexuelle et affective, où semblent toujours s'opposer un désir et des besoins «quasi physiologiques» masculins et des «aspirations affectives et une disponibilité féminines» [8]. On peut toutefois s'interroger sur cette représentation masculine de besoins «quasi physiologiques». Ne s'agirait-il pas d'une perception féminine de la sexualité masculine?

L'âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant est en augmentation : 24,1 ans en 1975 contre 30 ans aujourd'hui [9]. Ce phénomène de report de la première grossesse reflète une évolution de la «norme» procréative qui correspond à une série de conditions devant être remplies avant de concevoir (trouver un partenaire stable et qui

puisse être un père «acceptable», s'entendre avec lui sur la décision d'avoir un enfant - la conception n'est pas une affaire de femmes, mais de couples -, terminer des études, s'assurer d'un minimum de stabilité professionnelle, disposer de ressources suffisantes, d'un logement indépendant...), conjuguée à l'allongement de la durée des études et aux plus grandes difficultés d'insertion des jeunes sur le marché du travail [10].

Cette phase entre les premiers rapports et la première maternité est par ailleurs caractérisée par un nombre plus important de partenaires sexuels pour les femmes des générations récentes que pour leur aînées [11].

L'allongement de cette période et l'augmentation du nombre de relations affectives et sexuelles qui ne se prêtent pas à la parentalité impliquent aussi le maintien d'une contraception efficace avant le premier enfant plus longue qu'auparavant.

Dans le monde, 63% des couples utilisent une méthode contraceptive, avec une importante variation des usages d'un pays à l'autre. La méthode la plus fréquente est la stérilisation (37% dans l'ensemble du monde avec une large majorité de stérilisation féminine), suivie par le dispositif intra-utérin ou DIU (23%), la pilule (14%), le préservatif (10%) et le retrait (4%) [12].

En France, parmi les femmes concernées par la contraception (ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant) seules 3 % n'utilisent aucune contraception en 2013 [13]. La méthode prédominante est la pilule (57%) utilisée majoritairement par les femmes de 18 à 44 ans (spécificité française), suivie par le DIU (22%) choisi par les femmes de 35 à 44 ans, d'autres méthodes (préservatif pour les 18-34 ans essentiellement, retrait, contraception vaginale, abstinence périodique...15%), et enfin la stérilisation (6%) surtout pour la tranche d'âge 40-44 ans [12][4].

On observe classiquement l'existence d'une norme contraceptive française, décrivant un parcours stéréotypé : le préservatif, seul ou en association avec la pilule, est utilisé à l'entrée dans la sexualité. Les femmes l'abandonnent ensuite dès lors que la relation s'installe, au profit de la pilule seule. L'utilisation de la pilule diminue de façon progressive au bénéfice du DIU qui est le plus souvent prescrit lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint. Cependant, la vie sociale et affective des femmes n'est pas linéaire. Ainsi, la pilule (dont l'efficacité théorique n'est pas la plus élevée, avec un indice de Pearl² de 0,3 versus 0,1 pour le DIU hormonal par exemple) ne serait pas la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière, ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale [14].

² Nombre de grossesses observées pour 100 couples utilisant une contraception donnée durant un an, selon l'OMS en 2011.

Un assouplissement de cette norme contraceptive est néanmoins constaté. Bien que les raisons en soient multiples, la fin du remboursement des pilules de nouvelles générations dès mars 2013 (suite à la controverse fin 2012-début 2013 sur le risque de thrombose veineuse profonde associé aux pilules œstro-progestatives de 3ème et 4ème génération) a eu certaines conséquences au sein du paysage contraceptif français.

Le recours à la pilule a baissé (quel que soit l'âge, mais particulièrement chez les moins de 30 ans), passant de 50% à 41% entre 2010 et 2013. Même s'il s'agit toujours de la méthode prépondérante, les pratiques contraceptives se sont diversifiées, et de nouvelles inégalités sociales de recours à la contraception sont apparues [13].

En 2005, une majorité de femmes déclarait avoir eu recours à la contraception d'urgence ou «pilule du lendemain» suite à une erreur d'utilisation de la contraception régulière. Cette situation varie selon l'âge : les problèmes d'utilisation du préservatif étaient plus souvent évoqués par les femmes de 15-19 ans, l'oubli de pilule par les femmes de 20-24 ans. Chez ces dernières, la prise de la contraception d'urgence est consécutive à un oubli de la pilule dans 42,3% des cas. Lorsque le risque de grossesse est mal identifié, avec des écarts d'observance, certaines conditions liées au mode de vie... le recours aux stratégies de rattrapage n'est pas forcément effectué, source de grossesse non prévue [15].

Selon le Baromètre de la santé 2010 [16], la tranche des 18-24 ans utilise peu la contraception d'urgence : seules 12,5% des femmes sexuellement actives de cette tranche d'âge y ont eu recours dans les douze derniers mois, versus 25,6% des 15-17 ans. Beaucoup de femmes douteraient des délais des différentes méthodes existantes, leur mode d'utilisation, les possibilités d'accès... mais globalement, elles connaîtraient de mieux en mieux la contraception d'urgence. Depuis juin 1999, date à laquelle elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale, son utilisation s'est fortement développée : 1,2 million de pilules du lendemain et du surlendemain (mise sur le marché en 2009) sont vendues chaque année depuis 2005 [17].

Rappelons également l'existence d'une autre méthode, consistant en la pose d'un DIU au cuivre. Inséré dans les cinq jours suivant un rapport non protégé, le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace de contraception d'urgence. Elle présente l'avantage, une fois mise en place, de fournir une couverture contraceptive fiable pendant plusieurs années, mais reste moins facilement accessible.

II. Les interruptions volontaires de grossesse

II.A. Historique

La maîtrise par les femmes de leur fécondité aura été au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle un élément fondamental de la marche vers l'émancipation des femmes et l'égalité entre les sexes. La contraception et l'avortement libèrent en partie les femmes de l'arbitraire des «lois de la nature» et de la reproduction, de la domination masculine et de l'injustice qui voudraient que leur corps ne leur appartienne pas.

La loi Neuwirth du 28 décembre 1967 autorise la contraception en France mais elle ne sera appliquée qu'en 1972 (décret sur la fabrication et la prescription).

La Loi Simone Veil, alors Ministre de la santé, est promulguée le 17 janvier 1975, suspendant partiellement l'article 317 du Code Pénal pour une période de cinq ans. Cette loi est adoptée par l'Assemblée Nationale à 284 voix contre 189. Elle met fin à un combat difficile en légalisant l'avortement en France sous certaines conditions. C'est sous la pression des luttes de la société civile et des féministes, après un débat parlementaire intense, que cette loi a pu voir le jour grâce au principe d'émancipation des femmes (droit des femmes à disposer de leur corps) et dans un objectif de santé publique (dramas des avortements clandestins). Le 18 janvier 1975, cette loi est publiée au Journal Officiel. Elle prévoit que l'IVG doit être pratiquée avant la fin de la dixième semaine de grossesse, soit 12 semaines d'aménorrhée, exclusivement dans les hôpitaux publics et cliniques privées agréées et donc autorisées.

Le 31 décembre 1979, la loi Veil est reconduite définitivement puis révisée le 31 décembre 1982 (loi Roudy) en permettant le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale.

Le 27 janvier 1993, la loi Veil est complétée par la loi Neiertz qui crée le délit d'entrave à l'IVG. Elle sanctionne «toute entrave ou tentative d'entrave à l'IVG de deux mois à deux ans de prison ferme, et d'une amende de 2 000 à 30 000 francs».

Le rapport Nisand

À la demande de Martine Aubry et Bernard Kouchner, respectivement ministre de l'emploi et de la solidarité et secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale, le Professeur Israël Nisand est l'auteur en 1999 d'un rapport sur l'IVG intitulé «L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes». Il met en évidence les difficultés

d'accès à l'IVG en France et propose plusieurs mesures pour une meilleure application de la loi Veil. Il insistait notamment sur le problème de la détresse des mineures et des femmes étrangères exclues par la loi, et le désintérêt du service public hospitalier à leur égard. Il proposait ainsi une modification de la réglementation pour les étrangères et la disparition des conditions de résidence, avec réaffirmation par circulaire des droits des étrangères résidant de façon stable en France. Il proposait également une généralisation de l'aide médicale gratuite pour l'IVG des femmes sans couverture sociale, permettant d'éviter les démarches difficiles auprès des DASS à un moment déjà pénible pour ces patientes. L'hôpital ayant réalisé l'IVG de manière gratuite en fonction des circonstances se ferait ultérieurement rembourser par les services de l'aide médicale gratuite [18].

Loi du 4 juillet 2001

De nouvelles mesures prévoient un allongement du délai de l'IVG à la fin de la douzième semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée ou SA (notamment dans une perspective d'harmonisation des délais en Europe pour éviter les départs à l'étranger pénalisant les femmes) et la consultation sociale préalable devient facultative pour les majeures, tout en devant rester systématiquement proposée à toute femme ayant recours à une IVG.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 autorise les praticiens à réaliser des IVG en cabinet de ville dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (conditions fixées par le décret n° 2002-796 du 3 mai 2002, par l'arrêté du 23 juillet 2004 et la circulaire du 26 novembre 2006).

Le délit d'entrave est renforcé : il est étendu aux pressions morales et psychologiques, aux menaces et actes d'intimidation, à l'entourage des femmes. Les peines également sont alourdies.

Par ailleurs, la loi de 2001 supprime le délit de propagande et de publicité. Elle rend obligatoire une éducation à la sexualité en milieu scolaire à raison d'au moins trois séances annuelles par groupe d'âge homogène (article L 312-16 du code de l'éducation) y compris dans toutes les structures accueillant des personnes handicapées (article 6121-6 du code de la santé publique ou CSP).

Enfin, pour les mineures non émancipées, le principe du consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal est aménagé. Si elle en fait la demande et persiste dans le refus que ses parents soient consultés, la mineure peut se faire accompagner par une autre personne majeure de son choix.

II.B. Aspects législatifs de l'interruption volontaire de grossesse

Le dispositif légal est inscrit aux articles L.2211-1 et suivants du code de la santé publique.

L'IVG peut être pratiquée jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée pour la méthode médicamenteuse et 14 semaines d'aménorrhée pour la méthode chirurgicale. Les étrangères disposent des mêmes droits.

Processus légal de l'IVG en 10 points :

- Première consultation : la demande (art. L2212-3), au cours de laquelle les femmes sont informées des méthodes d'IVG, de leurs risques et complications. Un dossier-guide leur est remis.
- L'entretien social (art. L2212-4) : systématiquement proposé avant et/ou après l'IVG par une personne qualifiée en conseil conjugal, il n'est pas obligatoire sauf pour les mineures non émancipées (délivrance d'une attestation de consultation).
- Objectif de l'entretien : assistance psychologique à la compréhension du choix de l'IVG, information sur les avantages sociaux et les aides en cas de décision de poursuite de la grossesse.
- Délai de réflexion de sept jours entre les deux consultations médicales obligatoires, confirmation de la demande (art. L2212-5).
- Risque de dépassement de terme : délai de réflexion éventuellement ramené à deux jours suivant la première consultation.
- Femmes mineures non émancipées et consentement de l'autorité parentale (art. L2212-4 et L2212-7) : consentement à joindre à la demande présentée au médecin, en dehors de la présence de toute autre personne. Les femmes mineures mariées, émancipées de plein droit par le mariage et les mineures de plus de 16 ans émancipées par le juge des tutelles n'ont pas besoin de l'accord parental ni de celui d'une personne majeure.
- Femmes mineures non émancipées et demande de secret (art. L2212-7) : le médecin doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la mineure pour que le ou les détenteurs de l'autorité parentale soient consultés, ou vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien social. Si elle refuse d'effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée si celle-ci se fait accompagner par la personne majeure de son choix (consultation préalable, IVG, consultation de contrôle et de soutien psychologique). La responsabilité de l'accompagnant majeur n'est engagée ni au civil ni au pénal. Les services administratifs de l'établissement ne peuvent exiger la présence de l'accompagnant pour l'admission et/ou la sortie de la mineure. Toutes les dispositions demandant la présence de l'accompagnant lors de la consultation d'anesthésie ne sont pas prévues par la loi et relèvent de l'excès de droit. Si la mineure est âgée de moins de 15 ans et que la personne accompagnante est le

partenaire sexuel, il encourt une peine de 2 ans d'emprisonnement et une amende de 30000 euros même si les rapports sont consentis.

- Droits du médecin (art. L2212-8) : celui-ci n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais doit en informer la patiente sans délai et donner immédiatement les noms de praticiens susceptibles de la réaliser. Aucune sage-femme, infirmière, auxiliaire médical n'est tenue de concourir à une IVG. Un établissement privé peut refuser sauf s'il participe au service public hospitalier. Il existe un décret fixant les catégories d'établissements publics tenus de pratiquer des IVG.
- Obligation d'information sur la contraception (art. L2212-9). Après l'IVG, une nouvelle consultation médicale est obligatoirement proposée aux mineures.
- IVG médicamenteuses à domicile : autorisées depuis 2002, par des médecins libéraux sous convention avec un service hospitalier pratiquant les IVG. La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ajoute aux missions de PMI des Conseils Généraux celle d'organiser la pratique d'IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention, et cite les CPEF et centres de santé (art. L2112-2 3° du CSP modifié).

Depuis le 31 mars 2013, les frais de soins, de surveillance et d'hospitalisation liés à une IVG par voie instrumentale ou médicamenteuse sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie. La suppression de la participation des assurées aux frais de soins sur les actes d'IVG est censée lever un frein financier permettant de répondre à l'objectif d'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de grossesse non prévue et de garantir le droit à l'IVG sur le territoire. Cette mesure met fin aux différences de taux de prise en charge par l'assurance maladie : 100 % pour les assurées mineures et 70 % en soins de ville ou 80 % en établissement de santé pour les assurées majeures (Décret n° 2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, Arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse).

Pour les femmes précaires, si l'IVG est bien prise en charge à 100%, les actes associés tels que l'échographie ou l'analyse de biologie médicale ne sont pas tous remboursés par l'Assurance Maladie. Les mutuelles et complémentaires santé prennent alors le relais. Or, toutes les femmes ne disposent pas de ce type de dispositif, et se voient donc dans l'obligation de financer une part de leur IVG. De plus, les actes associés à l'IVG sont soumis à une participation forfaitaire de un euro. Sont toutefois dispensées de cette participation les personnes bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) et de l'AME (Aide

Médicale de l'Etat). Les femmes en situation de précarité peuvent donc rencontrer des problèmes à financer le restant à payer [19].

Le 21 janvier 2014, l'Assemblée nationale a voté l'article confortant le droit à l'IVG. Cet article controversé, le «5 quinquies C» du projet de loi sur l'égalité femmes-hommes, supprime la notion de «détresse» (déclaratif, art. L2212-1 du CSP) pour une femme voulant demander une IVG.

Un bulletin IVG (BIG ou Bulletin d'Interruption de Grossesse) a été mis en place lors de la légalisation de l'avortement (article L.162-10 de la loi 75-17 du 17 janvier 1975). La loi stipule que toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin qui pratique l'acte et adressée au médecin inspecteur régional de santé. Cette déclaration ne fait pas mention de l'identité de la femme et comporte des informations relatives aux caractéristiques médicales ainsi que quelques données socio-démographiques : informations sur la durée de gestation, les nombres de naissances et d'IVG antérieures, le département de domicile et d'intervention de la femme, sa situation professionnelle. Le recueil souffre d'un sous enregistrement, estimé à environ 20 % pour l'année 2005. La DREES est chargée de la gestion et de la saisie de ces bulletins, l'INED et l'INSERM sont responsables de l'analyse et de la publication des aspects démographiques et médicaux [19].

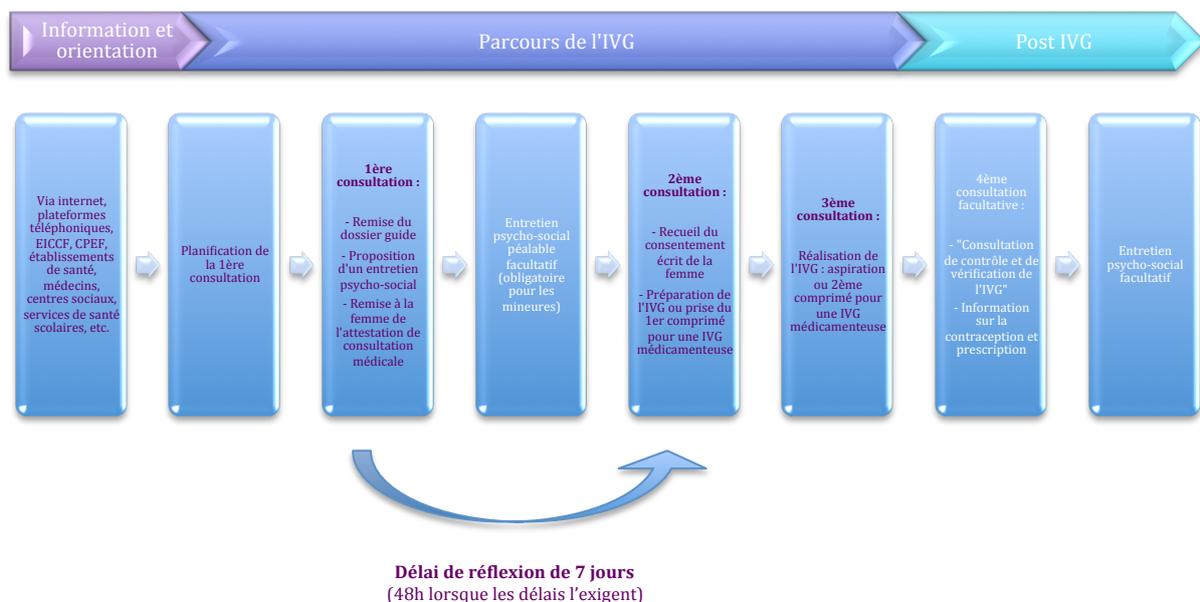


Figure 1 : Les étapes de l'IVG

II.C. Lieux et techniques d'interruption volontaire de grossesse

L'accès aux informations concernant l'IVG présente des enjeux essentiels, tant vis à vis de l'entrée rapide dans le parcours de soins de l'IVG, que dans la réduction des risques d'être hors délai. Cela optimise également la possibilité pour les femmes de choisir la méthode, et de disposer du droit d'interrompre leur grossesse en toute légitimité sans obligation de justification, sans supplément d'angoisse et/ou de culpabilisation.

Les informations peuvent être identifiées *via* :

- les outils de l'information et de la communication : internet, plateformes téléphoniques régionales.
- les structures d'orientation et d'information :
 - structures hospitalières (établissement public ou privé de santé),
 - centres médico-sociaux (Établissement d'Information et de Conseil Conjugal et Familial (EIFF), Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF), Planning familial, centre de santé, service de santé scolaire...),
 - gynécologues,
 - médecins généralistes.

Une IVG peut être pratiquée dans un établissement public (87,7% des hôpitaux publics pratiquent des IVG) ou dans un établissement privé. L'IVG médicamenteuse est désormais réalisable en ville par des médecins ayant passé une convention de collaboration avec un centre hospitalier référent, prêt à accueillir à tout moment les patientes nécessitant des soins urgents ou devant bénéficier d'une révision utérine chirurgicale.

L'IVG médicamenteuse

Il s'agit d'une interruption de grossesse induite par des médicaments et ne nécessitant pas de geste chirurgical. Classiquement, la méthode médicamenteuse n'est possible que jusqu'à 5 semaines de grossesse (49 jours ou 7 semaines d'aménorrhée) à l'hôpital ou en ville au cabinet médical. Cette méthode consiste à prendre un premier médicament, la mifépristone (Myfegyne®), antiprogestérone à l'origine de l'inhibition ou du blocage des récepteurs à la progestérone, induisant contractions utérines, décollement de l'oeuf et ramollissement du col utérin. Un saignement peut survenir après la prise de ce premier médicament, ne signifiant pas à lui seul un arrêt de la grossesse.

La prise du second médicament, le misoprostol (Cytotec®, Gymiso®), est réalisée quarante huit heures plus tard : cette prostaglandine administrée par voie orale ou vaginale déclenche

contractions utérines, maturation du col utérin et aide à l'expulsion de l'oeuf. Celle-ci se manifeste par des saignements plus abondants que des règles normales.

La prise des prostaglandines se fait généralement lors d'une courte hospitalisation de 3 heures au cours de laquelle des antalgiques et une surveillance des saignements sont instaurés.

Dans certains centres, les prostaglandines et les antalgiques peuvent être pris au domicile de la patiente (majeure ou mineure au cas par cas, choix de la méthode après information impartiale, claire et complète sur les avantages et les inconvénients, bonne compréhension de la part de la patiente, trajet domicile-hôpital inférieur à une heure en voiture, logement adapté, possibilité de téléphoner, présence d'une tierce personne durant les trois heures suivant la prise de misoprostol en l'absence de courte hospitalisation).

Dans tous les cas, la patiente doit pouvoir choisir la méthode d'avortement qui lui convient le mieux. Il est donc nécessaire de l'informer précisément du déroulement de l'avortement, des effets secondaires des drogues administrées et des complications potentielles du traitement.

Le contrôle de l'efficacité de la méthode se fait lors d'une consultation 2 à 3 semaines après la prise des comprimés : l'interrogatoire complété par un dosage quantitatif de β hCG plasmatique ou par une échographie pelvienne permet de vérifier l'expulsion de l'oeuf.

Il y a échec de la méthode médicamenteuse quand une évacuation chirurgicale doit être faite quelle que soit la raison (complications comme une grossesse évolutive, un avortement incomplet, ou une hémorragie) mais elle présente :

- une excellente efficacité (définie par l'absence de révision utérine) : pour cette technique, la prise de mifépristone seule est à l'origine de 80% de réussite, celle de misoprostol seul à l'origine de 90% de réussite, et l'association de mifépristone + misoprostol permet d'obtenir 95 à 98% de réussite d'interruption de grossesse.
- une excellente sécurité : moins de 0,4-2% d'hémorragie, moins de 0,09-0,5% d'infections liées aux débris trophoblastiques.

D'après l'arrêté du 23 juillet 2004 (modifié par l'arrêté du 26 mars 2013) relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, l'IVG médicamenteuse par exemple correspondait à un forfait de 191,74 euros avec 4 consultations à 25 euros, la boîte de 3 comprimés de Mifégyne® à 76,37 euros et la boîte de 2 comprimés de Gymiso® à 15,37 euros. Le gouvernement a annoncé le 26 mars 2013 (arrêté du 26 mars 2013 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse) une nouvelle revalorisation du forfait de l'IVG à hauteur de 50%, car l'IVG était jusqu'à présent une activité peu rentable pour les structures de soins, ce qui expliquait notamment le retrait du privé dans l'activité IVG et la concentration voire la diminution de l'offre de prise en charge de l'IVG.

Limites psychosociales de l'utilisation de la méthode [20] :

- patiente ne comprenant pas les informations fournies,
- ambivalence, besoin d'un délai de réflexion plus long,
- certaines conditions sociales (grande précarité, patiente isolée ou sans hébergement...) rendent l'utilisation de cette méthode très inconfortable. Il est parfois préférable d'offrir à ces patientes des alternatives : hospitalisation pour l'administration du misoprostol ou aspiration.
- impossibilité d'une visite de contrôle (voyage...). L'avortement médicamenteux doit être contrôlé dans les 15 à 21 jours suivant la prise du misoprostol. Une patiente signalant d'emblée son impossibilité à se rendre à la visite de contrôle devrait être exclue du protocole médicamenteux.
- confrontation directe à l'expulsion de l'oeuf avec gestion de ce dernier.

L'ANAES a recommandé en 2001 de laisser à la femme le choix de la technique (sous réserve de contre-indications liées à l'état de santé ou à la situation sociale de la femme) et indiqué que les deux techniques sont possibles jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. Au-delà de ce terme, l'IVG chirurgicale semblait plus adaptée.

En 2006, l'EMA a émis des recommandations concernant la possibilité de réaliser des IVG médicamenteuses entre 7 et 9 semaines d'aménorrhée en milieu hospitalier et selon certaines posologies.

L'IVG chirurgicale

Cette technique d'IVG par aspiration a un taux de succès très élevé, de l'ordre de 99,7%. Elle peut être pratiquée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, soit 12 semaines de grossesse. La méthode la plus courante d'IVG est l'aspiration. Elle consiste à évacuer l'oeuf de l'utérus au moyen de sondes creuses branchées sur un appareil générant une dépression.

Elle se déroule ainsi : anesthésie locale par bloc para cervical ou courte anesthésie générale d'une dizaine de minutes, dilatation du col, introduction d'une canule dans l'utérus pour aspirer son contenu. Dans le premier cas (anesthésie locale), la femme peut sortir de l'établissement de santé non accompagnée, immédiatement après l'intervention, en l'absence d'hémorragie. Dans le second (anesthésie générale), on la gardera par prudence et obligation légale quatre à six heures après le réveil. Elle devra être accompagnée pour sa sortie.

Les principales complications, rencontrées dans moins de 1 % des cas, sont la perforation utérine (< 1%) lors de la dilatation du col ou de l'aspiration, les lésions cervicales utérines, les hémorragies utérines (sévères dans environ 1,5% des cas), les échecs d'aspiration et la

rétenion ovulaire ou embryonnaire partielle. Les infections post-abortum (0,5 à 9%) sont difficiles à apprécier, allant des leucorrhées anormales à la pelvi-péritonite.

Très exceptionnellement, des plaies graves des organes internes de l'abdomen (intestins, vaisseaux sanguins, voies urinaires notamment) peuvent se produire et nécessiter la réalisation dans le même temps opératoire d'une coelioscopie, voire d'une laparotomie.

Précautions communes aux 2 techniques

Dans tous les cas, la patiente doit pouvoir choisir la méthode d'IVG qui lui convient le mieux. Il est donc nécessaire de l'informer précisément du déroulement de l'IVG, des effets secondaires des drogues administrées, des techniques chirurgicales, et des complications potentielles.

Le dépistage des infections sexuellement transmissibles (large indication de prélèvement vaginal et/ou de recherche de *Chlamydiae trachomatis* par PCR sur les urines, suivi du traitement de la patiente et du (des) partenaire(s) en cas de positivité) et des coagulopathies est recommandé.

Une antibioprofylaxie s'avère nécessaire en cas d'aspiration.

Si la patiente est de groupe sanguin rhésus négatif, une injection intraveineuse d'une dose standard de gamma-globulines anti-D est nécessaire pour éviter une allo-immunisation anti-D à l'origine de complications pour les grossesses ultérieures.

Après une IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, une contraception oestroprogestative peut être commencée dès le lendemain de l'IVG. La pose d'un dispositif intra-utérin est possible lors de l'examen de surveillance ou bien en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale.

Une fiche de conseils sur les suites normales de l'IVG sera remise à la patiente ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

La visite de contrôle est prévue entre le 14ème et le 21ème jour post-IVG. Le contrôle de la vacuité utérine nécessite un examen clinique voire une échographie. La compréhension de la contraception et de sa bonne utilisation, normalement choisie lors de la consultation confirmant l'IVG, doit être vérifiée. La présence et la situation correcte d'un éventuel dispositif intra-utérin mis en place lors d'une IVG chirurgicale sont vérifiées.

Il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG, mais un accompagnement spécifique doit cependant être proposé et disponible.

Un suivi gynécologique régulier de prévention (frottis tous les trois ans, consultation de contraception si besoin) doit être proposé par le gynécologue, le médecin traitant ou la sage-femme.

II.D. Etat actuel des interruptions volontaires de grossesse en France

La liberté d'interrompre une grossesse demeure un droit perçu comme «à part». Encore aujourd'hui, certains éléments peuvent conduire les femmes à ne pas percevoir le droit à l'IVG comme un droit à part entière : culpabilisées par elles-mêmes, leur entourage ou les soignants, elles se sentent obligées de justifier leur choix. En effet, si le recours à l'IVG est de plus en plus considéré comme l'expression d'un droit acquis en France, la légitimité des femmes à recourir à une IVG, dans un contexte social où la contraception est largement utilisée, reste problématique : l'IVG est encore perçue comme un échec des femmes à maîtriser leur contraception et les renvoient dans le «registre de l'irresponsabilité et de la déviance». A noter que l'on ne parle pas d'irresponsabilité des hommes, co-responsables des grossesses.

En 2012, près de 219 200 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France dont 207 000 en Métropole. Ce nombre est relativement stable depuis 2006, après une dizaine d'années de hausse entre 1995 et 2006. Une très légère baisse a été observée entre 2011 et 2012. Le taux de recours, en moyenne de 14,5 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole, est en légère baisse chez les plus jeunes (14‰ femmes de 15 à 19 ans en 2012) et demeure le plus élevé chez les femmes de 20 à 24 ans (27‰).

La part des IVG médicamenteuses ne cesse d'augmenter : en Métropole, il s'agit de 49% des IVG réalisées en établissements de santé et 57% de l'ensemble des IVG. La hausse progressive du nombre des IVG médicamenteuses en ville ainsi qu'en centres de santé et en CPEF, s'accompagne depuis le début des années 2000 d'une baisse du nombre d'IVG chirurgicales pratiquées en établissements hospitaliers. Quatorze pour cent des IVG ont été réalisées en cabinet libéral et seulement 1% en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale.

Ce sont 569 établissements qui ont déclaré une activité d'IVG en Métropole en 2012. Les deux tiers sont des établissements publics, qui prennent en charge 80% des IVG effectuées en établissements. Au milieu des années 1990, ce secteur public prenait en charge 65% des IVG, et 77% en 2008.

La part des IVG chirurgicales réalisées en secteur public en Métropole en 2012 s'élève à 77,6%, contre 22,4% en secteur privé. Pour les IVG médicamenteuses, il s'agit de 83,3% en secteur public et de 16,7% en secteur privé [17].

On considère que 40% des femmes auront recours à l'IVG au cours de leur vie, quel que soit l'âge ou le milieu social [21].

Le nombre d'IVG connaît des variations assez importantes d'un mois à l'autre, avec des pics en mars, juin et septembre. Le pic le plus important, observable en mars, serait en partie lié

à celui des conceptions au Nouvel An. L'activité est globalement plus forte en début qu'en fin d'année, à la fois en médecine libérale et en établissements de santé. Le nombre d'IVG varie aussi selon le nombre de jours ouvrables dans le mois. Par ailleurs, l'annonce du déremboursement des pilules de 3ème et 4ème génération au mois de septembre 2012 n'a pas été suivie d'une hausse du nombre d'IVG fin 2012 [22].

En termes d'évolution de l'offre, les statistiques de la DREES indiquent que 5% des établissements publics et 48% des établissements privés pratiquant l'IVG ont fermé ces 10 dernières années, soit plus de 130 établissements au total (désengagement du privé du fait de la sous-valorisation de l'IVG, restructurations menées dans le cadre de la réforme portée par la loi du 21 juillet 2009 dite «Hôpital, patients, santé et territoire» (HPST)...). Alors que la demande reste stable, cette diminution de l'offre de soins a conduit à une très forte concentration de la pratique de l'IVG sur les établissements restants : 5% des établissements réalisent 23% des IVG [23].

Le dispositif de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse reste ainsi fragile :

- les demandes d'IVG situées entre 10 et 12 semaines de grossesse ne sont pas effectuées par de nombreux centres. Il semble en outre que l'allongement des délais légaux puisse être utilisé par certains professionnels comme un prétexte pour faire valoir leur clause de conscience.
- on note des inégalités d'accès et de réalisation de l'IVG sur le territoire, particulièrement en milieu rural. Il existe aussi de véritables goulots d'étranglement dans certaines zones géographiques en particulier dans les grandes villes où les délais d'attente pour les femmes restent trop élevés et d'autant plus selon certaines périodes de l'année.
- la place de l'IVG dans le système de soins est difficile à normaliser, notamment de part sa dimension multidimensionnelle et conflictuelle. Cette activité «à part» dans le système de soins est également peu attractive pour les personnels de santé, et le choix de la méthode est parfois limité pour les femmes [24].

Le maintien en France d'un nombre relativement important d'IVG parallèlement à un taux de natalité et de diffusion de la contraception parmi les plus élevés en Europe, traduit l'existence du «paradoxe contraceptif français» de l'IVG.

Les femmes exposées au risque de grossesse non prévue sont moins nombreuses qu'il y a quelques années en raison d'une plus grande diffusion de la contraception moderne : 52% des femmes à risque de grossesses non prévues utilisaient une méthode médicale (pilule ou DIU) en 1978 contre 82% en 2000. Il en résulte une diminution du nombre de grossesses

non prévues (46% en 1975 contre 33% en 2000), mais on observe pour celles-ci un recours plus fréquent à l'IVG (41% en 1975 contre 62% en 2000) [21]. Ainsi, grâce à la diffusion de la contraception, le nombre de grossesses non prévues diminue, mais en cas de grossesse non prévue, la probabilité du recours à l'avortement augmente. Ces deux mouvements se compensent statistiquement pour rendre compte de la stabilité relative des taux d'IVG en France [25].

Cela incite à étudier les caractéristiques sociodémographiques et contraceptives des femmes afin d'évaluer les politiques de santé sexuelle et reproductive et d'approcher notamment la signification sociale du recours répété à l'avortement.

Par ailleurs, certains facteurs échappent pour une très large part à l'action collective (situations d'incertitude ou de rupture affective qui remettent en cause une grossesse éventuellement souhaitée à un moment donné, situations d'ambivalence psychologique dans laquelle peuvent se trouver certaines femmes par rapport à la maternité et la distance qui peut exister entre le désir d'être enceinte et celui de mettre au monde un enfant...) Ces situations, par essence individuelles, peuvent néanmoins justifier des mesures publiques : accès à un soutien psychologique, éducation à la vie affective et sexuelle, aux conséquences de celle-ci, à la contraception, à la prévention de la violence, et au respect de soi et du corps.

D'autres facteurs relèvent de logiques économiques ou sociales. Le nombre de grossesses non prévues chez les adolescentes a baissé depuis une trentaine d'années, mais elles donnent plus souvent lieu à une IVG [26]. Le taux de naissances chez les mineures reste néanmoins très inférieur en France métropolitaine à celui qui est constaté au Royaume Uni (4 fois plus élevé), ou aux Etats-Unis (10 fois plus élevé), mais aussi outremer. La grossesse précoce correspond pour certaines jeunes filles à la recherche d'une identité et d'un statut économique et social qui leur sont par ailleurs refusés (stratégie d'adaptation). De nombreux travaux ont mis en évidence, notamment au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis, mais aussi outremer, la corrélation entre le pourcentage d'IVG et de grossesses précoces et la précarité des conditions de vie ainsi que les appartenances culturelles d'une population donnée [27] [28][24].

Les différences de recours à l'IVG entre groupes sociaux peuvent aussi refléter non seulement des disparités dans les pratiques contraceptives, mais aussi dans l'accès aux soins (liées notamment à la dimension financière ou à l'offre disponible) ou encore des représentations différentes vis-à-vis de la «norme procréative» :

«Dans un contexte social en pleine évolution du point de vue du statut social des femmes, devenues de plus en plus diplômées et autonomes socialement et financièrement, la

diffusion des méthodes efficaces de contraception a modifié cette norme procréative, c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la parentalité : un enfant ne doit venir au monde que désiré³, et la contraception offre la possibilité de choisir non seulement le nombre mais aussi et surtout le moment de la maternité. Le modèle familial en vigueur jusqu'à la fin des années 1960 (mariage, maternité espacée et arrêt quand le nombre d'enfants souhaités est atteint) laisse place à un modèle qui enjoint toujours les femmes à avoir des enfants mais en limitant le nombre d'enfants et en espaçant les naissances, et en définissant désormais le «bon moment de la maternité». Un enfant doit toujours arriver au sein d'un couple stable (auparavant dans le cadre légal du mariage), ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme «précoces», et après, comme «tardives» et considérées «à risque»). Mais surtout, la possibilité de choisir le moment d'une naissance permet de créer les conditions les plus favorables à l'accueil de l'enfant : un projet parental mené par un couple mature affectivement, psychologiquement, et économiquement établi. Cette nouvelle liberté, celle de l'enfant désiré, amène une nouvelle contrainte : celle d'être la meilleure des mères pour cet enfant qu'on aurait pu choisir de ne pas mettre au monde. Une nouvelle composante de la norme procréative émerge, celle du postulat de la nécessaire disponibilité de la mère. C'est cette modification de la norme procréative qui permet avant tout de rendre compte du maintien d'un nombre élevé d'avortements, en dépit de la diffusion massive de la contraception médicale» [25].

L'enquête nationale de la DREES⁴ sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 met en évidence certaines caractéristiques sociodémographiques (données standardisées comparées aux données de l'enquête Emploi⁵ de l'INSEE) [29][10] :

- une femme sur deux ayant recours à une IVG est âgée de moins de 27 ans, et deux femmes sur trois sont âgées de 20 à 34 ans.
- 45% des femmes déclarent vivre en couple contre 59% des femmes de 15 à 49 ans dans l'ensemble de la population selon l'enquête Emploi. La part des enquêtées déclarant vivre en couple varie selon la tranche d'âge, de 6,6% chez les mineures à 16,4% chez les 18-19 ans et 62,6% pour les femmes âgées de 30 ans et plus.

³ Choix du terme pouvant être discuté. Le désir a une connotation inconsciente (une grossesse serait toujours «désirée»), alors que le «souhait» est plus clair et neutre.

⁴ L'étude concerne toutes les interruptions de grossesse ayant eu lieu en France métropolitaine pendant la durée de l'enquête dans des établissements échantillonnés et auprès des médecins de ville conventionnés avec ces établissements, sans prendre en compte les interruptions médicales de grossesse (IMG).

⁵ Réalisée par l'INSEE depuis 1950, l'enquête EMPLOI est la source statistique qui permet de mesurer le chômage au sens du BIT (Bureau International du Travail). Elle fournit aussi des données sur les professions, l'activité des femmes ou des jeunes, la durée du travail, les emplois précaires. Depuis 2003, l'enquête EMPLOI est trimestrielle, de façon continue, auprès d'un échantillon de ménages.

- l'IVG ne concerne pas davantage les femmes les moins diplômées. Ce constat vaut surtout pour les plus âgées (35 ans et plus). Entre 25 et 34 ans, les enquêtées sont un peu moins diplômées que l'ensemble des femmes du même groupe d'âge : 67% ont au moins un niveau baccalauréat versus 74% de bachelières pour cette génération.
- 53% des femmes exercent un emploi (54,9% après standardisation des effectifs avec la structure d'âge observée dans l'enquête Emploi) contre 62,6% de l'ensemble de la population féminine âgée de 15 à 50 ans. 13,2% (après standardisation) des femmes de l'enquête IVG sont au chômage contre 7,7% de l'ensemble des femmes.
- 6% déclarent vivre dans un ménage sans revenus, et cela concerne essentiellement les femmes jeunes : 41% ont moins de 20 ans et 30% ont entre 20 et 24 ans. Ces données sont toutefois à interpréter avec précaution car difficiles à collecter par voie d'enquête.
- 72% déclarent être couverte par la Sécurité Sociale, et une femme sur quatre bénéficie de l'AME ou de la CMU. 23% n'auraient pas de couverture complémentaire (les bénéficiaires de la CMU seraient un peu plus concernées) contre 5% de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans en 2008 (sources IRDES, enquête Santé et Protection sociale 2008). Ces données sont également à interpréter avec précaution, mais il ressort que les bénéficiaires de la CMU et/ou CMU-C sont surreprésentées dans l'enquête (à structure d'âge identique, 8 % de la population française bénéficient de la CMU-C)
- 11% des femmes de l'enquête ont une nationalité étrangère contre 6% parmi l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans. 6% sont nées à l'étranger dans chacune des deux populations comparées. A noter que les femmes étrangères de l'enquête ont un profil différent des femmes françaises : elles sont moins souvent en couple (33,7% contre 44,4%), vivent moins souvent à leur propre domicile (56,1% contre 69,5%) et plus souvent dans la famille ou chez des amis (20,2% contre 3,1%), elles habitent moins fréquemment chez leurs parents (8,6% contre 25,1%) notamment parce qu'elles sont plus âgées en moyenne (seules 2,3% de mineures contre 6,8% chez les Françaises). Ces femmes de nationalité étrangère ont aussi moins souvent un emploi (41% contre 54% chez les Françaises) et se déclarent plus souvent bénéficiaires de la CMU ou de l'AME (47% contre 21%).
- moins de 4% des IVG enquêtées étaient des grossesses prévues à ce moment-là, ce pourcentage variant peu avec l'âge de la femme : la grande majorité des IVG concerne donc des grossesses non prévues.

- deux femmes sur trois concernées par une IVG mentionnent au moins un type de contraception en cours : 45% utilisent une méthode médicale, 25% le préservatif, 16% le retrait, 11% l'abstinence périodique. Les raisons pour lesquelles la méthode contraceptive utilisée n'avait pas fonctionné étaient surtout l'oubli de pilule et l'accident de préservatif. Neuf femme sur dix n'ont pas utilisé la pilule du lendemain, essentiellement parce qu'elles n'y ont pas pensé ou ne pensaient pas risquer d'être enceinte (et non car elles en ignoraient l'existence).

Concernant la prise en charge de l'IVG, la méthode utilisée et son lieu de réalisation dépendent étroitement de l'âge gestationnel au moment de l'intervention : les IVG médicamenteuses interviennent majoritairement entre 4 et 9 SA et les IVG chirurgicales entre 6 et 14 SA (proximité géographique et avancement du terme étant les principaux déterminants mis en avant dans ce cas).

44 % des femmes affirment avoir eu le choix de la technique de l'IVG au sein d'un établissement de santé. Parmi celles qui n'ont pas eu le choix, la raison évoquée est :

- l'avancement de la grossesse qui ne permet plus une IVG médicamenteuse (dans plus de six cas sur dix),
- le choix laissé au médecin afin de faire au mieux (une femme sur cinq),
- et une femme sur dix dit ne pas avoir été consultée sur la méthode.

Lorsqu'elles ont eu le choix de la technique, les trois quarts des enquêtées ont eu une IVG médicamenteuse, contre seulement un quart des femmes qui n'ont pas choisi (en établissement). Parmi les femmes ayant eu une IVG chirurgicale et pourtant déclarées comme éligibles à une IVG médicamenteuse par le praticien, 46 % déclarent avoir eu le choix de la méthode.

Pour une IVG chirurgicale, le parcours des femmes de l'enquête entre le premier contact et l'IVG est plus long que pour celles qui ont eu une IVG médicamenteuse (délai moyen de 15,2 jours contre 9,3), alors que la part des IVG «en accès direct» (le premier professionnel rencontré a orienté la femme vers le lieu où a été réalisée l'IVG) diffère peu selon la méthode : 56% de femmes ont accédé à leur IVG en filière directe parmi les IVG médicamenteuses et 53% parmi les IVG chirurgicales.

Près de neuf femmes sur dix ont répondu à la question du délai entre le premier contact pris et la date de réalisation de l'IVG : 58% déclarent un délai compris entre une et trois semaines, avec une moyenne de 12,1 jours et une médiane à neuf jours. Ce délai varie selon le praticien contacté en premier, selon qu'il a ou non réalisé lui-même l'IVG, mais aussi et surtout selon la méthode employée. Le délai moyen est minimal lorsque la femme s'est

adressée à son gynécologue habituel (10,6 jours, avec une médiane à huit jours) et est maximal lorsque la femme a contacté un autre médecin de ville ou un professionnel en centre de PMI ou de planification familiale (plus de treize jours). Mais attention à la notion de «premier contact» pour l'interprétation des réponses.

Le professionnel rencontré en premier (dans la moitié des cas le généraliste ou le gynécologue habituel de la femme, et un praticien de PMI près d'une fois sur cinq) par la femme a lui-même réalisé l'IVG dans un tiers des cas et a orienté vers un autre professionnel ou un autre centre IVG dans 61% des cas. Seules 4% des enquêtées n'ont été ni conseillées ni orientées à l'issue de ce premier contact.

Plus de la moitié des femmes ont eu une filière directe pour accéder à leur IVG, et ont confirmé que c'était bien le premier contact cité qui les avait adressées vers le lieu de réalisation de l'IVG. Lorsque le premier contact est le gynécologue habituel de la femme, 64% des filières concernant le parcours des femmes sont directes, contre 65% dans le cas d'un praticien hospitalier, 58% dans le cas d'un autre gynécologue de ville, 52% dans le cas du généraliste habituel et 54% dans le cas d'un praticien de PMI. Les autres cas entraînent des parcours moins directs, avec quatre filières directes sur dix [10].

Bien que le Planning Familial ait estimé à plusieurs milliers le nombre de Françaises contraintes de recourir à l'IVG à l'étranger, aucune donnée récente ne permet de mesurer le nombre exact de femmes allant avorter à l'étranger (Pays-Bas, Suède, Angleterre, Finlande... à noter qu'en Espagne, le gouvernement de Mariano Rajoy validait en décembre 2013 un projet de loi n'autorisant l'IVG qu'en cas de danger prouvé pour la vie ou la santé physique ou psychologique de la femme, ou après un viol ayant fait l'objet d'une plainte préalable), ni pour quelles raisons (découverte tardive de leur grossesse ou non prise en charge en France). Il ressort cependant des remontées de terrain que les cas de dépassement de délai pour cause de non prise en charge dans les temps sont encore fréquents. Les secrétariats des établissements de santé donnent eux-mêmes parfois l'information sur les possibilités d'avortement à l'étranger [19].

II.E. Facteurs de risque des IVG répétées en France

Il existe des situations telles que celles des IVG répétées, qui représentent un marqueur de précarité sociale et affective.

La notion de recours multiple à l'IVG apparaît dans les débats publics et politiques dès le début des années 70, autour de la loi Veil. En France, 35% des IVG survenues en 2007

concernent des femmes qui avaient déjà eu recours à l'IVG, contre 23% en 1990 : ainsi, 7% des femmes avaient plus d'une IVG dans leur vie au début des années 1990 et 11% au début des années 2000 [30].

Plusieurs hypothèses pouvant traduire l'augmentation du recours multiple à l'IVG ont été avancées :

- plus grande facilité à déclarer avoir déjà eu recours à l'avortement (moindre stigmatisation sociale),
- augmentation du nombre de femmes les plus susceptibles d'avoir plusieurs IVG, de par la modification de la structure sociodémographique de la population française concernée (femmes vivant seules et étrangères par exemple),
- diminution de l'efficacité des programmes de santé reproductive touchant les groupes les plus précaires de la population (chômeuses, femmes sans couverture médicale, étrangères)
- report de la transition à l'âge adulte, avec l'allongement de la période entre les premiers rapports sexuels et la première mise en couple, surtout pour les femmes [31].

L'analyse des bulletins statistiques d'IVG de 1990 à 2007 et des données de l'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 [32] montre :

- une augmentation des IVG répétées depuis 1980, particulièrement forte entre 1997 et 2007 :
 - rajeunissement de l'âge des femmes, qu'il s'agisse de la première ou d'une nouvelle IVG. L'âge moyen au moment de la première IVG passe ainsi de 28 ans entre 1980 et 1985 à 26,6 ans en 2007. La baisse de l'âge moyen des femmes recourant à une deuxième ou troisième IVG est très marquée entre 1997 et 2002. En 2007, l'âge moyen des femmes dont c'est la deuxième IVG est de 28,8 ans, et de 30,3 ans pour celles ayant déjà eu plus de deux IVG.
 - toutes les catégories de population sont touchées par l'augmentation du recours répété à l'IVG, pourtant une nouvelle structure sociale de cette pratique apparaît : la hausse s'avère surtout marquée chez les femmes âgées de moins de 30 ans, chez celles qui ont déclaré vivre seules au moment de l'avortement et chez celles qui n'avaient pas d'emploi, notamment les étudiantes. En revanche, la part des autres catégories de femmes les plus concernées par le recours multiple à l'IVG est relativement stable, voire en baisse : les plus âgées, celles ayant au moins trois enfants, celles de nationalité étrangère, et les femmes au chômage.

- les caractéristiques en 2007 des femmes ayant eu plusieurs IVG :
 - l'augmentation des IVG répétées concerne surtout les femmes jeunes et les étudiantes, mais ce ne sont pourtant pas les catégories ayant la plus forte probabilité d'une IVG répétée.
 - la fréquence des IVG antérieures augmente avec la durée de la vie sexuelle et donc avec l'âge des femmes : si 13% des femmes âgées de moins de 20 ans ayant eu recours à une IVG en 2007 déclarent avoir déjà vécu cette expérience dans le passé, cette proportion s'élève à 29% chez celles âgées de 20 à 24 ans, à 40% chez celles âgées de 25 à 34 ans et à 41% chez celles âgées de 35 ans et plus.
 - les femmes qui ne vivaient pas en couple au moment où elles sont devenues enceintes avaient plus souvent déjà eu recours à l'IVG dans le passé.
 - les femmes qui se présentent pour une deuxième ou troisième IVG ont plus souvent des enfants que les autres : 40% des femmes avec enfants déclarent une IVG dans le passé contre 22% pour celles sans enfant.
 - les femmes n'ayant pas de couverture médicale complémentaire, les femmes nées en Afrique sub-saharienne et celles qui n'ont pas poursuivi leurs études plus de deux ans au-delà du baccalauréat sont plus concernées par le recours multiple à l'IVG. Au contraire, celui-ci est moins fréquent chez les étudiantes.
 - les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG déclarent plus que les autres avoir utilisé une méthode contraceptive au moment où elles se sont trouvées enceintes, mais cette méthode nécessitait plus souvent une prescription médicale (pilule, DIU, implant) et son efficacité était plus élevée que celle des méthodes barrières ou naturelles. Les femmes sub-sahariennes et les femmes sans mutuelle, plus concernées par les IVG répétées et ayant moins souvent une contraception (quel que soit le rang d'IVG), ont cependant un peu plus souvent une contraception médicale à la deuxième ou troisième IVG qu'à la première.
 - 49% des femmes se présentant pour une deuxième IVG n'étaient pas satisfaites de leur contraception (oubli de pilule notamment), contre 34% des femmes pour lesquelles il s'agissait de la première IVG, à l'exception des femmes sub-sahariennes et des femmes sans mutuelle.
 - les femmes qui avaient déjà eu une IVG dans le passé sont aussi nombreuses que les autres à déclarer recevoir une prescription contraceptive après leur dernière IVG, mais il s'agit plus souvent d'une méthode ne nécessitant pas une prise quotidienne.

Ces résultats montrent notamment qu'au-delà des spécificités d'âge et de mode de vie (rajeunissement de l'âge à la première IVG résultant probablement d'une stabilité de l'âge au

premier rapport sexuel et du recul de l'âge au premier enfant, augmentation du nombre de relations affectives et sexuelles ne se prêtant pas à la parentalité), le recours multiple à l'IVG concerne davantage les femmes disposant de moindres ressources socio-économiques, en 1990 comme en 2007.

Ces mêmes femmes se confrontent également plus à des difficultés d'accès à la contraception [33].

Dans le travail de M. Lafaysse [34], 38,8% des femmes recouraient à l'IVG de façon itérative, et de façon statistiquement significative, 32,6% d'entre elles avaient subi des violences de nature psychologique, physique ou sexuelle pendant l'enfance ou l'adolescence.

L'impact de ces évènements passés est complexe (incapacité à poursuivre une contraception régulière efficace, impossibilité d'accepter des examens gynécologiques, d'utiliser un DIU, difficultés à se construire et à se respecter soi-même...), et le lien avec les IVG répétées est difficile à explorer. Toutefois certains auteurs apportent des éléments de réponse.

Isabelle Tamian-Kunegel s'est notamment intéressée à la répétition des IVG dans le cadre d'une étude sur la relation entre l'avortement et le lien maternel. A cette occasion, elle relate le point de vue de Pasini pour qui l'avortement unique est souvent considéré comme un «lapsus contraceptif» ou une «grossesse accidentelle». Il nomme ce type d'avortement, les «avortements conjoncturels», la demande se situant dans le contexte momentané d'une conjoncture psychoaffective et matérielle.

Par contre, pour évoquer les IVG à répétition, Pasini parle d'«avortements structurels». Il suggère que l'on peut retrouver l'origine des demandes répétées d'IVG dans la structure pathologique de la personnalité de ces femmes. Il décrit des femmes immatures sur le plan affectif et sexuel faisant preuve d'impulsivité et d'instabilité émotionnelle. Leur attitude de passivité et d'immaturité dans la gestion de leur fécondité «témoignerait d'une attirance immodérée pour les situations à risques». Pour préciser les situations auxquelles renvoie cette description de personnalité, l'auteur évoque «une enfance perturbée, conflictuelle - certaines ayant vécu des situations traumatisantes dans leur enfance - avec des images parentales plus ou moins défectueuses, voire perverses».

Ainsi, «la grossesse et son refus apparaissent profondément liés à l'histoire personnelle des femmes dans leurs relations aux images parentales ; et dans les cas d'avortements itératifs peut se jouer une étrange attraction pour les situations douloureuses inlassablement répétées». En ce sens, «l'IVG peut être considérée comme une auto agression participant à des conduites d'échecs et à des comportements autopunitifs» [35].

III. Précarité sociale et santé

III.A. Le concept de santé sociale

La dimension du bien-être social est apparue dès la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946, la santé étant définie comme «un état de bien-être physique, mental et social» qui «ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité».

En 1986, la charte d'Ottawa complète cette approche de la santé comme une «ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci», et reprend les conditions nécessaires à la santé : «se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable» (OMS, 1986).

La dimension sociale comme capacité de réalisation ouvre plusieurs travaux quant aux aspects sociaux et sociétaux. Le concept de «santé sociale» alors décrit est celui d'interrelations multiples entre l'individu et son environnement social et des capacités de l'individu à les développer. Ce sont ces capacités qui seront fragilisées lors des différents processus de précarisation.

III.B. Définition de la précarité sociale

La notion de «précarité» ou «précarité sociale», initialement développée et étudiée en sciences sociales, est définie par «une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche» [36]. C'est ainsi une notion subjective et relative, puisqu'elle est définie par rapport à une «situation acceptable» au sein d'une société donnée.

En France, la définition officielle de la précarité est celle établie par J. Wresinski, en 1987 [37] : «La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger

dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible».

Ainsi, la précarité est le résultat d'un enchaînement d'évènements, d'expériences et de ruptures qui conduisent à des situations de fragilisation économique, sociale et familiale [38]. La précarité sociale peut se décliner sous plusieurs formes assez distinctes (financière, relationnelle, du logement, de l'éducation, de la santé, de l'emploi...) mais les interrelations entre celles-ci conduiront à ce qu'une personne frappée par un type de précarité aura plus de risque d'en subir une ou d'autres en raison de sa vulnérabilité.

III.C. Les inégalités sociales de santé

III.C.1. La santé comme droit fondamental

Traditionnellement, la santé était considérée comme relevant du domaine privé plutôt que public. On entendait par santé : «absence de maladie». L'évolution qui a permis de définir la santé comme question sociale a mené à la fondation de l'OMS en 1946. La conception de la santé a alors changé.

Pour l'OMS, la santé se définit comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Le droit fondamental à la santé est ainsi évoqué : «la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale» [36]. La Déclaration universelle des droits de l'homme, ajoute que «toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires».

Ces définitions ont permis d'intégrer à la santé tous les facteurs qui déterminent le bien-être humain, à savoir notamment l'environnement physique et social.

III.C.2. Les déterminants sociaux de la santé

L'OMS définit les déterminants sociaux de la santé comme étant les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie [39].

Ils sont l'une des principales causes d'inégalités de santé au sein de la société et conditionnent notre état de santé.

En France, malgré une importante amélioration de l'état de santé de la population et un système de soin des plus performants, les disparités en termes de qualité de soins sont très nettement marquées, et les progrès de santé accomplis ne profitent pas à tous de manière équitable. L'amélioration de la santé a été plus importante pour les catégories sociales favorisées [40]. Il existe un lien réel entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale [41]. D'autre part il semblerait que l'existence de conditions de vie défavorables au cours de l'enfance engendre des inégalités de santé à l'âge adulte. Dans une étude française datant de 2007 [42], une équipe de l'IRDES a montré que le milieu social d'origine et l'état de santé des parents influent sur l'état de santé des enfants à l'âge adulte. Cette situation défavorable peut cependant être compensée si la personne atteint un niveau d'éducation supérieur à celui de ses parents.

La problématique générale de l'épidémiologie sociale part du constat qu'il existe une différenciation sociale des problèmes de santé, et qu'il doit donc aussi exister, dans ce qui caractérise l'appartenance à une catégorie sociale, des facteurs distribués de façon inégale selon les catégories sociales. Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. Même si les écarts entre la population la plus favorisée et celle la plus défavorisée sont les plus grands, les épidémiologistes ont objectivé des écarts existant pour l'ensemble de la hiérarchie sociale. Dans ce gradient social, les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure [43].

On peut distinguer trois grandes familles de déterminants de l'état de santé d'une population : les facteurs socio-économiques, les comportements et le système de santé.

Le système de santé

En France, la question des déterminants de santé a longtemps uniquement ciblé les soins individuels (dans le cadre de la relation entre le malade et le médecin), orientant le débat sur l'accès aux soins, garanti par les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie.

Plusieurs étapes constituent l'accès aux soins : l'accès théorique (dispositif d'assurance maladie et ses extensions), et l'accès réel aux soins (composé du premier contact avec une structure de soins, définissant l'accès primaire, et la trajectoire complexe qui lui fait suite,

constituant l'accès secondaire). L'absence de barrières à l'accès aux soins, comme c'est le cas dans des régimes assurantiels universels, ne suffit pas à garantir l'égalité des soins. La couverture complémentaire est un élément déterminant de l'accès aux soins. Mais la part laissée à la charge du patient ou à sa complémentaire au cours des 20 dernières années a eu tendance à s'accroître et représente actuellement environ 25 % des dépenses de santé. En 2006, 14 % de la population adulte déclarait avoir renoncé, au moins une fois dans l'année précédant l'enquête, à des soins de santé pour des raisons financières. Il existe aussi des inégalités d'accès aux soins plus spécialisés. Les soins préventifs tendent aussi à être utilisés de façon inégalitaire, même en l'absence de barrière de coût.

Les facteurs socio-économiques

De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants, extérieurs au système de soins et de santé, définissant une approche intersectorielle de la santé, au-delà des seules conséquences du système de soins. La prise en compte des déterminants socio-économiques dans les politiques sanitaires constitue un enjeu essentiel dans la réduction des inégalités sociales de santé. Ces dernières sont décrites par le HCSP comme «systématiques (les différences ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population), socialement construites et donc injustes et modifiables». Les inégalités seront jugées injustes si elles résultent de circonstances indépendantes de la responsabilité des personnes.

Les déterminants socio-économiques impliqués dans la production des inégalités sociales de santé touchent de très nombreux domaines comme l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, les relations sociales, les politiques redistributives à travers la fiscalité et les aides financières directes.

Les comportements

Il est par ailleurs essentiel de distinguer les causes proximales (les comportements des individus) des causes fondamentales (le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements s'insèrent). Le HCSP souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé et du style de vie.

Outre les obstacles financiers, deux éléments influent également sur l'accès aux soins : l'organisation des systèmes de santé et, au niveau individuel, un ensemble de normes, de représentations et de processus relationnels [44].

III.C.3. Le score EPICES

III.C.3.a. Présentation du score EPICES

Les populations précaires sont traditionnellement identifiées selon des critères socio-administratifs. L'article 2 de l'arrêté de 1992 (Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, 1992) avait permis de définir cinq catégories de populations précaires : chômeurs, bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), titulaires d'un contrat emploi solidarité, personnes sans domicile fixe (SDF) et jeunes 16-25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans des processus d'insertion professionnelle. La précarité ainsi définie repose essentiellement sur la situation vis-à-vis de l'emploi. Ces critères socio-administratifs ont été jugés insuffisants pour un repérage plus large des populations en difficultés, comme par exemple la catégorie des travailleurs en situation de pauvreté.

La précarité est en effet une notion globale constituée de multiples critères sociaux et économiques dont certains ne sont pas toujours pris en compte, faisant intervenir des caractéristiques individuelles que les indicateurs collectifs ne permettent pas de cerner avec précision. Cette notion de précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière, mais synthétise un ensemble multifactoriel de situations péjoratives.

C'est pourquoi le score EPICES ou «Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé» a été construit (Annexe 4). Ce score individuel de vulnérabilité sociale a été conçu par les Centres d'examens de santé (CES) agissant pour le compte de l'Assurance Maladie, dans le cadre de leurs actions visant à offrir aux personnes en difficulté un véritable accès aux soins et à la prévention. Il est désormais utilisé dans tous les CES depuis 2002, et prend en compte des caractéristiques socio-économiques et individuelles. Il a en effet été construit sur la base des déterminants matériels et sociaux de la précarité.

Les CES ont été créés suite à l'ordonnance du 19 octobre 1945 (article L321-3 du code de la Sécurité sociale) instaurant les droits de chaque assuré social du régime général de la Sécurité sociale ou de ses ayants droits, soit approximativement 85% de la population française, à bénéficier d'un examen périodique de santé.

Le décompte des CES répartis sur la totalité du territoire français s'avère délicat en raison de la diversité des constructions juridiques, du vocabulaire utilisé pour les désigner... Mais au 1er janvier 2009, l'IGAS [45] estime à 112 le nombre de structures composant le réseau des CES, avec environ 600000 examens périodiques de santé réalisés par an. Le Centre

technique d'appui et de formation des CES (Cetaf) coordonne le réseau. Suite à une publication de l'arrêté ministériel de 1992 (Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé), les centres ont focalisé leur activité sur les personnes en situation de précarité, modifiant leurs méthodes de recrutement puisque la proportion de précaires parmi l'ensemble des consultants a progressé de 10% en 1994 à 29% en 2003.

Le score EPICES a été construit en 1998 par un groupe de travail, constitué des membres des CES, du Cetaf et de l'École de santé publique de Nancy, à partir d'un échantillon de 7208 personnes âgées de 16 à 59 ans, examinées dans 18 CES volontaires. Le questionnaire initial comportait 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité définies par Townsend et Wrezinski : sexe, âge, nationalité, niveau d'études, situation professionnelle, composition du ménage, logement, protection sociale, santé perçue, revenus, loisirs, difficultés financières, insertion sociale, recours aux soins, événements graves vécus avant 18 ans [46][38]. Une analyse factorielle des correspondances a fait ressortir un axe factoriel majeur allant de l'aisance sociale à la situation la plus défavorisée. Cet axe a été interprété comme le reflet du «gradient social lié à la précarité», la position d'une personne sur cet axe constituant un indicateur quantitatif de son niveau de précarité. La régression multiple a ensuite permis de sélectionner un sous-ensemble réduit de 11 questions.

Le score EPICES repose ainsi sur 11 questions binaires Oui/Non et prend en compte le caractère multifactoriel de la précarité. Ces 11 questions expliquent à 90,7% la position d'une personne sur «l'axe précarité» (variance du facteur «précarité»). Chaque réponse aux questions est affectée d'un coefficient correspondant à son poids calculé par la régression multiple : on obtient le score dénommé EPICES en totalisant le poids des réponses à ces 11 questions. Le résultat ainsi obtenu est quantitatif, il varie de 0 (absence de vulnérabilité) à 100 (vulnérabilité maximum), en intégrant les différentes dimensions de la précarité. Ce caractère quantitatif permet une surveillance longitudinale, au niveau individuel comme au niveau des populations.

Une subdivision en quintiles de la distribution du score EPICES a été établie, le quintile 1 regroupant les sujets avec les scores les plus faibles (absence de précarité) et le quintile 5 regroupant les sujets avec les scores les plus élevés (précarité maximum). Les quintiles 4 et 5 sont généralement associés à des Odds ratios (OR) supérieurs à la valeur 2,00. En conséquence, la valeur de 30,17 (niveau de base du quintile 4) peut être utilisée comme seuil de précarité EPICES (les limites de définition des quintiles sont grossièrement : 0 - 7,1 - 16,6 - 30,2 - 48,5 - 100). Le score EPICES est ainsi dichotomisé en «précaires

EPICES» (sujets appartenant aux quintiles 4 et 5) et «non précaires EPICES» (sujets appartenant aux quintiles 1 à 3).

En 2002, le CETAF a eu pour objectif d'évaluer la pertinence du score EPICES pour détecter les individus présentant des problèmes de santé en relation avec la précarité. Il était notamment question de comparer la précarité selon EPICES et la précarité selon l'article 2 de l'arrêté de 1992. L'analyse des «populations discordantes» (populations précaires article 2 et non précaires EPICES, populations précaires EPICES et non précaires article 2) montre que le score EPICES est un meilleur indicateur de précarité et d'inégalités de santé que l'article 2, car il permet d'identifier des populations en situation de difficulté sociale, matérielle et sanitaire échappant aux critères socio-administratifs habituellement utilisés pour la reconnaissance des droits (article 2).

Traditionnellement, les indicateurs de précarité utilisés sont essentiellement des indicateurs «écologiques», c'est à dire qu'ils ont été établis à partir de données agrégées dans des échantillons de population générale (données de recensement le plus souvent, manquant de précision, et sources d'erreurs de classement) [47]. Ils donnent une estimation au niveau de groupes de population auxquels sont rattachés les personnes étudiées, et caractérisent les populations habitant dans des unités géographiques de taille variable : les relations précarité-santé sont alors essentiellement étudiées sur la base de mesures géographiques de défaveur sociale.

Le score EPICES permet donc de mettre en évidence des populations socialement et/ou médicalement fragilisées qui échappent aux critères socio-administratifs habituels [48]. Les intérêts de ce score pour les CES sont multiples :

- mesure quantitative de la précarité,
- détection de la précarité échappant à l'article 2 de l'arrêté de 1992,
- prise en charge et ciblage des populations précaires,
- surveillance longitudinale des populations, étude des processus de précarisation et des déterminants psycho-sociaux des inégalités de santé.

III.C.3.b. Santé et fragilité sociale mesurée par le score EPICES

Des relations quantitatives (score-dépendantes) statistiquement significatives entre le score EPICES et divers indicateurs de santé ont été montrées : le score EPICES est ainsi lié à de multiples indicateurs de mode de vie, d'accès aux soins et de santé, les risques de survenue

de ces évènements augmentant régulièrement du quintile 1 au quintile 5. Les tendances les plus marquées sont observées pour le non-suivi dentaire, le non-suivi gynécologique, la perception négative de la santé, la maigreur chez les hommes, l'obésité et le diabète chez les femmes [48].

Ainsi, une étude réalisée en 2002 au sein du réseau des CES [49] montrait que la fragilité sociale mesurée par le score EPICES apparaissait fortement liée à la perception négative de la santé, avec mise en évidence de relations score-dépendantes. Le score EPICES expliquait 50 à 61% des relations entre le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle et la perception négative de la santé. A l'inverse, niveau d'études et catégorie socioprofessionnelle n'expliquaient que 9 à 18% des relations entre le score EPICES et la santé perçue.

La fragilité sociale mesurée par le score EPICES apparaît alors comme un déterminant majeur des inégalités de santé, indépendant des variables socio-économiques traditionnelles. L'importance de la contribution de la fragilité sociale aux inégalités de santé peut s'expliquer par l'aspect multidimensionnel du score. La catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études, en donnant une description approximative de la situation socio-économique des individus, ne permettent pas à eux-seuls de résumer la position sociale.

Puisque le score EPICES est un meilleur indicateur de précarité et d'inégalités de santé que l'article 2, nous pouvons imaginer que, contrairement au constat basé sur les critères socio-administratifs classiques définissant la précarité, selon lequel les femmes recourent à l'IVG quel que soit le milieu social [21], ce choix d'interrompre une grossesse non prévue pourrait concerner davantage les femmes vulnérables selon EPICES. Ces dernières pourraient appartenir à la population discordante des «précaires EPICES et non précaires article 2».

Le score EPICES a été transposé en milieu hospitalier parmi des sujets atteints de diabète. Une étude monocentrique descriptive publiée en 2009 et menée au CHU de Clermont-Ferrand mettait en évidence une relation quantitative entre le score EPICES, le non-contrôle du diabète et la survenue de microangiopathies [50], démontrant l'intérêt pronostic de cet indicateur dans des populations à haut risque.

De même, dans le cadre des grossesses à risque de pathologies obstétricales ou complications périnatales, une enquête rétrospective publiée en 2009 et menée au CHU Nord de Saint-Etienne auprès de 208 femmes en secteur mère-enfant, montrait que les patientes en situation de précarité (23%) avaient beaucoup plus de pathologies obstétricales avec notamment plus de diabète gestationnel, d'anémie, de risque d'accouchement

prématuré, de pathologies foetales, de complications néonatales, et qu'elles avaient eu plus fréquemment des IVG [51].

D'autres études séparées ont utilisé le score EPICES comme indicateur de précarité : associations avec les troubles psychologiques (anxiété, dépression et perturbations des perspectives temporelles) [52], associations avec les facteurs de risque de cancer [53]... A nouveau, les relations observées étaient cohérentes avec les données de la littérature sur la précarité et les inégalités de santé.

Ces résultats indiquent que la fragilité sociale est un facteur majeur à prendre en compte en clinique comme en recherche épidémiologique dans le champ des inégalités de santé. Le score EPICES devient un outil de santé publique pour comprendre les mécanismes de production des inégalités de santé, notamment pour décrire la chronologie temporelle des processus de précarisation, d'altération de la santé sociale, des problèmes de santé physique et de santé mentale. Les études menées permettent d'avancer des hypothèses sur la plausibilité sociologique des liens de causalité entre les phénomènes sociétaux et l'état sanitaire des populations. Ces résultats pourraient être mis à profit pour planifier et évaluer les politiques publiques de santé conduites dans le cadre de la lutte contre la précarité et les inégalités sociales de santé.

III.C.4. La lutte contre les inégalités de santé

Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) de 1994 [54], à travers les indicateurs de mortalité prématurée, met clairement en évidence les inégalités sociales en matière de santé. Il inscrit alors la réduction de ces inégalités parmi ses priorités. En 1998, le HCSP publie un nouveau rapport concernant «la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé» : les politiques prennent alors conscience des écarts de santé se creusant entre les classes favorisées et défavorisées. L'élaboration de la loi 98-657 du 29 juillet 1998 (loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions) a ainsi permis la création de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Dans le cadre de ces programmes régionaux, les établissements publics hospitaliers mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) destinées à faciliter l'accès des personnes en situation précaire au système hospitalier, ainsi qu'aux réseaux de soins et d'accompagnement social. Ces cellules de prise en charge médico-sociale au sein des hôpitaux publics permettent d'accueillir les personnes en grande précarité, démunies sur le plan social, psychologique, voire sans résidence stable. Elles s'adressent ainsi :

- à des personnes dont la couverture sociale est inexistante ou incomplète, ou des personnes bénéficiant de l'AME,
- aux personnes en rupture de soins, nécessitant un accompagnement et une prise en charge en collaboration avec des structures sociales.

Les PASS jouent également un rôle de prévention et permettent notamment de répondre aux demandes de jeunes femmes démunies concernant la prévention en matière de contraception, d'interruption volontaire de grossesse, ou d'accueil de leurs enfants.

En 2003, une étude commandée par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins montrait que les PASS avaient su s'organiser pour répondre aux objectifs assignés et aux besoins des publics précaires [55].

Dans le rapport du HCSP remis en décembre 2009 aux pouvoirs publics [44], les propositions visaient à :

- «élargir la problématique des inégalités sociales de santé au gradient qui traverse la société dans son ensemble, sans pour autant occulter l'importance des efforts spécifiques en direction des populations en situation de précarité, exclues ou marginalisées ;
- souligner le rôle majeur des déterminants socio-économiques sur la santé, tout en rappelant les enjeux liés à l'impact des évolutions du système de soins sur les inégalités sociales de santé».

Parmi les recommandations formulées, certaines sont en rapport avec les aspects d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique, sur la base d'indicateurs de suivi par catégorie socio-économique, permettant de mesurer les évolutions des inégalités sociales de santé et d'accès aux soins. La mise en place de ce système de surveillance régulier et pertinent au niveau territorial devrait permettre la production annuelle de données statistiques en matière d'inégalités sociales de santé et de suivre le lien entre développement territorial et santé grâce à l'utilisation d'un indicateur de déprivation.

Le HCSP recommande également de mettre en place des politiques publiques visant à réduire les inégalités sociales des déterminants de la santé et leurs conséquences, particulièrement auprès des enfants et des jeunes. Ce caractère proactif du système de santé vise ainsi à limiter l'impact des expositions dans l'enfance aux multiples déterminants sociaux de la santé. Promouvoir les programmes de prévention dès la petite enfance pourrait ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé des individus.

Accroître les efforts en recherche, former les professionnels de santé et les usagers aux déterminants sociaux de la santé, coordonner les travaux de lutte contre les inégalités sociales de santé font aussi partie de ces recommandations [56].

L'utilisation du score EPICES dans l'analyse des inégalités de santé, notamment dans le recours aux soins et à la contraception, semble s'inscrire dans ces objectifs.

IV. Inégalités sociales et contraception

Les inégalités sociales semblent trouver ici leurs explications dans le frein financier, dans les différences d'attentes des femmes, mais aussi dans le comportement des prescripteurs qui varie selon l'appartenance sociale des patientes.

Il y a 35 ans, les femmes les plus âgées, les moins diplômées, les agricultrices et les ouvrières non qualifiées utilisaient moins souvent la contraception que les autres femmes. Elles recouraient notamment plus rarement à la pilule et au DIU [57]. Dans les années 90, on observe une réduction des disparités concernant l'utilisation de la pilule qui se répand dans tous les groupes sociaux, même si l'âge de la femme, sa situation conjugale et le nombre d'enfants reste discriminants, tout comme la situation géographique (agglomération parisienne *versus* villes de province ou zone rurale, en contexte d'inégalité d'offre contraceptive liée à la répartition inhomogène des prescripteurs sur le territoire, notamment des spécialistes) [58]. A cette époque le DIU n'est quant à lui pas encore banalisé, les ouvrières et les femmes les moins diplômées restant de faibles utilisatrices. Il est par ailleurs longtemps resté «réservé» aux femmes de plus de 40 ans et à celles qui avaient déjà atteint le nombre d'enfants souhaités. Des disparités sociales dans le recours au préservatif ont été observées alors qu'il n'en existait pas parmi les femmes en 1978 [57] : des écarts selon le niveau de diplôme se sont accrus et les catégories les plus favorisées socialement, qui ont été les plus réceptives aux campagnes de promotion du préservatif contre les IST et le VIH, l'auraient plus facilement adopté en tant que contraceptif.

En 2000, la catégorie sociale des ouvrières reste en retrait du mouvement global de médicalisation de la contraception, surtout en ce qui concerne l'utilisation du DIU.

Alors que les femmes appartenant à des ménages disposant de faibles revenus et celles qui n'ont pas de couverture complémentaire étaient auparavant moins consommatrices de pilules contraceptives [59], le clivage social pour l'accès à la contraception s'est déplacé ces dernières années vers le type de pilule utilisé. Ainsi, au début des années 2000, les femmes de milieux favorisés se voyaient plus souvent que les autres prescrire les pilules de 3^e génération (alors non remboursées). Aujourd'hui, si des inégalités sociales subsistent, c'est dans l'accès même à la contraception : les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural, sont plus nombreuses que les autres à n'utiliser aucune contraception. Les ouvrières sont 6,5% dans ce cas contre seulement 1,6 % des femmes cadres [60].

En 2010, l'étude FECOND⁶, réalisée auprès de 5275 femmes âgées de 15 à 49 ans et 3373 hommes du même âge (dans le but d'étudier les méthodes contraceptives utilisées de nos jours en France), affirmait que la pilule reste la méthode la plus utilisée mais la proportion de femmes ayant recours à cette contraception diminue. Cette diminution semble s'expliquer par deux phénomènes, le premier étant le recours augmenté aux nouvelles méthodes contraceptives avec notamment l'implant (2,6% des femmes interrogées), l'anneau vaginal (1%) et le patch contraceptif (0,4%). Le second phénomène vient éclairer la baisse d'utilisation de la pilule chez les femmes de 20-24 ans : il semblerait que cette classe d'âge soit particulièrement méfiante quant aux produits médicamenteux d'une part. D'autre part la dégradation de la situation socio-économique de ces femmes, avec une forte augmentation du taux de chômage depuis dix ans, serait à l'origine de la moindre utilisation de la pilule qui représente parfois un budget important. En effet, seules 43% des jeunes femmes en difficulté financière utilisent une contraception 100% remboursée.

On distingue principalement deux catégories de femmes qui n'utiliseraient aucune contraception. En premier lieu, les femmes dans une situation financière difficile de part leur précarité d'emploi ou de vie, qui éprouvent parfois de réelles difficultés à accéder à un suivi gynécologique et à la contraception. En second lieu, les mineures ayant peu voire aucune ressource. Pour éviter de recourir à la sécurité sociale de leurs parents dont elles dépendent, on observe encore fréquemment un recours à la contraception d'urgence, en tant que méthode de contraception régulière. Celle-ci peut être délivrée gratuitement et de façon anonyme aux mineures dans les centres de planification et d'éducation familiale. Rappelons aussi que les mineures d'au moins 15 ans bénéficient désormais d'une contraception remboursée à 100 % (Décret publié au Journal officiel du mercredi 27 mars 2013 à la suite de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013).

Par ailleurs, le type de suivi médical varie selon le milieu social, ce qui conditionne le type de contraception utilisé. Les ouvrières sont 73% à être suivies par un gynécologue pour leur contraception contre 82% des femmes cadres. Les femmes qui consultent un gynécologue utilisent moins souvent la pilule que celles suivies par un généraliste (48% contre 70%) mais ont davantage recours au DIU (26% contre 7%). Les attentes des femmes et les

⁶ L'enquête Fecond a été réalisée par l'Inserm et l'Ined en 2010 afin d'analyser différents enjeux en santé sexuelle et reproductive (contraception, grossesse non prévue, avortement, infertilité, dysfonctions sexuelles) en France. Elle a été conduite auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de la population et a permis d'interroger 5275 femmes et 3373 hommes âgés de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine. Cette enquête a été réalisée par téléphone. L'enquête Fecond de 2010 a été financée par l'Inserm, l'Ined, l'ANR et la DGS. L'enquête a été reconduite en 2013 afin d'analyser l'impact de la crise médiatique de la pilule sur les pratiques et les représentations de la contraception. Le questionnaire a été posé à 4453 femmes et 1587 hommes. Cette nouvelle enquête a été financée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

représentations qu'ont les médecins de leur aptitude à suivre les prescriptions contribuent aux choix des méthodes utilisées [60].

En 2005, le rapport du Samu Social de Paris révèle, au travers d'une étude menée auprès de trente femmes en situation de grande précarité, certaines caractéristiques concernant le contrôle de leur fertilité. Il semblerait que toutes possèdent des connaissances minimales sur l'usage des contraceptifs tels que pilule ou préservatif, qui restent les méthodes préférentiellement utilisées.

La perception des effets potentiellement dissuasifs (effets secondaires somatiques et psychologiques) est la même que celle des femmes dans la population générale.

Les femmes en situation de grande précarité décrivent des contraintes fortes dans l'utilisation régulière et durable d'une contraception, liées à leur mode de vie (univers instable spatialement, désorganisé temporellement, consommation de substances psycho actives et/ou d'alcool...).

Elles disent par ailleurs maîtriser leur fécondité mais semblent avouer un recours relativement fréquent à l'IVG. Elles évoqueront d'ailleurs cet acte en soulignant leur indépendance (voire leur ascendance) vis à vis de leur conjoint, mais ne justifieront aucunement l'IVG en invoquant les conditions de vie ou la qualité de la relation avec le conjoint de l'époque.

Concernant leur désir d'enfant, des éléments similaires à ceux dans la population générale sont retrouvés, mais il existe une dimension plus forte de vouloir rentrer dans une «norme sociale», d'être reconnue socialement, d'échapper à l'exclusion et à la stigmatisation [61].

Même si les inégalités devant la contraception tendent à s'atténuer en France, les difficultés sociales, scolaires et financières ont une influence importante sur les comportements face à la sexualité et à la grossesse : niveau d'éducation, de formation et d'emploi, famille monoparentale avec difficultés financières, accès parfois compliqué au système de santé, origine étrangère... autant de facteurs qui ont un impact déterminant selon l'enquête Cocon [3].

L'étude des pratiques contraceptives les plus récentes, notamment depuis le débat autour des pilules de nouvelles générations, a mis en évidence de nouvelles inégalités sociales de recours à la contraception.

Les femmes sans aucun diplôme ont davantage que les autres délaissé les pilules récentes au profit des méthodes les moins efficaces (dates, retrait), celles qui détiennent un CAP ou un BEP ont opté pour le préservatif, et les plus diplômées (Bac + 4) pour le DIU.

Les femmes cadres (principales utilisatrices des pilules de 3e et 4e génération auparavant) ont compensé la baisse du recours à la pilule en se tournant vers le DIU, et parfois vers des méthodes dites naturelles (dates, retrait) ce qui pourrait être expliqué par le rejet de toute contraception à base d'hormones.

À l'autre extrémité de la hiérarchie sociale, les femmes ouvrières (moins enclines à recourir aux contraceptifs de nouvelle génération initialement) n'ont pas modifié leurs pratiques contraceptives. Les femmes de professions intermédiaires et techniciennes ont délaissé les pilules de 3e et 4e génération pour un recours plus fréquent aux contraceptifs de 2e génération et au préservatif. Les employées se sont tournées vers le préservatif.

Globalement, tandis que les femmes ayant le moins de difficultés financières ont opéré un transfert partiel des nouvelles pilules vers les contraceptifs oraux plus anciens, celles dans une situation financière difficile se sont en partie tournées vers les méthodes dites naturelles. Les catégories sociales les plus précaires ont de fait une couverture contraceptive moins efficace aujourd'hui en raison d'un moindre recours à la pilule et d'une plus grande utilisation de ces méthodes dites naturelles. La hausse de l'utilisation de méthodes moins efficaces (dates, retrait) laisse craindre une augmentation des grossesses non prévues, non pas pour la population dans son ensemble mais pour certains sous-groupes [13].

Ces constats mettent en avant toute l'importance de continuer à informer les femmes sur les moyens d'accès à la contraception dont elles disposent.

Les actions d'information et d'éducation doivent répondre aux besoins spécifiques des populations en situation de précarité, notamment des femmes qui pour diverses raisons (sans domicile, victimes de violence, en situation de dépendance conjugale ou familiale...) éprouvent de grandes difficultés à contrôler leur fécondité, et pour qui l'accès à l'information sur la contraception ou l'éducation à la sexualité ne sont pas une priorité par rapport à l'ensemble des problèmes auxquels elles sont confrontées. En considérant que l'on ne protège que ce qui a de la valeur, alors une mésestime importante de soi, probablement fréquente dans la population des femmes en situation de précarité, pourrait conduire à ce que celles-ci ne se protègent pas.

L'enjeu de la gratuité de l'accès aux méthodes de contraception, un des freins de l'accès aux méthodes les plus efficaces, est donc plus que jamais d'actualité.

V. Information et éducation à la sexualité : les actions et accompagnements spécifiques existants à destination des femmes en situation de précarité

Outre les difficultés d'appropriation de leur vie sexuelle, ces femmes, dont beaucoup sont issues de l'immigration, sont parfois placées dans une situation de dépendance marquée par rapport au conjoint ou à la famille, pour des raisons religieuses et surtout culturelles [62].

Elles peuvent être aussi victimes de violences, et même si ces violences ne sont pas l'apanage des milieux défavorisés, les conséquences sont parfois plus difficiles à gérer pour ces dernières [63]. Parmi les motifs de recours à l'IVG, les violences ont leur importance, qu'il ne faut pas négliger. M. Lafaysse précisait d'ailleurs dans son travail [34], au travers de divers constats et études, que la prévalence des violences parmi les femmes se présentant pour une IVG était plus élevée que chez les autres patientes consultant en gynécologie, et que le fait d'être ou d'avoir été victime de violences aurait des répercussions sur le comportement sexuel et la gestion de la contraception des femmes, rendant plus important le risque de grossesse non prévue. Des études suggèrent l'existence d'un lien entre un passé de violence et le choix fait par les femmes d'avorter.

L'information à la sexualité passe par des interventions sociales plus larges développées dans le cadre associatif, comme la mise à profit de cours d'alphabétisation pour donner une information sur la contraception par exemple. Les EICCF assurent dans le cadre d'une convention nationale avec l'Etat [64] des interventions collectives en direction de populations en difficulté, victimes de dysfonctionnements familiaux ou de violences. La diffusion d'informations et l'organisation «d'actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale» fait partie des missions réglementaires des CPEF qui relèvent de la compétence des départements et de l'engagement des Conseils Généraux. Ce mode de fonctionnement n'est pas satisfaisant et rend ces interventions particulièrement fragiles.

Enfin, dans certains centres de PMI (également de la compétence des départements), les professionnels peuvent entrer en contact avec de jeunes mères ou des femmes enceintes en situation difficile. C'est parfois la seule opportunité, à travers des actions individuelles ou collectives, d'aborder avec elles les questions de contraception, en tenant compte des spécificités sociales, culturelles ou religieuses, et de créer un lien avec les professionnels de la planification.

Le Planning Familial forme des intervenants pour des actions dans les lieux où se trouvent ces populations les plus défavorisées, sur la base d'une convention triennale sur budget de l'Etat de 150 000 euros par an.

Sur le terrain, la mission de l'IGAS a pu constater qu'un travail d'information et d'accès aux différents moyens de contraception existait (à partir d'initiatives locales, de partenariats menés avec le Planning Familial, les centres de planification des hôpitaux, la PMI, ou la CPAM). Ces enquêtes ne permettent ni de généraliser, ni de dresser une évaluation complète et exhaustive des actions menées mais elles présentent un échantillon de ce qu'il est possible de faire à partir d'initiatives diverses et avec des professionnels formés.

L'objectif est de pouvoir poursuivre ces actions au niveau national, en les intégrant dans les programmes régionaux de santé publique et en les réévaluant régulièrement. La mise en place d'une information en direction des hommes est également envisagée [24].

Plus globalement, l'INPES a développé depuis 2007 un plan de communication à destination du grand public pour promouvoir la diversité de l'offre contraceptive avec la campagne «La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit», suivie en 2011 puis en 2013 des campagnes «A chacun sa contraception» et «La contraception qui vous convient existe». Outre l'édition de brochures d'information, cette communication s'articule autour d'un site internet (www.choisirsacontraception.fr) présentant notamment les différents moyens de contraception vers lequel renvoient les différents spots télé ou radio ainsi que les bannières web diffusés lors des différentes campagnes.

VI. Le cas spécifique de la région Aquitaine

VI.A. Etat des lieux

On estime en 2010 à 709 101 le nombre de femmes de 15 à 49 ans en Aquitaine : 79 205 en Dordogne, 345 622 en Gironde, 77 971 dans les Landes, 66 480 dans le Lot-et-Garonne et 139 823 dans les Pyrénées-Atlantiques, contre 14 344 168 en France métropolitaine. Le taux de fécondité (nombre de naissances domiciliées pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans) s'élève à 49,2 pour l'Aquitaine, contre 55,8 pour la France métropolitaine. La part des familles monoparentales en 2009 en Aquitaine est très proche de la moyenne nationale (respectivement 13,3% et 13,7%). Le nombre de demandeurs d'emplois (en milliers) est de 242,6 en Aquitaine contre 4662,4 pour toute la France, et dans les deux cas il s'agit d'une majorité de femmes (respectivement 53,7% et 51%). En 2009, le taux de pauvreté monétaire

(proportion de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté, lequel est ordinairement égal à 60% du niveau de vie médian) en région Aquitaine est globalement proche du taux moyen enregistré en France métropolitaine (12,9 contre 13,5). Il est cependant élevé dans les départements de Dordogne et du Lot-et-Garonne, mais seule la Dordogne a une intensité de pauvreté (écart entre le revenu médian des populations pauvres et le seuil de pauvreté) supérieure à la moyenne nationale. En Aquitaine, 5,7% de la population vit dans un ménage dont l'un des membres perçoit le RSA (6,2% en moyenne en France métropolitaine) [65].

VI.B. Les IVG en Aquitaine

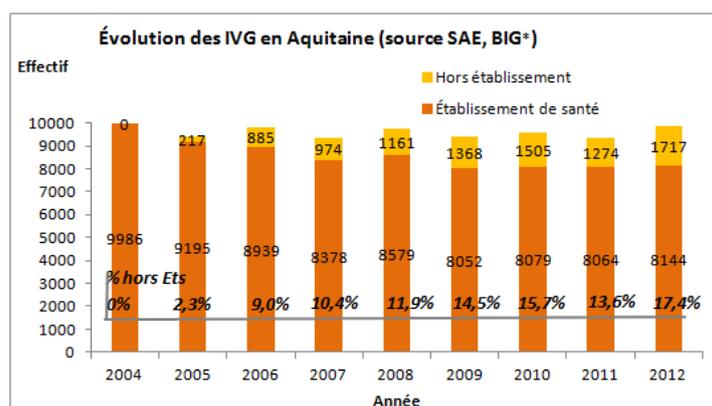
Le groupe de travail IVG/Contraception du Réseau Périnatal Aquitaine (RPA) a établi un état des lieux de l'activité d'orthogénie en Aquitaine sur une période allant de 2004 à 2012, à partir de trois sources d'informations (exploitables au niveau de l'ARS) :

- la SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de Santé), qui recense annuellement les IVG totales, les IVG médicamenteuses, celles réalisées par les médecins de ville, celles réalisées entre les 12^{ème} et 14^{ème} semaines d'aménorrhée, les IVG non prises en charge et enfin, les interruptions médicales de grossesse;
- les Bulletins d'Interruption de Grossesse (BIG) exploités par la DREES, et qui sont à remplir obligatoirement pour chaque IVG pratiquée, quels que soient le lieu et le type d'intervention. Les médecins de ville pratiquant des IVG doivent les faire remonter à l'établissement avec lequel ils sont conventionnés;
- le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) permet d'obtenir des données sur les femmes mineures et sur les femmes domiciliées en Aquitaine et faisant une demande hors région.

Les BIG sont envoyés par les établissements et par les praticiens hors établissement, de manière non exhaustive. On estime que les établissements n'envoient un bulletin BIG que pour environ 80 % des IVG. En revanche, on peut a priori considérer que les praticiens hors établissement envoient plus souvent leurs bulletins.

En 2012, on dénombre au total 9861 IVG réalisées en Aquitaine, contre 9986 en 2004.

Parallèlement à cette stabilité, la part des IVG réalisées hors établissement de santé est quant à elle en régulière augmentation, passant de 2,3% en 2005 à 17,4% en 2012.

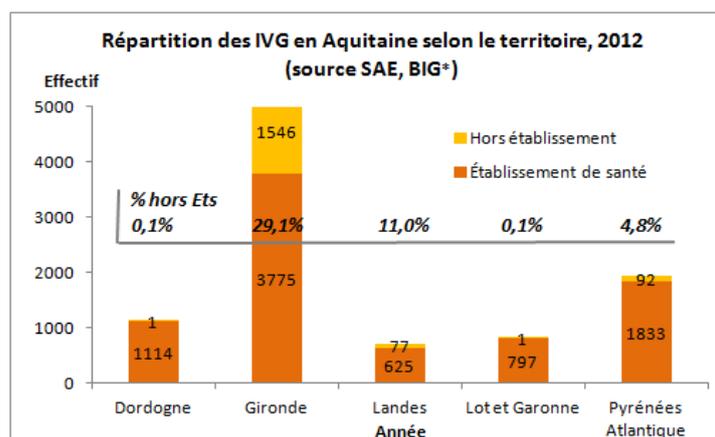


* Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), bulletins d'Interruption de Grossesse (BIG)

Figure 2 : Evolution des IVG en Aquitaine (source SAE, BIG) entre 2004 et 2012

Cette pratique n'est cependant pas la même dans tous les territoires : alors qu'en Gironde, 29,1% des IVG sont pratiquées hors établissement de santé, ce chiffre est seulement de 11,0% et 4,8% respectivement dans les Landes et les Pyrénées Atlantiques. Le dispositif n'est pas encore mis en place en Lot-et-Garonne et en Dordogne. En 2011, les IVG hors établissement en France concernaient 14% des IVG totales [22].

En 2012, environ 1 IVG sur 2 (54%) est réalisée en Gironde. Le département des Pyrénées-Atlantiques occupe la deuxième place avec 19,5% des IVG, suivi de la Dordogne (11,3%), du Lot-et-Garonne (8,1%) et enfin des Landes (7,1%).



* Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE), bulletins d'Interruption de Grossesse (BIG)

Figure 3 : Répartition des IVG en Aquitaine, 2012 (source SAE, BIG)

En 2012, 5,3% des IVG concernent des mineures sur la région Aquitaine (6,2% pour les IVG en établissement de santé, 1,3% pour les IVG hors établissement de santé). En Dordogne et dans les Landes, de 6,1 à 7,1% des IVG concernaient des mineures, alors qu'en Gironde,

dans les Pyrénées-Atlantiques et en Lot-et-Garonne, les mineures n'ont été concernées que par 4,9 à 5,1% des IVG.

En France en 2010, les mineures représentaient 5,5% des femmes ayant eu une IVG [66].

Concernant le terme de la grossesse, 832 IVG auraient été réalisées à 12 SA ou plus en 2012, soit 9,9% des IVG en Aquitaine. Ce pourcentage est a priori très différent selon les territoires (de 2,4% en Lot et Garonne à 12,9% en Gironde).

La répartition des IVG entre secteur public et privé a été estimée par le RPA d'après les données SAE pour l'année 2012. Environ 86% des IVG seraient pratiquées en secteur public contre 14% en secteur privé. D'après les données PMSI, 96,4% des IVG pour un terme compris entre 12 et 14 SA sont réalisées en secteur public contre 3,6% en secteur privé.

L'étude des IVG selon les tranches d'âge montre une répartition entre départements suivant le schéma régional. Pour les moins de 20 ans (14,5% des IVG en 2012) comme pour les plus de 35 ans (19,3% des IVG en 2012), c'est en Gironde que sont pratiquées la majorité des IVG (respectivement 50,9% et 42,7%), puis dans les Pyrénées-Atlantiques (18,4% et 25,2%), en Dordogne (13,9% et 14,5%), en Lot-et-Garonne (9% et 10,1%) et enfin dans les Landes (7,8% et 7,5%).

La DREES a quant à elle réalisé des estimations du nombre d'IVG de l'ensemble des régions de France à partir de trois sources de données (SAE, PMSI et données de la Cnamts concernant les remboursements d'IVG médicamenteuses réalisées par les médecins de ville). Selon ces estimations, 10297 IVG ont été réalisées en Aquitaine en 2012, dont :

- 8164 en établissement hospitalier (79,3%),
- 372 en centres de santé, établissements de PMI et de planification familiale (3,6%)
- 1761 en ville (17,1%).

Il s'agit de 14,5% femmes de 15 à 49 ans et de 9,5% femmes mineures de 15 à 17 ans.

D'après la SAE 2012 [19], on constatait en Aquitaine :

- moins de 1% d'IVG non prises en charge déclarées par les établissements de santé (cela pouvant recouvrir des réalités différentes : non exercice de l'IVG de manière permanente par l'établissement, ou non exercice de manière ponctuelle dans le cadre d'une période de congés, saturation conjoncturelle des capacités d'offre... mais les refus des établissements ne sont pas tous nécessairement renseignés par ailleurs),
- seulement 25% des établissements publics et privés de santé pratiquant l'IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse (à considérer avec prudence : il peut en effet arriver qu'un

établissement n'ait pas observé de demande d'IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse car ces dernières sont dirigées vers les établissements plus importants, ou qu'un établissement puisse accepter de pratiquer ce type d'IVG sous certaines conditions, comme la disponibilité des médecins ou des places dans le service...),

- une augmentation de 6% du nombre d'IVG pratiquées en établissement de santé entre 2000 et 2011,
- 19% d'IVG médicamenteuses réalisées en ville en 2011. La prise en charge des IVG médicamenteuses hors établissements de santé s'est particulièrement développée en région Aquitaine, mais d'autres régions ne sont quasiment pas concernées par ce phénomène, offrant à celui-ci une répartition très hétérogène sur le territoire.

Devant les difficultés constatées pour accéder à une IVG (manque d'information, problèmes d'orientation...), des permanences téléphoniques «Contraception-IVG» ont été mises en place par l'ARS Aquitaine. Elles visent à informer le public en réponse à toute question sur la sexualité, la contraception et l'IVG, à aider aux démarches et à l'orientation des femmes souhaitant accéder à une contraception et à une IVG, ainsi qu'à proposer une écoute anonyme au coût d'un appel local par des Conseillères Conjugales et Familiales. En Aquitaine, la ligne a été confiée au Planning Familial depuis le 15 novembre 2012.

VII. Le Réseau Périnat Aquitaine

Le Réseau Périnat Aquitaine (RPA)⁷ a été constitué lors de l'assemblée générale constitutive du 22 juin 2001, sous statut conventionnel, sans être ainsi doté, dans un premier temps, de la personnalité morale.

Dès sa constitution initiale sous la forme d'un réseau régional inter établissements, les membres fondateurs du Réseau ont affiché la vocation de celui-ci à associer, lors de la mise en œuvre d'un statut juridique autonome, des professionnels de santé libéraux, des institutions sociales et médico-sociales et d'autres organismes, avec l'objectif d'une représentativité la plus grande et la plus juste possible de l'ensemble des professionnels en périnatalité de la région Aquitaine, dans un esprit de solidarité et de partage, sans hiérarchie, autour de l'intérêt des mères et des nouveau-nés.

⁷ www.reseauperinat-aquitaine.fr

Au travers du développement du Réseau Périnat Aquitaine, l'objectif des membres a constamment été d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés et d'assurer une égale accessibilité à une offre de soins mieux connue et décloisonnée.

Le réseau, en organisant la coordination et les relais nécessaires entre les professionnels des différents champs médicaux, sociaux, médico-sociaux et psychologiques, tout au long du suivi et de la prise en charge de la grossesse, entend favoriser la continuité et la cohérence du parcours de la mère et de l'enfant. Il doit permettre ainsi l'optimisation des prises en charge.

A terme, le but poursuivi est de favoriser la diminution de :

- la mortalité et morbidité maternelle et infantile,
- l'incidence de la prématurité,
- l'incidence du handicap chez les enfants.

Le Réseau Périnat Aquitaine s'inscrit, pour ce faire, dans les orientations de prise de charge et de soins définies par le plan de périnatalité et le cahier des charges national des réseaux de soins en périnatalité (Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux en périnatalité).

Le réseau est financé par le «Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins» (FIQCS), accordé par une décision de l'ARS.

Compte tenu des objectifs du réseau, les membres ont souhaité structurer ce réseau afin qu'il ait une personnalité juridique propre permettant notamment :

- la représentativité de toutes les professions agissant dans le domaine de la périnatalité autour des femmes enceintes et des nouveau-nés
- une gestion autonome et indépendante des moyens financiers du réseau,
- une plus grande souplesse dans la mise en œuvre d'actions de formation pour les professionnels de santé concernés en Aquitaine par la périnatalité,
- une possibilité de rémunérer la participation des professionnels de santé libéraux aux actions du réseau (participation à des groupes de travail, suivi de formations...).

Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de droit public a été constitué en mai 2007. Pour la meilleure application du plan comptable de gestion du FIQCS dans le cadre d'un réseau de santé, à la demande de l'ARS, la structure juridique du réseau devient association loi 1901 en 2012.

L'équipe de coordination se compose :

- d'un pédiatre coordinateur à temps plein
- d'un obstétricien à mi-temps
- d'un médecin de santé publique à 40% du temps
- d'une secrétaire assistante administrative à temps plein
- une puéricultrice et deux sage-femmes ayant passé une convention avec le RPA, et exerçant à temps plein au SAMU 33.

L'association a notamment pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge dans le domaine de la périnatalité et spécialement de :

- favoriser une prise en charge globale et optimale des femmes enceintes et des nouveau-nés (dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi et prise en charge psychosociale en lien avec les services sociaux et médico-sociaux de proximité)
- favoriser les conditions d'une grossesse souhaitée et acceptée par l'accès à la contraception et à l'IVG
- favoriser une prise en charge continue et graduée intégrant les établissements et les professionnels de santé, les institutions sociales et médico-sociales concernées, quel que soit le lieu de prise en charge
- favoriser le recours à un niveau de soins adapté en fonction du risque ou de la pathologie de la mère et ou de l'enfant
- favoriser le dépistage puis le suivi des nouveau-nés à risque de handicap
- favoriser les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des patients, indépendamment des modes d'exercice
- favoriser les soins de proximité au sein des territoires de santé
- informer et accompagner les futurs parents, favoriser l'aide à la parentalité
- promouvoir le principe d'amélioration de la qualité des soins
- assurer des formations interdisciplinaires et transversales pour l'ensemble des professionnels impliqués
- organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques) selon les règles déontologiques applicables
- harmoniser les pratiques professionnelles à partir de consensus nationaux et régionaux
- évaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau
- recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité
- favoriser et accompagner le développement des coordinations de soins territoriales

À cet effet, son aire géographique est la région Aquitaine, et couvre en conséquence les départements de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques.

Ses missions s'inscrivent dans le cadre des objectifs fixés par le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Projet Régional de Santé d'Aquitaine et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'ARS.

Le Réseau Périnat Aquitaine offre un espace de travail, de partage et de réflexion, ouvert à tous les professionnels de santé de la périnatalité. Des groupes, constitués autour de thèmes choisis, permettent la vie du réseau et la réalisation de projets concrets adaptés aux besoins du terrain, comme des référentiels et des protocoles, des formations, des revues de dossiers, de l'enseignement... Ils sont constitués de médecins (obstétriciens, gynécologues, pédiatres, anesthésistes, psychiatres), de sages-femmes, de puéricultrices, d'infirmières, de psychologues, d'assistantes sociales... qui se réunissent régulièrement. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu, diffusé à tous les professionnels du réseau. Le suivi des groupes de travail est assuré par l'équipe de coordination du RPA.

Le groupe de travail multidisciplinaire et multi-institutionnel «IVG/Contraception» a été créé par la Commission Régionale de la Naissance (CRN) le 26 Avril 2006 sur demande des usagers représentés par le Planning Familial.

Ce groupe, devenu réellement actif lors d'une rencontre inaugurale en septembre 2007 dans les locaux de la DDASS 47, a ensuite demandé et obtenu en 2008 son affiliation au Réseau Périnat Aquitaine (RPA). En 2010, suite à la réforme de l'Etat qui a dissous la CRN, le groupe de travail a intégré pleinement le RPA, ce qui lui assure une pérennisation et une labellisation.

L'un des principaux objectifs de ce groupe de travail est d'établir un état des lieux régional des pratiques en orthogénie à l'aide d'indicateurs pertinents de l'activité d'orthogénie, afin de dégager des axes d'amélioration spécifiques en direction des professionnels (établissements ou centres de santé, centres hospitaliers, services de PMI, centres de Planification, médecins de ville volontaires ayant signé une convention avec un centre référent adhérent du réseau)

Le premier constat a été l'âge moyen des praticiens de l'IVG en Aquitaine retrouvé à 54 ans. Ceci a conduit le groupe à promouvoir le Diplôme Universitaire sur la régulation des naissances et le suivi de la femme, organisé par le Professeur C. HOCKE, de manière à susciter des vocations et ainsi répondre à la diminution redoutée des professionnels

concernés tant au niveau régional que dans le centre d'orthogénie du CHU. Ce diplôme est destiné aux médecins ainsi qu'aux sages-femmes.

Un autre constat a été la mise en évidence de dysfonctionnements concernant la prise en charge des usagers en demande d'IVG, sur le délai d'attente (< 5 jours ouvrables), les termes tardifs (12/14 SA), les mineures et les IVG itératives, ce qui a conduit le groupe à se saisir de l'opportunité de la décision nationale de pratiquer une inspection par les DRASS et DDASS de tous les centres pratiquant des IVG en Aquitaine. Cette inspection, terminée et restituée dans les départements du Lot et Garonne et de la Dordogne, ainsi qu'au niveau régional, a permis une amélioration sensible de l'accessibilité et de la prise en charge des patientes et des couples en demande d'IVG, par une sensibilisation appropriée relayée localement.

Un autre objectif était d'améliorer la compréhension du phénomène IVG de manière à élaborer une culture régionale commune et proposer des axes de prévention. A cette fin, deux enquêtes régionales, prospectives multicentriques, ont été élaborées et réalisées concernant les IVG à répétition en 2009, et les IVG chez les mineures en 2010.

Le groupe a également pris l'initiative d'organiser régulièrement des journées régionales d'échanges de pratiques en régulation des naissances.

METHODE

I. Objectifs

I.A. Hypothèse

Une situation de précarité affecte les conditions d'accès aux soins. Cela confronterait certaines femmes vulnérables, demandeuses d'IVG, à un parcours de soins difficile (difficultés d'accès aux soins, au suivi, à la contraception, antécédents de grossesses non prévues, d'IVG tardives...). L'utilisation du score EPICES permettrait d'établir une relation quantitative pertinente, statistiquement significative, entre la vulnérabilité et les conditions d'accès et de recours à une IVG : les femmes consultant pour une IVG, et reconnues comme précaires grâce au score EPICES, seraient exposées à une plus grande difficulté d'accès aux soins, en particulier la contraception, et à la répétition des IVG.

I.B. Objectif principal

Décrire les caractéristiques sociodémographiques, le parcours de soins concernant la contraception et l'IVG, et le degré de vulnérabilité sociale au sein d'une population de femmes recourant à une IVG en Aquitaine.

I.C. Objectifs secondaires

- Rechercher l'existence d'un parcours de soins difficile
- Décrire l'exposition à des situations et/ou conduites à risque
- Comparer les caractéristiques de la population des patientes vulnérables à celles de la population des patientes non vulnérables, la vulnérabilité étant déterminée par le score EPICES
- Décrire les IVG tardives

II. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, multicentrique, réalisée au moyen d'un questionnaire anonyme auto-administré, auprès des demandeuses d'IVG dans les centres d'interruption volontaires de grossesse et les centres de planification et d'éducation familiale d'Aquitaine (zone de précarité modérée), pendant 3 mois en 2014.

III. Population étudiée

III.A. Critères d'inclusion

Ce travail s'intéressait à toutes les femmes se présentant pour une IVG dans les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale), CIVG (Centres d'Interruption Volontaire de Grossesse) et Centres Hospitaliers d'Aquitaine entre le lundi 10 février et le samedi 31 mai 2014, ainsi que toutes les femmes majeures réalisant une IVG en ville par l'intermédiaire d'un médecin ayant passé une convention avec un des centres précédemment cités.

L'étude portait ainsi sur les femmes ayant accepté de répondre au questionnaire distribué de manière exhaustive sur une période de 3 mois. Toutes les IVG étaient concernées, qu'elles aient eu lieu en ville ou en établissement de santé public ou privé, réalisées par voie chirurgicale ou médicamenteuse, quel que soit le terme de la grossesse. Depuis juillet 2001, l'autorisation parentale n'est plus indispensable pour qu'une adolescente mineure puisse interrompre une grossesse pour autant qu'elle se situe dans les délais prescrits par la loi et qu'elle soit accompagnée par une personne adulte responsable lui servant de caution morale.

III.B. Critère d'exclusion

Les femmes réalisant des Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) étaient exclues du champ de l'enquête.

IV. Période de l'étude et nombre de patientes à inclure

Nous avons besoin de travailler sur un échantillon dont la taille nous permette de comparer les patientes vulnérables ou non avec suffisamment de puissance. Ainsi, considérant qu'on notait dans la littérature un pourcentage de femmes vulnérables dans la population de 20 à 40% selon les études et le type de population, et que les pourcentages des items à comparer entre la population vulnérable et non vulnérable variaient de 10 à 50%, la taille de la population nécessaire pour observer statistiquement une différence d'au moins 10% était de 700 femmes. Le taux de réponses observé dans ce type d'enquête varie autour de 30%. Le nombre total d'IVG en Aquitaine pour l'année 2014 est estimé à partir des données de l'ARS pour 2012, soit 9800. Nous pouvions donc obtenir 30% de réponses pour une année, soit 2940 réponses, donc 735 en trois mois. La faisabilité d'un recueil durant trois mois était acceptable dans les délais impartis pour notre étude, afin de mobiliser les centres, les praticiens et les équipes concernées.

V. Recueil de données

V.A. Elaboration du questionnaire

Nous avons initialement élaboré un auto questionnaire qui, après corrections en collaboration avec le groupe IVG/Contraception, a été validé par ce dernier lors de la visioconférence du 4 février 2014.

Il devait être simple pour être compris du plus grand nombre, et aussi court que possible afin d'obtenir le meilleur taux de participation des femmes. Il a donc été décidé de proposer un maximum de questions à choix multiples pour faciliter le remplissage, tout en laissant parfois une catégorie « autre » pour celles qui souhaitaient s'exprimer. Pour la simplification de la distribution et du recueil, le questionnaire devait être limité à une page recto verso, précédée d'une lettre d'information, estampillée des logos et du double en-tête RPA/ARS.

Le questionnaire final (Annexe 3) est structuré à la façon d'un dossier médical, en mélangeant les items du score EPICES aux autres questions afin que les patientes ne se sentent pas soumises à un test spécifique dédié à les catégoriser socialement, alors qu'elles se trouvent à ce moment précis dans une situation de vulnérabilité affective.

Il s'agit d'un auto questionnaire anonyme à 33 items :

- mesure de la vulnérabilité à travers une définition multifactorielle proposée par le score EPICES : 11 questions binaires (oui/non) réparties au sein des items 4, 6, 24, 25, 26, 27, 28, 29, et permettant de déterminer le degré de précarité. Lorsque la patiente répondait «oui» à la question, un coefficient négatif (variable en fonction des items) était affecté à la réponse. Si elle répondait «non», le coefficient affecté était égal à 0. On ajoutait ensuite par définition la constante 75,14 au total : le score ainsi obtenu était donc quantitatif, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée). **Une situation de précarité était définie lorsque le score EPICES était supérieur ou égal à 30,17** [47].
- conditions d'IVG et parcours de soins de la population étudiée : 25 questions qui abordent les critères sociodémographiques, les caractéristiques médicales, les antécédents obstétricaux, les conditions de la démarche d'IVG, les pratiques contraceptives, les connaissances sur la contraception et enfin la recherche de conduites à risque marquant la grossesse en cours (sorties fréquentes, alcool, drogues, partenaires multiples, situation conflictuelle avec le partenaire, violence physique ou psychique...).

Le détail des variables recueillies et des variables construites est développé dans le paragraphe «Traitement des données» (VII).

V.B. Déroulement de l'étude

L'enquête s'est déroulée dans tous les départements d'Aquitaine : Dordogne, Gironde, Landes, Lot et Garonne, Pyrénées atlantiques.

Un courrier officiel co-signé par le RPA et l'ARS ainsi qu'une copie du questionnaire ont été adressés par le RPA aux directeurs de chaque établissement de santé ainsi qu'aux responsables des différents CIVG et CPEF participant à l'enquête. Les directeurs devaient transmettre le questionnaire aux professionnels de santé libéraux pratiquant des IVG en ville, et ayant passé une convention avec l'établissement de santé.

Les questionnaires, précédés d'une lettre d'information destinée à la patiente (Annexe 2) devaient être imprimés par chaque centre, si possible recto/verso.

Une affiche de sensibilisation (Annexe 1) sur l'existence, la durée et l'intérêt de cette étude devait être présentée dans chaque salle d'attente.

Les questionnaires étaient proposés par le 1^{er} professionnel de santé (secrétaire, infirmière, sage femme, médecin, conseillère conjugale, assistante sociale...) qui prenait en charge les patientes le jour de la réalisation de l'IVG. Ils étaient distribués à toutes les patientes.

Ces dernières étaient assurées que leur identité et leurs réponses resteraient confidentielles et que leur décision de participer ou non à l'enquête n'affecterait en aucune façon les soins qui leur seraient prodigués par la suite.

Le professionnel ayant distribué le questionnaire s'assurait que la patiente puisse le remplir en toute sérénité, soit en salle d'attente soit dans un bureau mis à sa disposition, avec l'aide d'un soignant si elle en exprimait le besoin.

Les questionnaires (remplis ou non) étaient ensuite théoriquement recueillis le jour même dans une boîte prévue à cet effet, que la patiente ait décidé de participer ou non. Un recueil le jour même devait permettre d'éviter les pertes, d'optimiser le nombre de retour des questionnaires et d'harmoniser la procédure de recueil.

Ils étaient ensuite envoyés périodiquement au secrétariat du RPA, à l'Hôpital Pellegrin, dans de grandes enveloppes cachetées anonymes (sans logo, format A4) tous les 8 à 15 jours.

VI. Aspects éthiques et réglementaires, confidentialité

Les conditions de garantie de l'anonymat étaient respectées tant au niveau individuel qu'au niveau des centres.

Les professionnels de santé sont soumis au secret médical.

Il s'agissait d'auto questionnaires «anonymisés» avec consentement éclairé, dans le respect de la confidentialité et de l'intimité de la patiente.

Nul ne savait si la patiente avait décidé de participer ou non, car chacune glissait le questionnaire rempli ou non, dans la boîte prévue à cet effet.

Les questionnaires étaient transférés toutes les 1 à 2 semaines au secrétariat du RPA, dans une grande enveloppe cachetée, et ainsi exploités dans un lieux différent du lieu de recueil.

Leur provenance n'était identifiable qu'en terme de département d'origine et non pas de centre ce qui permettait de garantir l'anonymat dans les centres avec un échantillon de faible taille. Aucune information ne permettant d'identifier la patiente de quelque manière que ce soit n'était notifiée. La levée de l'anonymat n'était possible en aucun cas.

VII. Traitement des données

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectifs, de moyenne, de médiane, de pourcentage.

Le logiciel EXCEL® a été utilisé pour la saisie des données.

La comparaison entre les caractéristiques des deux groupes selon le score EPICES (p+ précaires $\geq 30,17$ et p- non précaires $< 30,17$) a été réalisée grâce à l'utilisation de tests de comparaison de pourcentages (test du χ^2) et de moyennes (Test de Student). Les différences étaient considérées comme statistiquement significatives lorsque p était inférieur à 0,05.

L'index de précarité EPICES a permis d'évaluer la vulnérabilité sociale au sein d'une cohorte de 874 femmes en demande d'IVG. La relation précarité et parcours de soins menant à l'IVG a été analysée, afin de comparer les caractéristiques des femmes appartenant au groupe «précaire» à celles des femmes appartenant au groupe «non précaire».

Les variables étudiées sont à la fois les réponses des femmes aux questionnaires (variables recueillies) et les variables que nous avons construites en fonction des précédentes (variables construites).

VII.A. Variables recueillies

Il s'agit des variables issues directement de la saisie des questionnaires :

- caractéristiques sociodémographiques des patientes (département de domicile, couple, activité professionnelle, complémentaire)
- parcours de soins «contraception» (antécédents médicaux, suivi gynécologique, antécédent(s) d'IVG, antécédent de contraception)
- parcours de soins «IVG» (qui contacter, aide dans l'orientation, premier professionnel contacté, autres professionnels rencontrés, type d'IVG réalisée, contraception dans le mois où la grossesse a débuté, raisons de l'absence de contraception, changement de méthode contraceptive dans les 6 mois précédents, utilisation de la contraception d'urgence, raisons de non recours à la contraception d'urgence)
- exposition à des conduites et/ou situations à risque (risques pour la santé, partenaires multiples, conflit avec le partenaire, violences)

VII.B. Variables construites

- Score EPICES

Rappelons que la vulnérabilité mesurée par le score EPICES était définie pour une valeur seuil de 30,17 (niveau de base du quintile 4) [47].

- Age des patientes le jour de l'IVG

Nous avons construit 4 tranches d'âge : moins de 20 ans, de 20 à 24 ans, de 25 à 34 ans, 35 ans et plus. Afin d'analyser le recours à l'IVG chez les femmes âgées de 35 ans et plus, nous avons découpé à nouveau la population étudiée en 2 classes d'âge : moins de 35 ans, 35 ans et plus.

- Départements de domicile

Les patientes provenant d'un département n'appartenant pas à la région Aquitaine ont été rassemblées dans le groupe «autre».

- Activité professionnelle

Afin d'analyser le recours à l'IVG chez les femmes se trouvant au chômage, nous avons créé deux groupes : emploi ou autre, chômage.

- Nombre d'enfants

Nous avons regroupés les femmes qui déclaraient avoir au moins un enfant (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10 enfants), afin d'obtenir deux groupes : avec enfant(s), sans enfant.

- Antécédent(s) d'IVG

A partir des âges déclarés de recours passé à l'IVG, nous avons estimé le nombre d'IVG déjà réalisées : 1, 2, 3, 4, 6. Nous avons donc considéré qu'il s'agissait d'une première IVG lorsque la patiente déclarait ne jamais avoir réalisé d'IVG auparavant.

- Age gestationnel

A partir du terme déclaré de la grossesse au moment de l'IVG, nous avons établi 3 groupes : 7 SA ou moins, de 7 à 12 SA, 12 SA ou plus.

- Aide dans l'orientation

Un groupe «combinaisons» a été créé, en raison des cas de réponses multiples à la question de l'aide dans l'orientation.

La tranche d'âge 25-34 ans était la plus représentée pour chaque type d'aide dans l'orientation, sauf lorsqu'il s'agissait d'un membre de la famille. Nous avons donc fait une description de la population bénéficiant de cette aide selon les tranches d'âge.

- Délais de prise en charge

Pour le délai entre la décision d'interrompre la grossesse et le premier appel téléphonique, nous avons arbitrairement choisi le seuil de 5 jours pour construire 2 groupes : 5 jours ou moins, plus de 5 jours.

Pour le délai entre le premier appel téléphonique et le premier rendez-vous, nous nous sommes basés sur les recommandations de l'HAS établissant ce délai à 5 jours ou moins ouvrables. Les réponses étaient ainsi classées en 2 groupes : 5 jours ou moins, plus de 5 jours.

Pour le délai entre le premier rendez-vous et le jour de l'IVG, nous avons choisi le seuil de 7 jours, correspondant au délai légal de réflexion, considérant que ce premier rendez-vous était l'entretien durant lequel la patiente se voyait remettre l'attestation de consultation médicale. Nous obtenions là aussi 2 groupes : 7 jours ou moins, plus de 7 jours.

- Autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG

Nous avons appelé «professionnel IVG» une personne rencontrée par la patiente, représentant un professionnel «incontournable» dans la démarche et/ou ayant la possibilité d'agir directement dans la réalisation de l'IVG (sage-femme, gynécologue, médecin généraliste, médecin).

- Facilité de la démarche

Les réponses «très facile» et «plutôt facile» ont été rassemblées en un groupe, s'opposant au groupe «difficile».

- Type d'IVG réalisée

Pour les IVG médicamenteuses, le secteur public comprenait les CPEF et l'hôpital. Le secteur privé incluait les cabinets de ville et les cliniques. Pour les IVG chirurgicales, le secteur public était représenté par l'hôpital, le secteur privé par les cliniques. Les IVG hors établissement de santé étaient réalisées en cabinet ou en CPEF.

- Parcours de soins difficile

Nous avons fait ressortir du questionnaire les 7 items dont la réponse fournie par la patiente détermine l'existence ou non d'un obstacle dans le parcours de soins global :

- Q9 : «non» = pas de suivi gynécologique régulier
- Q11 : «oui» = antécédent d'IVG
- Q12 : «non» = ne savait pas où aller, ni qui contacter
- Q13 : «personne» = n'a été aidée de personne
- Q17 : «difficile» = difficulté à trouver une place
- Q19 : «non» = n'a jamais utilisé de contraception
- Q23 : «non» = n'a pas utilisé la contraception d'urgence pour la grossesse actuelle

A chacune de ces questions (9,11, 12, 13, 17, 19 et 23), nous avons attribué la valeur de 1 si la patiente fournissait la réponse présentée ci-dessus, et 0 dans le cas contraire. La somme des valeurs obtenues à chacune de ces 7 questions nous a permis de définir un score de parcours de soins global pour chaque patiente, allant de 0 (absence totale de critère de difficulté dans le parcours de soins global) à 7 (7 critères de difficulté).

Pour définir ensuite la notion de «parcours de soins difficile», nous avons choisi la valeur seuil de 3, considérant qu'avoir plus de 2 critères est déjà une accumulation de difficultés de prise en charge. Ainsi, à partir de 3 critères de difficulté, nous considérons que le parcours de soins de la patiente était «difficile». Strictement en dessous de 3, le parcours de soins était «facile».

- Risques et violences

Certaines patientes ont précisé la nature des violences qu'elles ont subies. Nous avons ainsi décrit 3 types de violences directement d'après les réponses fournies par les femmes : physiques, psychiques, les deux. Bien sûr les groupes physiques et psychiques ne sont normalement pas strictement distincts l'un de l'autre.

Afin d'obtenir un gradient d'exposition à des conduites et/ou situations à risque, nous avons établi une somme des risques allant de 0 à 4 (0 = la patiente a répondu «non» à chacune des 4 questions; 1 = la patiente a répondu «oui» à l'une des 4 questions; etc...).

Nous avons ensuite classé les réponses en 2 groupes (risque et absence de risque) en considérant qu'une patiente était exposée à des conduites et/ou situations à risque, lorsque son score était supérieur ou égal à 1.

RESULTATS

I. Nombre de questionnaires traités et nombre de questionnaires exploités

Nous avons recueilli 903 questionnaires entre le lundi 10 février et le samedi 31 mai 2014. Cette période tenait compte du temps nécessaire à la mise en place de l'enquête dans les centres d'IVG et des vacances scolaires, afin d'obtenir une durée d'étude de trois mois. Parmi ces 903 questionnaires, 29 n'ont pu être analysés : 2 étaient sans réponses, et 27 comportaient des réponses partielles pour les items du score EPICES. Ainsi 874 patientes ont été incluses.

Nous avons pu estimer des taux de participation et de réponses exploitables à partir des 9861 IVG réalisées en Aquitaine sur des femmes majeures en 2012 ($9861/4 = 2465$ réponses attendues pour une période de 3 mois). Les 903 questionnaires recueillis et les 874 questionnaires exploitables ont permis d'estimer un taux de participation d'environ 37% ainsi qu'un taux de réponses exploitables de 97%.

II. Analyse descriptive de la population étudiée

Sur l'échantillon analysable de 874 patientes, 427 (48,9%) avaient un score EPICES supérieur ou égal à 30,17 et constituaient la population précaire de notre étude.

Dans chacun des paragraphes, nous présentons successivement un tableau de résultats détaillant l'ensemble des données, puis la description des résultats pour la totalité de l'échantillon et la description des résultats comparés pour les deux groupes «précaire» et «non précaire».

II.A. Caractéristiques sociodémographiques des patientes recourant à l'IVG

Les caractéristiques sociodémographiques des patientes sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p**
	n	%	n	%	n	%	
Age							
< 20 ans	55	12,3	51	11,9	106	12,1	
20 à 24 ans	91	20,4	136	31,9	227	26,0	
25 à 34 ans	172	38,5	185	43,3	357	40,9	
≥ 35 ans	128	28,6	54	12,7	182	20,8	
ND	1	0,2	1	0,2	2	0,2	
Age moyen	29,1		26,5		27,8		< 10 ⁻⁶ (Test de Student)
< 35 ans	318	71,2	372	87,1	690	78,9	< 10 ⁻⁹
≥ 35 ans	128	28,6	54	12,7	182	20,8	(Chi ² = 33,9)
ND	1	0,2	1	0,2	2	0,2	
Département de domicile							
24	58	13,0	71	16,6	129	14,8	
33	141	31,5	127	29,7	268	30,7	
40	79	17,7	53	12,4	132	15,1	
47	32	7,2	29	6,8	61	7,0	
64	114	25,5	124	29,1	238	27,2	
Autre	23	5,1	23	5,4	46	5,2	
Couple*							
Oui					495	56,6	
Non					379	43,4	
Parité							
Pas d'enfant	204	45,6	206	48,2	410	46,9	
Au moins 1 enfant :	242	54,1	220	51,5	462	52,9	
1	63	26,0	88	40,0	151	32,7	
2	129	53,3	80	36,4	209	45,2	
3	42	17,3	34	15,5	76	16,4	
4	7	3,0	12	5,5	19	4,1	
5			4	1,8	4	0,9	
6	1	0,4			1	0,2	
7			1	0,4	1	0,2	
10			1	0,4	1	0,2	
ND	1	0,2	1	0,2	2	0,2	
Profession							
Exerce un emploi	255	57,0	179	41,9	434	49,7	
Au chômage	45	10,1	93	21,8	138	15,8	
Etudiante	74	16,6	57	13,4	131	15,0	
Autre	65	14,5	89	20,8	154	17,6	
Etudiante + Emploi	6	1,3	7	1,6	13	1,5	
ND	2	0,5	2	0,5	4	0,4	
Au chômage	45	10,1	93	21,8	138	15,8	< 10 ⁻⁶
Emploi ou autre	402	89,9	334	78,2	736	84,2	(Chi ² = 22,5)
Complémentaire*							
Oui					718	82,2	
Non					156	17,8	

* Critères du score EPICES ne permettant pas la comparaison entre P(-) et P(+).

** p, niveau de significativité

II.A.1. Age des patientes

- Sur l'ensemble de l'échantillon étudié, la tranche d'âge la plus représentée était celle des femmes âgées de 25 à 34 ans (40,9%) suivie de celle des 20-24 ans (26%), des 35 ans et plus (20,8%) et enfin des moins de 20 ans (12,1%). Les «extrêmes» (moins de 20 ans, 35 ans et plus) représentaient environ un tiers des patientes (33%). L'âge moyen des patientes était de 27,8 ans.
- Existait-il des différences dans les tranches d'âge des femmes recourant à une IVG selon leur degré de vulnérabilité?

La répartition des patientes selon la tranche d'âge variait en fonction du niveau de vulnérabilité : même si les 25-34 ans étaient les plus représentées parmi les femmes en situation de précarité (43,4%) comme parmi les femmes non précaires (38,5%), pour les patientes vulnérables la tranche d'âge 20-24 ans arrivait en seconde position (31,9%) alors que pour les non vulnérables, il s'agissait des 35 ans et plus (28,6%).

Parmi les femmes vulnérables, 87,1% avaient moins de 35 ans versus 71,2% parmi les femmes non vulnérables ($p < 10^{-9}$). Cinquante quatre pour cent des moins de 35 ans étaient vulnérables, versus 29,7% des 35 ans et plus ($p < 10^{-9}$).

Les moins de 20 ans étaient les moins représentées quel que soit le degré de vulnérabilité : il s'agissait de 12,3% des patientes non vulnérables et de 11,9% des patientes vulnérables. L'âge moyen des femmes vulnérables était de 26,5 ans contre 29,1 ans pour les non vulnérables.

II.A.2. Département de domicile

- Au sein de la région Aquitaine, les femmes ayant le plus répondu au questionnaire étaient domiciliées en Gironde (30,7%), puis en Pyrénées-Atlantiques (27,2%), dans les Landes (15,1%), en Dordogne (14,8%) et enfin en Lot-et-Garonne (7%). 5,2% des patientes de notre étude provenaient de départements hors région Aquitaine.
- La répartition des patientes sur le territoire régional n'était pas dépendante de la vulnérabilité. A noter que nous retrouvions autant de patientes vulnérables en Gironde qu'en Pyrénées-Atlantiques (respectivement 29,7% et 29,1%) : plus de la moitié des patientes vulnérables (58,8%) se répartissaient ainsi entre ces deux départements.

II.A.3. Situation familiale : couple, activité professionnelle, nombre d'enfants

- Sur l'ensemble de la population étudiée, 56,6% des femmes déclaraient être en couple. Plus de la moitié de notre population (52,9%) a déclaré avoir déjà un ou des enfants. Parmi les femmes ayant des enfants, la plupart avaient un (32,7%) ou deux enfants (45,2%). On dénombrait 102 patientes (22,1%) qui en avaient 3 ou davantage. Enfin, deux d'entre elles n'ont pas précisé le nombre d'enfant. La proportion de femmes sans enfant était de 46,9%. Environ une femme sur deux exerçait un emploi (49,7%), les autres déclaraient dans des proportions assez similaires être au chômage (15,8%), ou étudiante (15%), ou autre (17,6%, incluant les femmes au foyer, diverses catégories de demandeurs d'emploi...). Treize patientes, soit 1,5% de l'ensemble de l'échantillon, étaient étudiantes et exerçaient un emploi parallèlement. Au total 84,2% des patientes n'étaient pas au chômage.
- La proportion de femmes qui travaillent était-elle plus importante parmi les patientes non vulnérables? Celles-ci avaient-elles moins souvent des enfants que les femmes vulnérables?

Il existait une plus grande proportion de femmes au chômage parmi les patientes en situation de précarité : 21,8% versus 10,1% parmi les patientes non vulnérables ($p < 10^{-6}$).

Nous ne retrouvions pas de lien entre le fait d'avoir un (des) enfant(s), et le degré de vulnérabilité. Cependant, parmi les patientes ayant au moins un enfant, les patientes précaires en avaient plus souvent un seul (40,0% versus 26,0% pour les non précaires). Deux femmes vulnérables ont déclaré avoir plus de six enfants : l'une en avait sept et l'autre dix.

II.A.4. Assurance maladie complémentaire

Une grande majorité des patientes (82,2%) bénéficiaient d'une assurance maladie complémentaire.

II.B. Parcours de soins «contraception»

Les éléments du parcours de soins «contraception» sont présentés dans le Tableau 2a.

Tableau 2a

Composantes du parcours de soins «contraception» des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Antécédents médicaux							
Oui	51	11,4	52	12,2	103	11,8	NS
Non	394	88,1	374	87,6	768	87,9	(Chi ² = 0,12)
ND	2	0,5	1	0,2	3	0,3	
Suivi gynécologique régulier							
Oui	348	77,9	242	56,7	590	67,5	< 10 ⁻¹¹
Non	97	21,7	184	43,1	281	32,2	(Chi ² = 45,6)
ND	2	0,4	1	0,2	3	0,3	
Antécédent(s) d'IVG							
Oui	128	28,6	168	39,3	296	33,9	
<i>Nombre d'IVG déjà réalisées (/n) :</i>							
1	99	77,3	119	70,8	218	73,7	
2	9	7,0	16	9,5	25	8,5	
3	5	3,9	7	4,2	12	4,0	
4	0	0	4	2,4	4	1,3	
6	0	0	1	0,6	1	0,3	< 10 ⁻³
ND	15	11,8	21	12,5	36	12,2	(Chi ² = 11,6)
Non	318	71,1	256	60,0	574	65,7	
<i>Age si 1^{ère} IVG (/n):</i>							
< 20 ans	50	15,7	41	16,0	91	15,8	
20 à 24 ans	70	22,0	87	34,0	157	27,3	
25 à 34 ans	116	36,5	107	41,8	223	38,9	
≥ 35 ans	82	25,8	20	7,8	102	17,8	
ND	0	0	1	0,4	1	0,2	
ND	1	0,3	3	0,7	4	0,4	
Antécédent de contraception							
Oui	439	98,2	404	94,6	843	96,5	< 10 ⁻³
Non	8	1,8	23	5,4	31	3,5	(Chi ² = 8,3)

II.B.1. Antécédents médicaux

La majorité des femmes (87,9%) déclaraient ne présenter aucun antécédent médical particulier, sans différence significative entre patientes précaires et non précaires.

Tableau 2b

Principaux antécédents médicaux rapportés par des patientes recourant à une IVG (N = 103). Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes présentant des antécédents médicaux N = 103	
	n	%
Asthme	56	54,4
Cardiovasculaire*	14	13,6
Dysthyroïdie	7	6,8
Diabète, dyslipidémie	5	4,9
Epilepsie	4	3,9
Autre**	17	16,4

* HTA, cardiopathie, valvulopathie, trouble du rythme cardiaque

** Maladie thrombo-embolique veineuse (mutation facteur V, thrombose veineuse profonde, syndrome des anti-phospholipides), anémie, pathologie digestive (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, ulcère gastro-duodéal), accident vasculaire cérébral, fibromyalgie, sclérose en plaque, polyarthrite rhumatoïde, hypotension orthostatique, VIH

Pour les patientes ayant répondu par l'affirmative à cet item (11,8%), le problème de santé le plus fréquemment évoqué était l'asthme, dans 54,4% des cas. Il s'agissait ensuite d'antécédents cardiovasculaires, de dysthyroïdie, de diabète et/ou dyslipidémie et d'épilepsie. Les autres cas d'antécédents médicaux (maladie thrombo-embolique veineuse, anémie, pathologie digestive, accident vasculaire cérébral, fibromyalgie, sclérose en plaque, polyarthrite rhumatoïde, hypotension orthostatique, VIH), plus isolés, ont été regroupés et représentaient les 16,4% restants.

II.B.2. Suivi gynécologique

Il ressort du Tableau 2a que les patientes vulnérables déclaraient deux fois plus souvent ne pas avoir de suivi gynécologique régulier (43,1% versus 21,7% pour les femmes non vulnérables). Ce non recours aux soins caractérisait le groupe des femmes en situation de précarité ($p < 10^{-11}$).

II.B.3. Antécédents d'IVG, nombre d'IVG déjà réalisées, et âge à la première IVG

- La majorité des patientes (65,7%) n'avaient jamais recouru à l'IVG avant la grossesse actuelle, et environ une femme sur trois (33,9%) en avait déjà réalisé au moins une. Parmi celles-ci, dans 73,7% des cas il s'agissait d'une seule expérience passée d'IVG. Elles en avait réalisé deux dans 8,5% des cas et trois dans 4,0% des cas. Quatre patientes avaient

déjà recouru quatre fois à l'IVG, et une patiente en avait déjà réalisé six auparavant. Dans 12% des cas cette information sur le nombre d'IVG passées n'était pas disponible. Lorsqu'il s'agissait d'une première IVG, la tranche d'âge la plus concernée était celle des 25-34 ans (38,9%), puis celle des 20-24 ans (27,3%), des 35 ans et plus (17,8%) et enfin des moins de 20 ans (15,8%).

Tableau 2c

Antécédent(s) d'IVG et nombre d'enfants chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Première IVG N = 574		Antécédent(s) d'IVG N = 296		ND N = 4		Total N = 874	p
	n	%	n	%	n	%		
Pas d'enfant	311	54,2	97	32,8	2	50,0	410	10 ⁻⁹ (Chi2=36,2)
Au moins un enfant	262	45,6	199	67,2	1	25,0	462	
ND	1	0,2	0	0	1	25,0	2	

Les patientes qui déclaraient avoir déjà eu recours à l'IVG avaient un (des) enfant(s) dans 67,2% des cas. Par ailleurs, les patientes qui avaient au moins un enfant étaient plus nombreuses à avoir déjà recouru à l'IVG (43,1% contre 23,7% pour celles sans enfant ($p < 10^{-9}$)).

- Les femmes vulnérables étaient-elles plus représentées dans les IVG répétées et dans les grossesses précoces?

Parmi les patientes en situation de précarité, 39,3% avaient déjà réalisé une IVG contre 28,6% parmi les non précaires. La majorité des patientes qui avaient déjà recouru à l'IVG étaient des femmes vulnérables (56,8%) versus 44,6% parmi les femmes n'ayant jamais réalisé d'IVG. Les patientes en situation de précarité avaient plus fréquemment réalisé une IVG dans le passé que les patientes non précaires ($p < 10^{-3}$).

Par ailleurs, plus le nombre d'IVG déjà réalisées augmentait, plus il s'agissait surtout, voire uniquement, de patientes en situation de précarité. Aucune patiente non précaire ne disait avoir déjà recouru plus de trois fois à l'IVG.

Des fluctuations existaient également selon les tranches d'âge lorsqu'il s'agissait d'une première IVG : les patientes non précaires étaient plus nombreuses à appartenir à la tranche d'âge des 35 ans et plus (25,8% contre 7,8% parmi les précaires). En revanche les patientes vulnérables étaient plus représentées chez les plus jeunes, notamment la tranche d'âge

20-24 ans (34% contre 22% parmi les non précaires). La tranche d'âge des moins de 20 ans était composée d'autant de femmes précaires que de non précaires.

Parmi les patientes qui n'avaient jamais eu d'IVG auparavant, 44,6% étaient vulnérables.

II.B.4. Antécédent de contraception

- La plupart des femmes avaient déjà utilisé un moyen pour éviter d'être enceinte (96,5%).
- Parmi les 31 patientes (3,5%) qui n'avaient jamais utilisé de contraception au cours de leur vie, 74,2% étaient vulnérables versus 47,9% de femmes vulnérables qui avaient déjà utilisé un moyen de contraception ($p < 10^{-3}$).

II.C. Parcours de soins «IVG»

Les composantes du parcours de soins «IVG» sont présentées dans les Tableaux 3a, 3b, 3c et 3e.

II.C.1. Contraception et IVG

Tableau 3e

Contraception dans le parcours de soins «IVG» en fonction du seuil de précarité EPICES, chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Contraception dans le mois où la grossesse actuelle a débuté							
Oui	178	39,8	153	35,8	331	37,9	NS
Non	268	60,0	271	63,5	539	61,7	(Chi ² = 1,3)
ND	1	0,2	3	0,7	4	0,4	
Antécédent d'IVG et contraception dans le mois où la grossesse actuelle a débuté							
Antécédent d'IVG :	128	28,6	168	39,3	296	33,9	
Contraception	55	43,0	52	31,0	107	36,1	< 0,03
Pas de contraception	73	57,0	116	69,0	189	63,9	(Chi ² = 4,5)
Pas d'antécédent d'IVG :	318	71,1	256	60,0	574	65,7	
Contraception	123	38,7	100	39,0	223	38,8	NS
Pas de contraception	194	61,0	153	59,8	347	60,5	
ND	1	0,3	3	1,2	4	0,7	
Changement de méthode contraceptive dans les 6 mois précédents							
Oui	95	21,3	82	19,2	177	20,3	NS
Non	347	77,6	340	79,6	687	78,6	(Chi ² = 0,6)
ND	5	1,1	5	1,2	10	1,1	
Utilisation de la contraception d'urgence pour la grossesse actuelle							
Oui	43	9,6	45	10,5	88	10,1	NS
Non	404	90,4	377	88,3	781	89,3	(Chi ² = 0,3)
ND	0	0	5	1,2	5	0,6	

- La proportion de femmes qui déclaraient avoir une contraception au cours du mois précédant la grossesse s'élevait à 37,9%, avec un changement de contraception dans les 6 mois précédents pour 20,3% des patientes, sans différence significative entre patientes vulnérables et non vulnérables. Les patientes ayant utilisé la contraception d'urgence pour cette grossesse représentaient 10,1% de l'ensemble de la population étudiée. Le recours à la contraception d'urgence n'était pas dépendant du score de vulnérabilité. Près de 64% des patientes qui avaient déjà réalisé au moins une IVG n'avaient pas de contraception dans le mois précédant la grossesse, contre 60,5% pour celles qui recouraient à l'IVG pour la première fois. Parmi les patientes qui avaient une contraception dans le mois où la grossesse a débuté, 32,3% avaient déjà réalisé au moins une IVG, et 67,4% recouraient pour la première fois à l'IVG.
- Les femmes vulnérables avaient-elles plus souvent une contraception en cours dans le mois précédant la grossesse, selon qu'il s'agissait ou non d'une première IVG?

Parmi les patientes ayant déjà recouru à l'IVG, les femmes en situation de précarité étaient plus souvent sans couverture contraceptive au cours du mois précédant la grossesse que les femmes non vulnérables (69% versus 57%, $p < 0,03$). En revanche, lorsqu'il s'agissait d'une première IVG, patientes vulnérables et non vulnérables étaient aussi nombreuses à ne pas avoir de contraception. Les femmes ayant déjà recouru à l'IVG et qui n'avaient pas de contraception dans le mois précédant la grossesse étaient vulnérables dans 61,4% des cas.

Tableau 3j

Raisons à l'absence de contraception dans le mois où la grossesse a débuté, rapportées par des patientes recourant à une IVG (N = 310). Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 158*		Patientes vulnérables P(+) N = 152*		Total N = 310*	
	n	%	n	%	n	%
- Post-partum allaitement	13	8,2	7	4,6	20	6,5
- Intolérance	41	25,9	26	17,1	67	21,6
- Relation conjugale instable, absence de partenaire régulier	16	10,1	25	16,4	41	13,2
- Mauvaise utilisation	35	22,2	33	21,7	68	21,9
- Manque d'information	9	5,7	11	7,2	20	6,5
- Contre-indication médicale	11	7,0	12	7,9	23	7,4
- Relais entre deux méthodes contraceptives	26	16,5	22	14,5	48	15,5
- Grossesse initialement prévue	3	1,9	8	5,3	11	3,5
- Frein financier, accès au prescripteur	2	1,3	7	4,6	9	2,9
- Refus de la famille ou du conjoint	0	0	4	2,6	4	1,3
- Absence de raison particulière, convenance personnelle	5	3,2**	5	3,3	10	3,2

* Participation à cette question de 310 patientes dont 158 P(-) et 152 P(+).

** Somme des pourcentages > 100 : plusieurs réponses possibles par patiente.

- Au total, 21,6% des femmes expliquaient leur absence de contraception pour des raisons d'intolérance, et 21,9% notaient une mauvaise utilisation (oubli, problème de préservatif, ordonnance non renouvelée...). Les autres principales raisons invoquées étaient le relais entre deux méthodes contraceptives (15,5%), l'instabilité de la relation conjugale (13,2%), une contre-indication médicale (7,4%), un manque d'information sur la contraception (peur des effets indésirables, fausses croyances, méconnaissance des différents moyens de contraception...) ou encore le post-partum et/ou l'allaitement (6,5%). Dans 3,5% des cas, la grossesse était initialement souhaitée et 2,9% des patientes étaient confrontées à un frein financier ou des difficultés d'accès au prescripteur. Il s'agissait d'une convenance personnelle dans 3,2% des cas. Enfin, quatre patientes décrivaient un refus de leur famille ou de leur conjoint.
- Les raisons à l'absence de contraception dans le mois précédant la grossesse étaient-elles différentes selon le degré de vulnérabilité?

Il existait peu de différence dans les raisons expliquant l'absence de contraception dans le mois précédant la grossesse, entre patientes précaires et non précaires.

Les quatre principales raisons étaient globalement les mêmes pour les deux groupes, mais dans un ordre de fréquence différent : pour les patientes non vulnérables, il s'agissait d'abord d'un problème d'intolérance, puis de mauvaise utilisation, de relais entre deux méthodes contraceptives, et enfin d'instabilité de la relation conjugale. Pour les patientes vulnérables, la mauvaise utilisation était la raison la plus citée, suivie du problème de l'intolérance, de l'instabilité de la relation conjugale, et enfin du relais entre deux méthodes contraceptives.

Quatre patientes vulnérables étaient confrontées au refus de leur famille ou de leur conjoint, tandis que cette raison n'a jamais été évoquée par les patientes non vulnérables.

Tableau 3k

Raisons de non utilisation de la contraception d'urgence, rapportées par des patientes recourant à une IVG (N = 347). Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 172*		Patientes vulnérables P(+) N = 175*		Total N = 347*	
	n	%	n	%	n	%
- Echec de contraception habituelle bien utilisée	44	25,6	38	21,7	82	23,6
- Mauvaise utilisation de la contraception habituelle	8	4,7	3	1,7	11	3,2
- Peur de la contraception d'urgence	5	2,9	1	0,6	6	1,7
- Ignorance de son existence ou manque d'information	3	1,7	13	7,4	16	4,6
- Délai dépassé	11	6,4	18	10,3	29	8,4
- Freins matériels	0	0	3	1,7	3	0,9
- Intolérance	0	0	1	0,6	1	0,3
- Echecs passés de la contraception d'urgence	0	0	1	0,6	1	0,3
- Grossesse initialement prévue	3	1,7	6	3,4	9	2,6
- Post-partum, allaitement	1	0,6	1	0,6	2	0,6
- Négligence du risque de grossesse	82	47,7	65	37,1	147	42,4
- Pas pensé	15	8,7	25	14,3	40	11,5

* 347 patientes sur 781 ont justifié la non utilisation de la contraception d'urgence : 172 P(-) et 175 P(+)

- Parmi celles qui ont justifié le non recours à la contraception d'urgence, 42,4% avouaient une négligence du risque de grossesse (sous-évaluation du potentiel fécondant du rapport, de la fertilité...). Dans 23,6% des cas, il s'agissait d'un échec de la contraception habituelle bien utilisée (pilule sans oubli, DIU). Les patientes n'y ont pas pensé dans 11,5% des cas, ou trop tard (8,4%). Certaines ignoraient l'existence de la contraception d'urgence ou manquaient d'information à ce sujet (4,6%), d'autres décrivaient une mauvaise utilisation de la contraception habituelle, passée inaperçue dans 3,2% des cas (accident de préservatif ou oubli de pilule non remarqués...). La grossesse pouvait être souhaitée initialement (2,6%). Six patientes avouaient avoir eu peur de la contraception d'urgence, et pour sept autres les raisons étaient plus isolées (freins matériels, post-partum et/ou allaitement, intolérance, et échecs passés de la contraception d'urgence).
- Les quatre principales raisons de non recours à la contraception d'urgence étaient semblables pour les patientes vulnérables et non vulnérables, dans le même ordre de fréquence, soit : la négligence du risque de grossesse, puis l'échec de la contraception habituelle bien utilisée, le fait de ne pas y avoir pensé, et enfin le dépassement du délai de prise.

II.C.2. Age gestationnel

Tableau 3a

Composantes du parcours de soins «IVG» (âge gestationnel, qui contacter, aide dans l'orientation, et délais de prise en charge) des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Age gestationnel							
≤ 7 SA	206	46,1	193	45,2	399	45,7	< 0,03 (Chi ² = 7,0, 2ddl)
7 à 12 SA	164	36,7	128	30,0	292	33,4	
≥ 12 SA	15	3,4	28	6,6	43	4,9	
ND	62	13,8	78	18,2	140	16,0	
Savait où aller, qui contacter							
Oui	363	81,2	359	84,1	722	82,6	NS
Non	81	18,1	66	15,5	147	16,8	(Chi ² = 1,1)
- mais ont été aidées	72	88,9	57	86,4	129	87,8	NS
- et n'ont reçu l'aide de personne	9	11,1	9	13,6	18	12,2	(Chi ² = 0,2)
ND	3	0,7	2	0,4	5	0,6	
Aide dans l'orientation							
Partenaire	82	18,3	60	14,1	142	16,3	
Membre de la famille	39	8,7	55	12,9	94	10,8	
<i>Tranches d'âge représentées** (/n) :</i>							
< 20 ans	16	41,1	15	27,3	31	32,9	
20 à 24 ans	8	20,5	21	38,2	29	30,9	
25 à 34 ans	10	25,6	18	32,7	28	29,8	
≥ 35 ans	5	12,8	1	1,8	6	6,4	
Amis, relations travail	28	6,3	42	9,8	70	8,0	
Professionnel de santé	111	24,8	91	21,3	202	23,1	
Autre personne	8	1,8	9	2,1	17	1,9	
Personne	86	19,2	104	24,4	190	21,7	
Combinaisons*	90	20,1	63	14,7	153	17,5	
ND	3	0,7	3	0,7	6	0,7	
Total femmes aidées	358	80,1	320	74,9	678	77,6	NS
Total femmes non aidées	89	19,9	107	25,1	196	22,4	(Chi ² = 3,3)
Délais de prise en charge							
Délai entre décision et 1^{er} appel téléphonique :							
≤ 5 jours	346	77,4	278	65,1	624	71,4	< 0,006 (Chi ² = 7,5)
> 5 jours	65	14,5	86	20,1	151	17,3	
ND	36	8,1	63	14,8	99	11,3	
Moyenne (jours)	3,1		4,5		3,8		
Médiane (jours)					1		
Délai entre 1^{er} appel téléphonique et 1^{er} rendez-vous :							
≤ 5 jours	222	49,7	186	43,6	408	46,7	NS (Chi ² = 0,1)
> 5 jours	174	38,9	153	35,8	327	37,4	
ND	51	11,4	88	20,6	139	15,9	
Moyenne (jours)	5,3		5,9		5,6		
Médiane (jours)					5		
Délai entre 1^{er} rendez-vous et IVG :							
≤ 7 jours	194	43,4	198	46,4	392	44,9	< 0,01 (Chi ² = 6,3)
> 7 jours	180	40,3	125	29,3	305	34,9	
ND	73	16,3	104	24,3	177	20,2	
Moyenne (jours)	9,0		8,3		8,7		
Médiane (jours)					7		

* Partenaire + professionnel de santé ; partenaire + membre de la famille ; partenaire + amis/relations de travail ; membre de la famille + amis/relations de travail ; membre de la famille + professionnel de santé, etc...

** Seul type d'aide où la tranche d'âge 25 à 34 ans n'est pas représentée en majorité

- Dans 45,7% des cas il s'agissait d'IVG relativement «précoces», avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 7 SA. Les IVG pour un terme compris entre 7 et 12 SA arrivaient en seconde place (33,4%), suivies des IVG «tardives» dont le terme était supérieur ou égal à 12 SA (4,9%). Seize pour cent des patientes n'avaient pas répondu à cette question.
- Les femmes vulnérables avaient-elles un recours plus tardif à l'IVG?

Il n'existait pas de différence entre patientes vulnérables et non vulnérables pour les IVG réalisées au terme de 7 SA ou moins (45,2% contre 46,1%). Les deux groupes semblaient également concernés par le recours «précoce» à l'IVG.

En revanche on notait une nuance dans la répartition des âges de grossesse au-delà de 7 SA : les patientes non vulnérables recouraient plus fréquemment à l'IVG pour un terme compris entre 7 et 12 SA (36,7% contre 30,0% pour les vulnérables), mais surtout les femmes vulnérables étaient plus représentées lorsqu'il s'agissait d'IVG «tardives», pour un terme de 12 SA ou plus (6,6% contre 3,4% pour les non vulnérables). Sur les 43 IVG réalisées à 12 SA ou plus, il s'agissait dans 65,1% des cas de femmes en situation de précarité. Les patientes vulnérables étaient plus concernées par le recours «tardif» à l'IVG ($p < 0,03$).

II.C.3. Où aller et qui contacter

- La majorité des patientes (82,6%) savait où aller, qui contacter afin de réaliser une IVG. Seules 16,8% des femmes ignoraient comment amorcer cette démarche. Parmi ces patientes qui ne savaient pas qui contacter, 12,2% (18 femmes sur 147) n'avaient reçu l'aide de personne pour accéder à la demande d'IVG. Les autres (87,7%) avaient ensuite été aidées.
- Le fait de savoir où aller, et qui contacter afin de réaliser une IVG n'était pas dépendant de la vulnérabilité. L'aide reçue, parmi les patientes qui ne savaient pas où aller, n'était pas dépendante non plus de la vulnérabilité.

II.C.4. Aide dans l'orientation

- La part de femmes aidées dans leur orientation en vue de la réalisation d'une IVG s'élevait à 77,6%. Celle des femmes n'ayant reçu l'aide de personne était de 21,7%. Dans l'entourage de la patiente, l'aide provenait dans 23,1% des cas d'un professionnel de santé, puis du partenaire (16,3%), d'un membre de la famille (10,8%), d'amis et/ou relations de travail (8,0%), et d'une autre personne (1,9%). Des «combinaisons» d'aidants étaient décrites dans 17,5% des cas (partenaire + professionnel de santé, partenaire + membre de la famille, partenaire + amis/relations de travail...). Les patientes les plus jeunes étaient les plus nombreuses à bénéficier de l'aide provenant d'un membre de la famille. Il s'agissait d'abord de patientes de moins de 20 ans (32,9%), puis de patientes de 20 à 24 ans (30,9%), de 25 à 34 ans (29,8%) et enfin de 35 ans et plus (6,4%).
- Concernant l'aide dans l'orientation, la répartition des intervenants dans l'entourage des patientes, qu'elles soient vulnérables ou non, était sensiblement la même : il s'agissait en premier lieu d'un professionnel de santé, puis du partenaire, d'un membre de la famille, d'amis et/ou relations de travail, et d'une autre personne. Des «combinaisons» d'aidants étaient souvent décrites, dans 20,1% des cas pour les femmes non vulnérables contre 14,7% des cas pour les femmes vulnérables. En revanche, 19,2% des femmes non vulnérables ne recevaient l'aide de personne, contre 24,4% des patientes vulnérables.

Tableau 3f

Aide dans l'orientation pour les femmes âgées de moins de 20 ans recourant à une IVG (N = 106). Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes < 20 ans non vulnérables N = 55		Patientes < 20 ans vulnérables N = 51		Total patientes < 20 ans N = 106	
	n	%	n	%	n	%
Aide dans l'orientation						
Partenaire	4	7,3	7	13,7	11	10,4
Membre de la famille	16	29,1	15	29,4	31	29,3
Amis, relations travail	1	1,8	4	7,8	5	4,7
Professionnel de santé	5	9,1	6	11,8	11	10,4
Autre personne	3	5,4	1	2,0	4	3,7
Personne	6	10,9	6	11,8	12	11,3
Combinaisons*	20	36,4	12	23,5	32	30,2
Total < 20 ans aidées	49	89,1	45	88,2	94	88,7

* Partenaire + professionnel de santé ; partenaire + membre de la famille ; partenaire + amis/relations de travail ; membre de la famille + amis/relations de travail ; membre de la famille + professionnel de santé, etc...

- Les patientes de moins de 20 ans bénéficiaient de l'aide de quelqu'un dans 88,7% des cas. Des «combinaisons» d'aidants étaient décrites dans 30,2% des cas. Il s'agissait ensuite

d'un membre de la famille (29,3%), suivi du partenaire ou d'un professionnel de santé (10,4% pour chacun), puis d'amis et/ou relations de travail (4,7%) et enfin d'une autre personne (3,7%). Dans 11,3% des cas les jeunes femmes n'étaient pas aidées.

- Pour les patientes âgées de moins de 20 ans, il existait peu de différence entre les deux groupes vis à vis de l'aide obtenue. Globalement 89,1% des jeunes femmes non vulnérables étaient aidées contre 88,2% des vulnérables. Ces dernières déclaraient un peu plus souvent avoir été entourées par leur partenaire (13,7% versus 7,3%), des amis et/ou relations de travail (7,8% versus 1,8%). Les jeunes femmes non vulnérables bénéficiaient plus fréquemment de l'aide d'une association de personnes (36,4% versus 23,5%). Le rôle du membre de la famille était central pour chacun des deux groupes (29%).

II.C.5. Délais de prise en charge des IVG

- Le délai entre la décision de réaliser une IVG et le premier appel téléphonique était de 3,8 jours en moyenne, et de plus de 5 jours pour 17,3% des patientes (11,3% de non-réponses). La médiane était de 1 jour. Le délai entre le premier appel téléphonique et le premier rendez-vous était de 5,6 jours en moyenne, et de plus de 5 jours pour 37,4% des patientes (15,9% de non-réponses). La médiane était de 5 jours. Le délai entre le premier rendez-vous et l'IVG était de 8,7 jours en moyenne, et de plus de 7 jours pour 34,9% des patientes (20,2% de non-réponses). La médiane était de 7 jours.
- Les femmes vulnérables étaient-elles plus confrontées à un rallongement des délais de prise en charge?

Les femmes vulnérables étaient plus nombreuses que les non vulnérables (20,1% contre 14,5%) à décrire un délai supérieur à 5 jours entre la décision et le premier appel téléphonique ($p < 0,006$).

Concernant le délai entre le premier appel téléphonique et le premier rendez-vous, il n'existait pas de différence significative entre patientes vulnérables et non vulnérables.

Le délai entre le premier rendez-vous et l'IVG était supérieur à 7 jours dans 29,3% des cas pour les femmes vulnérables et dans 40,3% des cas pour les non vulnérables ($p < 0,01$).

Tableau 3i

Délai entre le premier rendez-vous et l'IVG selon l'âge gestationnel chez des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	≤ 7 jours						> 7 jours						ND N = 177		Total N = 874	
	P(-) N = 194		P(+) N = 198		Total N = 392		P(-) N = 180		P(+) N = 125		Total N = 305		n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Age gestationnel																
≤ 7 SA	101	52,1	104	52,5	205	52,3	69	38,3	52	41,6	121	39,7	73	41,2	399	45,7
7 à 12 SA	61	31,4	57	28,8	118	30,1	86	47,8	44	35,2	130	42,6	44	24,9	292	33,4
≥ 12 SA	7	3,6	14	7,1	21	5,4	7	3,9	8	6,4	15	4,9	7	4,0	43	4,9
ND	25	12,9	23	11,6	48	12,2	18	10,0	21	16,8	39	12,8	53	29,9	140	16,0

- Lorsque le délai entre le premier rendez-vous et l'IVG était inférieur ou égal à 7 jours, la moitié des grossesses étaient de 7 SA ou moins (52,3%), puis de 7 à 12 SA (30,1%) et enfin de 12 SA ou plus (5,4%). Lorsque les patientes devaient attendre plus de 7 jours, la majorité des grossesses dataient de 7 à 12 SA (42,6%), puis de 7 SA ou moins (39,7%), et enfin de 12 SA ou plus (4,9%). Les IVG «tardives» étaient un peu plus souvent réalisées dans un délai de 7 jours ou moins, qu'au-delà de 7 jours (5,4% contre 4,9%). Les grossesses qui dataient de 7 SA ou moins étaient plus souvent interrompues dans un délai de 7 jours ou moins (52,3% contre 39,7% au-delà de 7 jours). Les grossesses de 7 à 12 SA étaient plus souvent interrompues dans un délai supérieur à 7 jours (42,6% contre 30,1% pour un délai de 7 jours ou moins).
- Lorsque ce délai était supérieur à 7 jours, les patientes en situation de précarité étaient plus nombreuses à pratiquer une IVG «tardive», de 12 SA ou plus (6,4% versus 3,9% pour les non précaires). Il en était de même lorsque le délai était de 7 jours ou moins (7,1% versus 3,6%). Pour les grossesses de 7 SA ou moins, il existait peu voire pas de différence entre précaires et non précaires concernant le délai de prise en charge.

Tableau 3ii

Délai entre le premier rendez-vous et l'IVG selon le premier professionnel contacté et le type d'IVG, chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	≤ 7 jours N = 392		> 7 jours N = 305		ND N = 177		p
	n	%	n	%	n	%	
Premier professionnel contacté							
Médecin généraliste	134	34,2	106	34,7			NS (Chi ² = 6,7, 3ddl)
Gynécologue	102	26,0	76	24,9			
Professionnel de CPEF, PMI, Planning familial	74	18,9	73	23,9			
Professionnel d'une structure hospitalière	76	19,4	39	12,8			
Type d'IVG réalisé							
IVGc	175	44,6	223	73,1	73,1	50,8	< 10 ⁻¹³ (Chi ² = 53,7)
IVGm	209	53,3	81	26,6	26,6	34,5	
ND	8	2,1	1	0,3	0,3	14,7	

Les patientes qui avaient contacté un médecin généraliste en premier étaient aussi nombreuses à décrire un délai de 7 jours ou moins, que de plus de 7 jours. Il en était de même lorsque le premier professionnel contacté était un gynécologue libéral, un professionnel de CPEF, PMI, Planning familial, ou d'un professionnel de structure hospitalière.

Dans les IVG réalisées au delà du délai de 7 jours, 73,1% étaient des IVG chirurgicales et 26,6% des IVG médicamenteuses. Lorsque le délai était de 7 jours ou moins, il s'agissait d'IVG médicamenteuses dans 53,3% des cas, et d'IVG chirurgicales dans 44,6% des cas.

Les IVG chirurgicales étaient plus souvent réalisées dans un délai supérieur à 7 jours ($p < 10^{-13}$) (45,7% versus 35,9% pour un délai inférieur ou égal à 7 jours).

Les IVG médicamenteuses étaient plus souvent réalisées dans un délai inférieur ou égal à 7 jours ($p < 10^{-13}$) (59,5% versus 23,1% pour un délai supérieur à 7 jours).

Pour une IVG sur cinq (20,2%), ce troisième délai n'était pas renseigné.

II.C.6. Professionnel contacté en premier et autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG

Les données sur le professionnel contacté en premier et les autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG sont présentées dans le Tableau 3b, avec celles concernant la facilité de la démarche.

Tableau 3b

Composantes du parcours de soins «IVG» (premier professionnel contacté, autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG, facilité de la démarche) des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Premier professionnel contacté							
Médecin généraliste	159	35,6	146	34,2	305	34,9	
Gynécologue libéral	118	26,4	98	23,0	216	24,7	
Sage-femme libérale	6	1,3	6	1,4	12	1,4	
Infirmier scolaire	1	0,2	3	0,7	4	0,4	
Professionnel de CPEF, PMI, Planning familial	75	16,8	103	24,1	178	20,4	
Professionnel d'une structure hospitalière	85	19,0	61	14,3	146	16,7	
ND	3	0,7	10	2,3	13	1,5	
Autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG							
Assistante sociale	17	3,8	25	5,9	42	4,8	
Conseillère conjugale	51	11,4	54	12,7	105	12,0	
Secrétaire	133	29,8	92	21,6	225	25,7	
Infirmier(e)	35	7,8	45	10,5	80	9,2	
Sage-femme	66	14,8	87	20,4	153	17,5	
Autre professionnel :	143	32,0	116	27,2	259	29,6	
Gynécologue	59	13,2	51	11,9	110	12,6	
Professionnel CPEF	14	3,1	13	3,0	27	3,1	
Anesthésiste	7	1,6	11	2,6	18	2,1	
Médecin généraliste	12	2,7	11	2,6	23	2,6	
Echographie	7	1,6	5	1,2	12	1,4	
« Médecin »	7	1,6	9	2,1	16	1,8	
ND	37	8,3	25	5,9	62	7,1	
Contact avec un professionnel IVG*** :							
Oui	143	32,0	153	35,8	296	33,9	NS
Non	304	68,0	274	64,2	578	66,1	(Chi ² = 1,4)
ND	14	3,1	22	5,2	36	4,1	
Facilité de la démarche							
Très facile à facile	386	86,4	358	83,8	744	85,1	
Difficile	50	11,2	53	12,4	103	11,8	NS
ND	11	2,4	16	3,8	27	3,1	(Chi ² = 0,1)

*** Sage-femme, gynécologue, médecin généraliste, « médecin »

- Le premier professionnel contacté était le plus souvent un médecin généraliste. Il s'agissait ensuite par ordre décroissant de fréquence : d'un gynécologue libéral, d'un professionnel de CPEF, PMI, Planning familial, d'un professionnel de structure hospitalière, d'une sage-femme libérale, et enfin d'un infirmier scolaire. Les autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu où a été réalisée l'IVG étaient dans 29,6% des cas un (ou plusieurs) autre(s) médecin(s) (gynécologue, médecin généraliste, anesthésiste...) ou un professionnel de CPEF. Il s'agissait ensuite d'une secrétaire, d'une sage-femme, d'une conseillère conjugale, d'un infirmier, et enfin d'une assistante sociale. Le tiers (33,9%) des

femmes ont été en contact avec un professionnel «IVG» (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue) avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG.

- Les professionnels rencontrés étaient-ils différents selon le degré de vulnérabilité?

Que les patientes soient vulnérables ou non, le premier professionnel contacté était le plus souvent un médecin généraliste. Environ 60% des patientes, quel que soit leur degré de vulnérabilité, avaient eu affaire à un médecin généraliste ou un gynécologue libéral. Cependant, si le deuxième professionnel le plus contacté était bien un gynécologue libéral pour les patientes non vulnérables, il s'agissait en revanche d'un professionnel de CPEF, PMI ou Planning familial pour les patientes vulnérables. Il n'était pas retrouvé de différence entre les deux groupes concernant le premier contact avec une sage-femme libérale ou un infirmier scolaire. Les femmes vulnérables étaient plus nombreuses que les non vulnérables à avoir contacté en premier un professionnel de CPEF, de PMI, ou de Planning familial (24,1% versus 16,8%). Lorsqu'il s'agissait d'un professionnel de structure hospitalière, les patientes non précaires étaient un peu plus représentées que celles en situation de précarité (19,0% versus 14,3%).

Les autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG étaient approximativement les mêmes d'un groupe à l'autre. Seules 12,7% des femmes en situation de précarité avaient eu un entretien avec une conseillère conjugale, et 5,9% avec une assistante sociale. Aucune différence n'était notée s'agissant du contact avec un professionnel «IVG», entre les personnes vulnérables et non vulnérables.

II.C.7. Facilité de la démarche : perception de la difficulté à trouver une place

Les patientes ont trouvé la démarche facile dans 85% des cas, sans différence significative entre patientes vulnérables et non vulnérables.

II.C.8. Type d'IVG réalisé

Tableau 3c

Type d'IVG réalisé en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Type d'IVG réalisé							
IVG médicamenteuse :	184	41,2	167	39,1	351	40,2	
<i>En cabinet</i>	18	9,8	16	9,6	34	9,7	
<i>En CPEF</i>	9	4,9	10	6,0	19	5,4	
<i>A l'hôpital</i>	149	81,0	138	82,6	287	81,8	
<i>En clinique</i>	8	4,3	3	1,8	11	3,1	
IVG chirurgicale :	250	55,9	238	55,7	488	55,8	
ND	13	2,9	22	5,2	35	4,0	
IVG secteur public ou secteur privé							
IVG médicamenteuse :	184		167		351		
Public	158	85,9	148	88,6	306	87,2	NS
Privé*	26	14,1	19	12,8	45	12,8	(Chi ² = 0,6)
IVG chirurgicale :	250		238		488		
Public	207	82,8	215	90,3	422	86,5	NS
Privé**	43	17,2	33	9,7	66	13,5	(Chi ² = 0,5)

* Public = CPEF + hôpital ; Privé = cabinet + clinique

** Public = hôpital ; Privé = clinique

- Environ une patiente sur deux (48,3%) bénéficiait d'une IVG chirurgicale à l'hôpital. Ainsi, les IVG chirurgicales, qui représentaient 55,8% de l'ensemble des IVG (contre 40,2% d'IVG médicamenteuses), étaient surtout pratiquées en secteur public, à l'hôpital (86,5% contre 13,5% en clinique, ou secteur privé). Une patiente sur trois (32,8%) avait une IVG médicamenteuse à l'hôpital. Parmi les IVG médicamenteuses, la plupart ont ainsi été réalisées à l'hôpital (81,8%), les autres en cabinet (9,7%), en CPEF (5,4%) et en clinique (3,1%). Une majorité d'IVG médicamenteuses étaient réalisées en secteur public (87,2%). Le secteur public prenait en charge 83,3% des IVG chirurgicales et médicamenteuses, contre 12,7% pour le secteur privé. Parmi les IVG réalisées en établissement de santé, 37,9% étaient des IVG médicamenteuses. La part d'IVG réalisées hors établissement de santé (cabinet de ville et CPEF) s'élevait à 6,1% pour l'ensemble des IVG, et 15,1% parmi les IVG médicamenteuses.
- Existait-il un lien entre le degré de vulnérabilité et le type d'IVG réalisé?

Le type d'IVG réalisé n'était pas dépendant du degré de précarité. Autant de patientes précaires que de patientes non précaires bénéficiaient de la technique médicamenteuse

(respectivement 39,1% et 41,2%) ou de la technique chirurgicale (respectivement 55,7% et 55,9%). Pour les deux groupes, l'IVG chirurgicale était privilégiée.

Le lieu de réalisation des IVG médicamenteuses ne variait pas entre femmes vulnérables et non vulnérables. A noter que la prise en charge en CPEF concernait 6,0% des IVG médicamenteuses des patientes vulnérables contre 4,9% des IVG médicamenteuses des patientes non vulnérables.

La prise en charges hors établissement de santé était la même pour les patientes précaires et non précaires (environ 15%).

- Les femmes non vulnérables avaient-elles plus souvent une prise en charge en secteur privé?

Il n'existait pas de différence significative entre patientes vulnérables et non vulnérables concernant le recours à l'IVG en secteur public ou privé, qu'il s'agisse de la technique médicamenteuse ou chirurgicale. Le secteur privé n'était pas réservé aux patientes non précaires de notre étude.

Tableau 3d

Type d'IVG réalisé selon le département de domicile. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Gironde (33) N = 268		Pyrénées- Atlantiques (64) N = 238		Landes (40) N = 132		Dordogne (24) N = 129		Lot-et- Garonne (47) N = 61		Autres N = 46		Total N = 874	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IVGm :	97	36,2	73	30,7	45	34,1	86	66,7	33	54,1	17	37,0	351	40,2
En cabinet	28	28,9	4	5,5	2	4,4	0	0	0	0	0	0	34	9,7
En CPEF	15	15,5	4	5,5	0	0	0	0	0	0	0	0	19	5,4
A l'hôpital	53	54,6	64	87,7	43	95,6	86	100	27	81,8	14	82,4	287	81,8
En clinique	1	1,0	1	1,3	0	0	0	0	6	18,2	3	17,6	11	3,1
IVGc :	155	57,8	162	68,1	80	60,6	36	27,9	28	45,9	27	58,7	488	55,8
A l'hôpital	141	91,0	137	84,6	69	86,3	34	94,4	17	60,7	24	88,9	422	86,5
En clinique	14	9,0	25	15,4	11	13,7	2	5,6	11	39,3	3	11,1	66	13,5
ND	16	6,0	3	1,2	7	5,3	7	5,4	0	0	2	4,3	35	4,0

IVGm = IVG médicamenteuse

IVGc = IVG chirurgicale

Au niveau régional, la répartition des IVG selon le département de domicile montrait que les patientes résidant en Dordogne avaient plus souvent bénéficié d'une IVG médicamenteuse que dans les autres départements. Il s'agissait de 66,7% d'entre elles contre 27,9% d'IVG chirurgicales. En Lot-et-Garonne, 54,1% des femmes avait eu une IVG médicamenteuse, contre 45,9% d'IVG chirurgicales.

Cette tendance s'inversait pour les autres départements, avec la technique chirurgicale utilisée majoritairement. En Gironde, 57,8% des IVG étaient chirurgicales contre 36,2%

médicamenteuses. Dans les Landes, la technique chirurgicale représentait 60,6% de l'ensemble des IVG réalisées dans ce département, contre 34,1% d'IVG médicamenteuses. Enfin, en Pyrénées-Atlantiques, jusqu'à 68,1% des IVG étaient réalisées selon la technique chirurgicale, et 30,7% selon la technique médicamenteuse.

Environ 44% des IVG étaient réalisées hors établissement de santé (16,0% du total) en Gironde, 10,9% (3,4% du total) en Pyrénées-Atlantiques, et 4,4% (1,5% du total) dans les Landes. En Dordogne et Lot-et-Garonne, aucune IVG n'avait été réalisée hors établissement de santé.

Tableau 3g
Type d'IVG réalisé selon l'âge gestationnel. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	≤ 7 SA N = 399		7 à 12 SA N = 292		≥ 12 SA N = 43		ND N = 140		Total N = 874	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IVGm :	254	63,7	34	11,6	3	7,0	60	42,9	351	40,2
En cabinet	19	7,5	1	2,9	0	0	14	23,3	34	9,7
En CPEF	11	4,3	3	8,8	0	0	5	8,3	19	5,4
A l'hôpital	215	84,6	28	82,4	3	100	41	68,3	287	81,8
En clinique	9	3,5	2	5,9	0	0	0	0	11	3,1
IVGc :	134	33,6	248	84,9	40	93,0	66	47,1	488	55,8
A l'hôpital	117	87,3	210	84,7	40	100	55	83,3	422	86,5
En clinique	17	12,7	38	15,3	0	0	11	16,7	66	13,5
ND	11	2,7	10	3,4	0	0	14	10	35	4,0

Pour une grossesse de 7 SA ou moins, il s'agissait deux fois sur trois (63,7%) d'une IVG médicamenteuse, pour laquelle la patiente était prise en charge à l'hôpital en majorité (84,6%), puis en cabinet (7,5%), en CPEF (4,3%) et en clinique (3,5%). Les IVG chirurgicales à ce terme étaient aussi plus souvent réalisées à l'hôpital (87,3%).

Pour une grossesse de 7 à 12 SA, il s'agissait d'une IVG chirurgicale dans 84,9% des cas, essentiellement à l'hôpital (84,7%). Lorsque l'IVG était médicamenteuse, celle-ci était d'abord pratiquée à l'hôpital (82,4%), puis en CPEF (8,8%), en clinique (5,9%) et en cabinet (2,9%).

Tableau 3h

Type d'IVG réalisé selon l'âge des patientes, pour un terme de grossesse de 7 SA ou moins. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	< 20 ans IVG ≤ 7 SA = 39		20 à 24 ans IVG ≤ 7 SA = 97		25 à 34 ans IVG ≤ 7 SA = 165		≥ 35 ans IVG ≤ 7 SA = 98		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	IVGm	25	64,1	63	64,9	108	65,5	58	
IVGc	13	33,3	31	32,0	52	31,5	38	38,8	
ND	1	2,6	3	3,1	5	3,0	2	2,0	

Il n'existait pas de différence significative dans le choix de la technique employée en fonction de l'âge des patientes, pour une grossesse de 7 SA ou moins.

II.D. Conduites et/ou situations à risque

Les données sur les conduites et/ou situations à risque, le score de risque et le risque global sont présentées dans les tableaux 5a, 5b, 5c.

Tableau 5a

Conduites et/ou situations à risque, en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Risques pour la santé							
Oui	67	15,0	114	26,7	181	20,7	< 10 ⁻⁵ (Chi ² = 18,2)
Non	380	85,0	313	73,3	693	79,3	
Partenaires multiples							
Oui	44	9,8	50	11,7	94	10,8	NS (Chi ² = 0,8)
Non	403	90,2	377	88,3	780	89,2	
Conflit avec le partenaire							
Oui	90	20,1	164	38,4	254	29,1	< 10 ⁻⁹ (Chi ² = 35,4)
Non	357	79,9	263	61,6	620	70,9	
Violences physiques ou psychiques							
Oui	16	3,6	46	10,8	62	7,1	< 10 ⁻⁵ (Chi ² = 17,1)
Physiques*	4	25,0	15	32,6	19	30,6	
Psychiques**	4	25,0	11	23,9	15	24,2	
Les 2	2	12,5	7	15,2	9	14,5	
ND	6	37,5	13	28,3	19	30,6	
Non	431	96,4	381	89,2	812	92,9	

* Viol, abus sexuel, agression, bousculades, coups, blessures, strangulation, morsures, violences physiques exercées par le père, le conjoint ou le frère

** Insultes, harcèlement, menaces, humiliations, manipulation, alcoolisme du conjoint

- Les patientes qui déclaraient avoir eu un conflit avec leur partenaire au cours des six derniers mois représentaient 29,1% de l'ensemble de la population étudiée. Elles avaient pris des risques pour leur santé (alcool, drogue...) dans 20,7% des cas, et eu plusieurs

partenaires dans 10,8% des cas. Environ 7% des patientes avouaient avoir été victimes de violences au cours des six derniers mois : il s'agissait d'abord de violences physiques (30,6%), puis psychiques (24,2%) ou les deux à la fois (14,5%). Parmi elles, 30,6% n'ont pas souhaité préciser la nature de ces violences.

- Les patientes vulnérables étaient plus souvent confrontées à certaines conduites et/ou situations à risque au cours des 6 derniers mois : 26,7% d'entre elles considéraient avoir pris des risques pour leur santé, contre 15,0% des patientes non vulnérables ($p < 10^{-5}$). Cela concernait également le contexte de conflit avec le partenaire (38,4% versus 20,1% pour les femmes non vulnérables, $p < 10^{-9}$), et de violence (10,8% versus 3,6% pour les femmes non vulnérables, $p < 10^{-5}$). Dans ce dernier cas, les patientes non précaires précisaient qu'il s'agissait autant de violences physiques que de violences psychiques (25,0%), alors que les patientes en situation de précarité déclaraient plus souvent avoir été victimes de violences physiques que de violences psychiques (32,6% contre 23,9%). En revanche, le fait d'avoir eu plusieurs partenaires n'était pas dépendant du degré de vulnérabilité.

Tableau 5b

Score de risque en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874	
	n	%	n	%	n	%
Somme des risques :						
0	290	64,9	193	45,2	483	55,3
1	110	24,6	129	30,2	239	27,3
2	37	8,3	74	17,3	111	12,7
3	7	1,6	27	6,3	34	3,9
4	3	0,6	4	0,9	7	0,8

- Le calcul de la somme des risques montrait que plus le cumul des conduites et/ou situations à risque augmentait, moins nombreuses étaient les patientes concernées : 55,3% n'avaient été confrontées à aucun risque (somme = 0), 27,3% à 1 risque, 12,7% à 2 risques, 3,9% à 3 risques et 0,8% (7 patientes) à 4 risques.
- L'analyse du cumul des risques montrait que, pour chacun des deux groupes, plus la somme augmentait, moins nombreuses étaient les patientes exposées. Néanmoins, environ neuf femmes sur dix (89,5%) parmi les non vulnérables se répartissaient entre les deux premiers niveaux de risque (0 et 1), tandis que pour les patientes vulnérables, cette répartition s'effectuait entre les trois premiers niveaux de risque (92,7% d'entre elles

étaient représentées entre les niveaux 0, 1 et 2). Les patientes non vulnérables étaient plus nombreuses que les vulnérables à n'avoir été exposées à aucun risque (64,9% versus 45,2%), mais dès l'existence d'un seul risque, les patientes vulnérables étaient plus représentées.

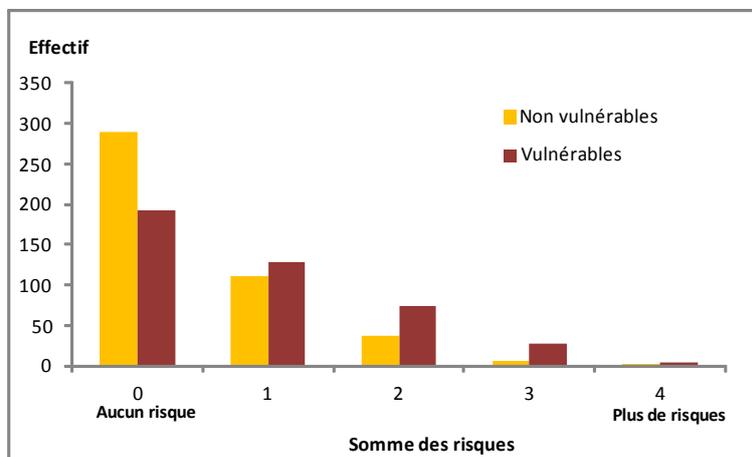


Figure 4 : Répartition des sommes de risques selon la vulnérabilité

Elles représentaient aussi 40,0% des patientes qui n'avaient été exposées à aucun risque, 54,0% de celles exposées à 1 risque, 66,7% de celles exposées à 2 risques, 79,4% de celles exposées à 3 risques, et 57,1% de celles exposées à 4 risques.

Tableau 5c

Risque global en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Absence de risque	290	64,9	193	45,2	483	55,3	< 10 ⁻⁹ (Chi ² = 34,2)
Risque	157	35,1	234	54,8	391	44,7	

- La part de patientes considérées comme globalement exposées à des conduites et/ou situations à risque (au moins 1 risque) s'élevait à 44,7% de la population étudiée.
- Les femmes vulnérables étaient plus souvent exposées à des conduites et/ou situations à risque que les femmes non vulnérables (54,8% versus 35,1%, $p < 10^{-9}$).

Tableau 5d

Risque global et IVG répétées, âge gestationnel, âge de la patiente, 1er délai, en fonction du seuil de précarité EPICES chez des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447				p	Patientes vulnérables P(+) N = 427				p	Total N = 874			
	Abs risque N = 290		Risque N = 157			Abs risque N = 193		Risque N = 234			Abs risque N = 483		Risque N = 391	
	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%
Risque et IVG répétées														
ATCD d'IVG														
Oui	83	28,6	45	28,7	NS	70	36,3	98	41,9	NS	153	143	NS	
Non	206	71,0	112	71,3	(Chi ² =10,4)	121	62,7	135	57,7	(Chi ² =1,3)	327	247	(Chi ² =2,2)	
ND	1	0,4				2	1,0	1	0,4		3	1		
Risque et âge gestationnel														
≤ 7 SA	145	50,0	61	38,9	10 ⁻⁷	87	45,1	106	45,3	NS	232	167		
7 à 12 SA	99	34,1	65	41,4	(Chi ² =29,2, 2ddl)	55	28,5	73	31,2	(Chi ² =0,2, 2ddl)	154	138	NS	
≥ 12 SA	7	2,4	8	5,1		13	6,7	15	6,4		20	23	(Chi ² =3,4)	
ND	39	13,5	23	14,6		38	19,7	40	17,1		77	63		
Risque et âge de la patiente														
< 20 ans	27	9,3	28	17,8		19	9,8	32	13,7		46	60		
20 à 24 ans	48	16,6	43	27,4	10 ⁻⁵	55	28,5	81	34,6	NS	103	124	< 10 ⁻⁷	
25 à 34 ans	114	39,3	58	36,9	(Chi ² =21,9, 3ddl)	90	46,6	95	40,6	(Chi ² =4,4, 3ddl)	204	153	(Chi ² =32,2)	
≥ 35 ans	100	34,5	28	17,8		28	14,5	26	11,1		128	54		
ND	1	0,3				1	0,5				2	0		
Risque et délai entre la décision et le 1^{er} appel téléphonique														
≤ 5 jours	226	77,9	120	76,4	NS	124	64,3	154	65,8	NS	350	274	NS	
> 5 jours	39	13,4	26	16,6	(Chi ² =0,7)	40	20,7	46	19,7	(Chi ² =0,1)	79	72	(Chi ² =0,7)	
ND	25	8,6	11	7,0		29	15,0	34	14,5		54	45		

Abs risque = absence de risque

- Pour l'ensemble de notre échantillon, il n'existait pas de lien entre le risque global et la répétition des IVG, ou le terme de la grossesse au moment de l'IVG, ou le délai entre la décision et le premier appel téléphonique. En revanche, les femmes exposées à un (des) risque(s) étaient plus jeunes que celles qui n'étaient exposées à aucun risque ($p < 10^{-7}$).
- Il n'existait pas de lien entre le risque global et la répétition des IVG, que ce soit pour les patientes vulnérables ou non vulnérables. De la même façon, pour chacun des deux groupes, aucun lien n'était retrouvé entre le risque global et le premier délai. Pour les femmes non vulnérables uniquement, celles exposées à un (des) risque(s) avaient un terme de grossesse au moment de l'IVG plus tardif ($p < 10^{-7}$) et étaient plus jeunes ($p < 10^{-5}$) que celles qui n'étaient exposées à aucun risque.

II.E. Parcours de soins difficile

Les critères et scores de difficulté dans le parcours de soins sont présentés dans les Tableaux 4a et 4b.

Tableau 4a

Critères de difficulté dans le parcours de soins des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874	
	n	%	n	%	n	%
- Pas de suivi gynécologique régulier (Q9)	97	21,7	184	43,1	281	32,2
- Antécédent d'IVG (Q11)	128	28,6	168	39,3	296	33,9
- Ne savait pas où aller ni qui contacter (Q12)	81	18,1	66	15,5	147	16,8
- N'a été aidée de personne (Q13)	86	19,2	104	24,4	190	21,7
- Difficulté à trouver une place (Q17)	50	11,2	53	12,4	103	11,8
- N'a jamais utilisé de contraception (Q19)	8	1,8	23	5,4	31	3,6
- N'a pas utilisé la contraception d'urgence pour la grossesse actuelle (Q23)	404	90,4	377	88,3	781	89,4

Comme nous l'avons précédemment décrit, les patientes vulnérables avaient moins souvent un suivi gynécologique ($p < 10^{-11}$), avaient plus souvent eu recours à l'IVG dans le passé ($p < 10^{-3}$), et déclaraient plus souvent n'avoir jamais utilisé de contraception ($p < 10^{-3}$).

Par contre, nous n'avons pas noté de différence entre les femmes vulnérables ou non, en ce qui concernait le fait de ne pas avoir su qui contacter, d'avoir reçu de l'aide dans l'orientation, d'avoir trouvé une place facilement, et d'avoir utilisé une contraception d'urgence.

Tableau 4b

Scores de difficulté dans le parcours de soins des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874	
	n	%	n	%	n	%
0	8	1,8	8	1,9	16	1,8
1	163	36,5	94	22,0	257	29,4
2	172	38,5	151	35,4	323	37,0
3	71	15,9	124	29,0	195	22,3
4	31	6,9	43	10,1	74	8,5
5	2	0,4	7	1,6	9	1,0

- Aucune patiente n'a obtenu le score de 7, c'est à dire qu'aucune patiente n'a cumulé 6 ou 7 (la totalité) critères de difficulté dans le parcours de soins global. Neuf patientes ont atteint le score maximal de 5 (1,0%). La majorité des femmes présentaient le score de 2 (37,0%). Pour 29,4% des patientes le score était de 1, puis de 3 (22,3%) et de 4 (8,5%). Seize patientes (soit 1,8% de la population étudiée) ne présentaient aucun critère de difficulté dans le parcours de soins global.
- Le seuil de 3 pour le niveau de difficulté s'est avéré être celui à partir duquel les patientes vulnérables devenaient plus nombreuses que les non vulnérables :
 - autant de patientes non précaires que précaires avaient un score de 0 (1,8% versus 1,9%);
 - 36,5% des patientes non vulnérables avaient un score de 1, contre 22,0% des patientes vulnérables;
 - 38,5% des patientes non vulnérables avaient un score de 2, contre 35,4% des patientes vulnérables;
 - pour le score de 3, les patientes vulnérables étaient plus nombreuses que les non vulnérables (29,0% versus 15,9%), et il en était de même pour le score de 4 (10,1% versus 6,9%) et de 5 (1,6% versus 0,4%).

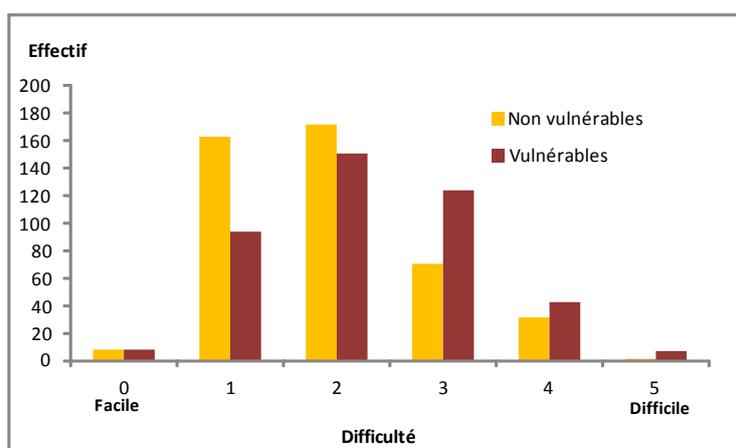


Figure 5 : Répartition des scores de difficulté dans le parcours de soins, selon la vulnérabilité

Tableau 4c

Parcours de soins global des patientes recourant à une IVG, en fonction du seuil de précarité EPICES. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Patientes non vulnérables P(-) N = 447		Patientes vulnérables P(+) N = 427		Total N = 874		p
	n	%	n	%	n	%	
Difficile	104	23,3	174	40,7	278	31,8	< 10 ⁻⁸ (Chi ² = 30,8)
Facile	343	76,7	253	59,3	596	68,2	

Sur l'ensemble de l'échantillon étudié, il existait une différence significative selon la vulnérabilité : le parcours de soins s'avérait deux fois plus souvent difficile pour les patientes vulnérables.

Tableau 4d

Impact des critères de difficulté dans le parcours de soins global des patientes recourant à une IVG. Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 (N = 874).

	Parcours difficile N = 278		Parcours facile N = 596		Total N = 874	
	n	%	n	%	n	%
- Pas de suivi gynécologique régulier (Q9)	184	66,2	97	16,3	281	32,2
- Antécédent d'IVG (Q11)						
- Ne savait pas où aller ni qui contacter (Q12)	179	64,4	117	19,6	296	33,9
- N'a été aidée de personne (Q13)	86	30,9	61	10,2	147	16,8
- Difficulté à trouver une place (Q17)	124	44,6	66	11,1	190	21,7
- N'a jamais utilisé de contraception (Q19)	66	23,7	37	6,2	103	11,8
- N'a pas utilisé la contraception d'urgence pour la grossesse actuelle (Q23)	24	8,6	7	1,2	31	3,5
	263	94,6	518	86,9	781	89,4

Les deux tiers des femmes identifiées comme ayant eu un parcours de soins difficile n'avaient pas de suivi gynécologique régulier (66,2%), et présentaient un (des) antécédent(s) d'IVG (64,4%). Une grande majorité n'avait pas utilisé de contraception d'urgence (94,6%).

DISCUSSION

Nous avons donc recueilli des informations de la part de 37% des patientes ayant bénéficié d'une IVG en Aquitaine, avec des taux de participation inégalement répartis sur le territoire. Parmi les patientes ayant répondu, 49% étaient considérées comme vulnérables selon le score EPICES.

L'âge moyen des patientes était de 28 ans, 57% étaient en couple, 50% exerçaient une activité et 16% étaient au chômage. Les patientes vulnérables étaient plus jeunes ($p < 10^{-6}$) et plus souvent au chômage ($p < 10^{-6}$). La majorité (68%) des patientes bénéficiait d'un suivi gynécologique régulier, 97% avaient déjà utilisé un moyen contraceptif, 66% n'avaient jamais eu d'IVG précédemment. On a observé chez les plus vulnérables qu'elles avaient moins souvent un suivi régulier par un gynécologue ou une utilisation de moyen contraceptif avant cet IVG, ($p < 10^{-11}$ et $p < 10^{-3}$ respectivement), et qu'elles avaient plus souvent un antécédent d'IVG ($p < 10^{-3}$). Par contre, nous n'avons pas noté de différences entre les patientes vulnérables et non vulnérables en ce qui concerne l'utilisation d'une contraception au cours du mois précédent l'IVG (38% des patientes), le changement de méthode de contraception dans les 6 mois précédents (20%) et l'utilisation de la contraception d'urgence (10%). Nous avons cependant noté que, parmi les patientes ayant déjà eu une IVG, les plus vulnérables avaient moins souvent utilisé une contraception que les autres ($p < 0,03$).

Nous avons relevé que 46% des IVG ont été réalisées à 7 SA ou moins, et 5% à 12 SA ou plus. Les plus vulnérables étaient plus souvent à 12 SA ou plus ($p < 0,03$).

Dans leur grande majorité (83%), les patientes savaient à qui s'adresser et 78% d'entre elles ont bénéficié d'une aide de leur entourage, qu'elles soient vulnérables ou non.

Les moyennes des délais étaient de 3,8 jours entre la décision de réaliser l'IVG et le premier appel téléphonique, de 5,6 jours entre le premier appel téléphonique et le premier rendez-vous, et de 8,7 jours entre le premier rendez-vous et l'IVG. Si le premier délai était plus long chez les plus vulnérables ($p < 10^{-3}$), le délai entre le premier rendez-vous et l'IVG était au contraire moins long ($p < 0,01$).

Le premier professionnel rencontré était un médecin généraliste le plus souvent.

Les patientes qui ont répondu ont bénéficié d'une IVG médicamenteuse dans 40% des cas (64% pour les patientes de moins de 7 SA). Les IVG (médicamenteuses ou chirurgicales) ont été réalisées dans le public pour 87% d'entre elles, aucune différence notée entre patientes vulnérables ou non.

Des conduites à risque ont été déclarées par 21% des patientes (26% des patientes vulnérables, $p < 10^{-5}$), des conflits de couple par 29% (38% des patientes vulnérables, $p < 10^{-9}$), des violences physiques ou psychiques par 7% (11% des patientes vulnérables,

$p < 10^{-5}$). Au total, les femmes exposées à des conduites et/ou situations à risque étaient plus souvent vulnérables que les femmes non exposées ($p < 10^{-9}$), et étaient aussi plus jeunes ($p < 10^{-7}$). On notait que chez les patientes non vulnérables, les femmes exposées à un risque au moins avaient un terme de grossesse plus tardif ($p < 10^{-7}$) et étaient plus jeunes ($p < 10^{-5}$) que celles qui n'étaient exposées à aucun risque.

Le parcours de soins des patientes a été jugé difficile (cumul de trois critères de difficulté ou plus) pour 32% des patientes, mais pour 41% des patientes les plus vulnérables ($p < 10^{-8}$).

Discussion de la méthode

- Sélection de la population

Notre étude concernait toutes les femmes se présentant dans les CIVG et CPEF d'Aquitaine sur une période de 3 mois.

Si l'étude avait été exhaustive, nous aurions pu estimer le taux de précarité concernant cette population en extrapolant les résultats. Nous pouvons suspecter un probable biais de recrutement puisque seules les femmes volontaires ont répondu au questionnaire. Il est possible que les femmes n'ayant pas répondu soient plus ou moins vulnérables que les autres. De plus, les patientes ne maîtrisant pas la langue française risquaient plus fréquemment d'être exclues de l'étude (même si nous incitions les femmes à demander de l'aide si elles en ressentaient le besoin). Ceci est regrettable, car ces dernières correspondent à une population pouvant être confrontée à de nombreuses difficultés dans le parcours de soins lié à la contraception ou à l'IVG (manque d'accès à l'information et à l'éducation, à la contraception, isolement social, manque d'autonomie, situation de précarité de vie...)

La répartition géographique des questionnaires manquait d'homogénéité. Certains centres potentiellement investigateurs n'ont pas souhaité participer à la réalisation de cette étude, et d'autres ont retardé sa mise en place, ce qui a probablement réduit nos capacités d'inclusion de femmes recourant à une IVG. Des questionnaires provenant du secteur privé ont par ailleurs été renvoyés tardivement, environ 3 mois après la fin de l'étude, et de ce fait n'ont pu être inclus dans l'analyse statistique.

- Recueil et traitement des données

Le choix de l'auto questionnaire permettait de limiter des biais éventuels de réponses, liés à la subjectivité de l'investigateur (interprétation, mise en confiance, etc...). Mais plusieurs questions sont restées sans réponse, étant donné qu'il était facultatif de répondre systématiquement à tous les items du questionnaire.

Par ailleurs, certaines questions ont pu être mal interprétées, et des réponses minimisées voire modifiées de manière à paraître plus proches d'un comportement idéal d'utilisation de la contraception, d'éviction des risques... et au vu de la sensibilité des patientes liée à la charge émotionnelle au moment du remplissage, ou de la barrière psychologique dans le contexte du choix d'IVG vécu comme un choix négatif.

En raison de leur caractère intime et personnel, les variables telles que les situations de conflit avec le partenaire et de violences sont susceptibles d'avoir été sous reportées. Malgré des efforts d'harmonisation dans la procédure de remplissage des questionnaires entre les différents centres, nous savons que certains d'entre eux n'avaient pas les moyens matériels de proposer, à chaque femme, un lieu adapté au remplissage en toute discrétion. Des femmes sont donc susceptibles d'avoir rempli le questionnaire en salle d'attente, à côté d'une personne accompagnante (compagnon, parents, amie, etc.).

- Analyse statistique

Notre étude est une étude descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré.

Elle a cependant l'avantage d'être multicentrique, permettant un recrutement plus homogène de sujets, avec une participation des centres quasi exhaustive sur le territoire géographique défini.

Nous ne pouvons extrapoler les résultats que nous avons trouvés en ce qui concerne la prévalence des différentes variables mesurées, en particulier la vulnérabilité.

Cependant, notre objectif était d'apporter une meilleure connaissance de la population de femmes recourant à une IVG en terme de parcours de soins concernant la contraception et l'IVG, selon leur vulnérabilité, afin de leur offrir une prise en charge plus adaptée. Nous avons une bonne estimation des liens observés entre les différentes caractéristiques des femmes et leur parcours de soins.

Ce travail nous a permis de faire le point sur le parcours de soins des femmes et l'influence de l'état de précarité sur le recours à la contraception et à l'IVG en Aquitaine, au travers des études menées sur le même thème.

Discussion des résultats concernant les caractéristiques sociodémographiques

- Repérage des patientes précaires P(+) et non précaires P(-) selon EPICES

L'analyse en 2002 de la population des consultants de 58 CES ayant intégré les questions du score EPICES, âgés de 18 ans et plus, montrait une proportion de sujets «précaires EPICES» s'élevant à 40% [71].

D'après le projet exploratoire Epidaure-CDS 2009 visant à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) avec l'aide notamment du score EPICES, 63,5% des patients recourant aux CDS en médecine générale étaient précaires, contre 38,3% dans l'ensemble de la population générale (recourant à la médecine générale). Dans cette étude, la précarité était également associée à un état de santé défavorable et à un recours à la médecine générale plus fréquent, surtout pour les individus présentant un score EPICES très élevé [72].

Notre étude retrouvait une proportion de patientes vulnérables s'élevant à 48,9%, donc supérieure à celle estimée dans la population générale par l'étude Epidaure-CDS, qui était de 38,3%. Ce travail ne nous permet cependant pas de conclure que les femmes en situation de précarité sont plus à risque de réaliser une IVG que les femmes non précaires, mais nous invite à poursuivre des études dans ce sens. En effet, jusque là le phénomène « IVG » était représenté de manière égale dans toutes les franges de la population.

Nous pouvons d'abord supposer que les femmes vulnérables auront plus facilement accepté de répondre au questionnaire que les non vulnérables, ou qu'il existe plus globalement un biais lié à la non réponse. Afin de détecter cette éventualité, il faudrait avoir la possibilité d'analyser la population des non répondants.

Afin d'établir le lien entre la vulnérabilité et le risque de recourir à une IVG, il faudrait mettre en place une étude portant sur un très grand échantillon de patientes durant plusieurs années. Cela permettrait de suivre non seulement la vulnérabilité, mais aussi de nombreuses autres caractéristiques : en effet, la vulnérabilité est très intriquée avec beaucoup de facteurs qui ont eux aussi un rôle dans le recours aux soins et à la prévention (niveau d'étude, religion, stabilité du mode de vie, facteurs psychosociaux...).

Le choix du seuil de précarité peut aussi s'avérer délicat pour l'utilisation du score EPICES dans la pratique clinique.

Nous nous sommes basés sur la dichotomisation du score en «précaires» (quintiles 4 et 5) et «non précaires» (quintiles 1 à 3) d'après la redéfinition du seuil de précarité EPICES dans le rapport d'étude du Cetaf. Il a été observé dans ce dernier des relations «score dépendantes» entre les indicateurs de santé et les quintiles du score EPICES : certains Odds ratios atteignaient des valeurs élevées de l'ordre de 3,00 à 5,00. Dans la plupart des analyses, les Odds ratios du quintile 4 étaient supérieurs à la valeur de 2,00, ce qui a conduit à choisir la valeur de score EPICES de 30,17 (niveau de base du quintile 4) pour caractériser la population «précaire EPICES», et non plus la valeur de 40,2 initialement utilisée en 1998 par analogie avec l'article 2 (le maximum de concordance avec la classification précaire/non précaire de l'article 2 était obtenu en classant comme précaires EPICES les sujets avec un score EPICES supérieur ou égal à 40,2) [47].

Or le caractère continu du score permet une interprétation plus précise des résultats qui peuvent varier selon les quintiles, où l'on retrouve les indicateurs étudiés d'autant plus perturbés que le score EPICES est élevé (parcours de soins, risques...). Il existe un gradient de santé en défaveur des plus précaires, et ce gradient de santé se superpose au gradient social du score EPICES.

Il pourrait être intéressant de comparer le score EPICES avec une échelle classique de précarité ou un autre score simplifié de repérage de la précarité, dans l'approche des difficultés rencontrées tout au long du parcours de soins menant à l'IVG, et dans la prise en charge de celle-ci.

Un score individuel de précarité publié en France a été développé dans le cadre d'une PASS. Il a été validé par confrontation avec les critères d'évaluation de la précarité des assistantes sociales. L'objectif était l'identification des personnes en situation de précarité afin d'adapter la prise en charge et les stratégies de soins par les services hospitaliers. Cet indicateur aborde essentiellement la dimension matérielle de la précarité (CMU, mutuelle complémentaire, difficultés financières à payer les médicaments ou les examens médicaux, allocataires des minima sociaux, chômeurs de plus de 6 mois) et non la dimension sociale, contrairement au score EPICES [73].

Cela permettrait de valider l'utilité du score EPICES dans notre travail, mais l'intérêt de son utilisation a été démontré et il est probable que dans notre étude aussi, la comparaison avec une échelle classique de précarité soit en faveur d'une plus grande contribution du score EPICES dans le repérage des patientes vulnérables recourant à une IVG.

- Age

Nos résultats sont conformes à ceux de l'enquête nationale de la DREES : une femme sur deux ayant recours à une IVG est âgée de moins de 27 ans, et deux femmes sur trois sont âgées de 20 à 34 ans [10]. Dans notre étude, 66,9% des patientes étaient âgées de 20 à 34 ans, soit deux femmes sur trois.

Le taux de recours à l'IVG en 2012 demeurerait le plus élevé chez les femmes de 20 à 24 ans (27‰) [17].

Les patientes âgées de moins de 35 ans représentaient 78,9% de l'ensemble de notre population, ce qui est en accord avec les résultats de l'enquête Cocon en population générale (80,5%). En effet, cela correspond certainement à la période où le désir de grossesse est le plus important dans la vie des femmes. Par ailleurs, les femmes appartenant à cette tranche d'âge étaient majoritairement en situation de vulnérabilité (54%). Ce résultat est statistiquement significatif. Dans son étude sur la relation entre précarité et morbidité périnatale, M. Convers [67] décrivait également que les femmes en situation de précarité étaient en moyenne plus jeunes de trois années, ce qui est proche de nos résultats : l'âge moyen des patientes vulnérables était de 26,5 ans alors que celui des non vulnérables était de 29,1 ans.

Les patientes vulnérables étaient, comme dans d'autres études, plus jeunes que les patientes non vulnérables.

- Département

Nos résultats ne sont pas en accord avec les données existantes sur les IVG en Aquitaine selon les départements en 2012 (décrites par le RPA d'après les sources SAE, BIG et PMSI). Nous avons une information concernant le département de résidence, alors que l'ARS analyse le département de réalisation de l'IVG. Il est possible que certaines femmes réalisent leur IVG ailleurs que dans leur département de résidence et qu'il puisse y avoir un certain décalage.

Au sein de notre population, moins d'un tiers des patientes ont recouru à une IVG en Gironde, contre la moitié des femmes d'après les données provenant de la SAE et des BIG. Par ailleurs nous avons presque autant de patientes domiciliées en Gironde qu'en Pyrénées-Atlantiques. Ce dernier département était ainsi plus représenté que dans les données existantes, tout comme le département des Landes qui occupait la troisième place

dans notre étude. La répartition des patientes en Dordogne et en Lot-et-Garonne était plus proche de celle retrouvée dans la littérature.

Nos résultats diffèrent de ceux obtenus à partir des sources d'informations que sont la SAE et les BIG, et il est probable que cela soit lié notamment à une plus forte participation des patientes résidant dans les Pyrénées-Atlantiques alors que nous aurions une sous représentation de la population des patientes en Gironde. Cela peut être en rapport avec une coopération moins marquée des centres d'IVG dans ce dernier département, mais d'autres raisons pourraient également expliquer une telle différence : renvoi tardif des questionnaires de notre enquête (non inclus dans l'analyse statistique) par certains centres investigateurs girondins, fermeture de centres en Gironde, accueil au CHU de Bordeaux de patientes refusées dans leur département de résidence pour des motifs divers, notamment l'absence de prise en charge des IVG tardives...

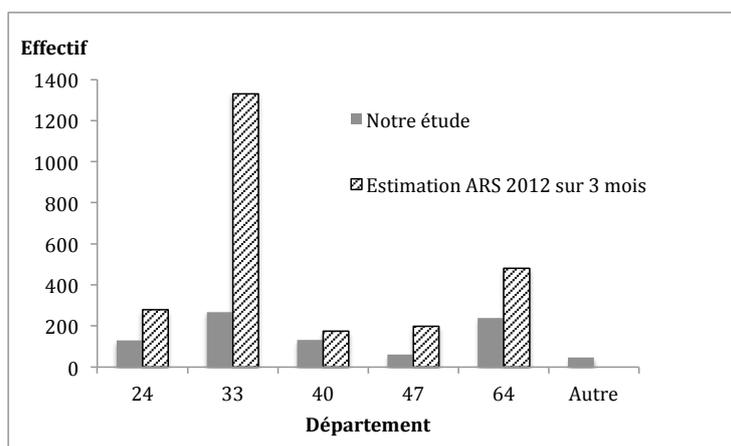


Figure 6 : Répartition des IVG en Aquitaine : Enquête auprès d'un échantillon de femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014 versus Estimation ARS 2012

- Situation familiale

Les patientes de notre étude déclaraient plus souvent être en couple (56,6%) que dans l'étude nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 (45%), mais presque autant que dans l'enquête Emploi de l'INSEE (59%) [10]. Cela dit, les données concernant le statut conjugal sont fluctuantes selon les tranches d'âge : d'après les résultats de l'INSEE pour l'Aquitaine en 2009, environ 35% des femmes de 20 à 24 ans sont en couple, alors qu'il s'agit d'environ 63% des femmes de 25 à 29 ans et de 70 à 75% des femmes de 30 à 60 ans [68].

Nous aurions pensé qu'avec l'inclusion d'un nombre important de femmes en situation de précarité au sein de notre étude et la situation particulière de la demande d'IVG, ce résultat serait moindre.

Un peu plus d'une femme sur deux avait déjà un ou des enfants. Nos résultats sont proches de ceux de M. Lafaysse [34], dont l'étude menée en Aquitaine en 2009 montrait que la moitié des femmes déclaraient vivre en couple et plus de la moitié avoir déjà au moins un enfant.

Concernant l'activité professionnelle, seulement 49,7% des patientes de notre étude exerçaient un emploi contre 53% dans l'étude nationale de la DREES (54,9% après standardisation des effectifs avec la structure d'âge observée dans l'enquête Emploi), et contre 62,6% de l'ensemble de la population féminine âgée de 15 à 50 ans [10].

Quant au chômage, nos résultats sont assez proches de ceux de la DRESS (15,8%, versus 13,2% des femmes de l'enquête IVG [10]), mais supérieurs aux données régionales et nationales. En Aquitaine, au premier trimestre 2014, le taux de chômage était de 9,6% contre 9,7% pour la France métropolitaine. A l'échelle nationale, 6,3% des femmes en âge de travailler (de 15 à 64 ans) sont au chômage au premier trimestre 2014 [69].

La situation vis-à-vis de l'emploi était différente entre les deux sous-groupes, avec une plus grande proportion de patientes au chômage parmi les femmes vulnérables que parmi les femmes non vulnérables (21,8% versus 10,1%).

Les femmes de notre étude étaient, surtout en cas de situation de précarité, un peu moins souvent en couple et plus fréquemment exposées au risque de chômage que dans la population générale. Ces résultats sont proches de ceux observés dans d'autres études.

En outre, une situation économique plus difficile peut être un véritable frein au recours aux soins à la contraception.

- Complémentaire

Notre travail montrait que 17,8% des patientes ne bénéficiaient pas d'une assurance maladie complémentaire, soit un peu moins que dans l'étude nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007, où 23% d'entre elles n'auraient pas de couverture complémentaire [10].

Selon l'enquête ESPS 2012, 89% des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (hors institutions) déclarent bénéficier d'un contrat de complémentaire santé privé et 6% de la CMU-C. Ainsi, en 2012, le taux de femmes non couvertes par une

complémentaire santé est de 4,3%. Ce résultat diffère de celui émanant de notre étude, probablement en raison d'une proportion plus importante de personnes en situation de précarité dans notre échantillon que dans la population générale. Néanmoins, l'enquête ESPS 2012 précise que l'absence de complémentaire santé concerne d'abord les populations les plus précaires : 14% parmi les chômeurs et 11% dans le 1er quintile de revenu. A noter que parmi les motifs de non recours à une couverture complémentaire privée, la majorité correspondent à un obstacle financier (52,82%) [70].

Il est possible que la mauvaise compréhension des plus jeunes femmes vis-à-vis de l'assurance maladie complémentaire (couverture sociale des parentes, mutuelle étudiante) soit à l'origine d'une sous-déclaration dans notre étude.

Comme dans d'autres études, les femmes de notre enquête bénéficiaient moins souvent d'une assurance maladie complémentaire, mais étaient aussi plus fréquemment vulnérables que dans la population générale.

Discussion des résultats concernant le parcours de soins «contraception»

• Antécédents médicaux

Les patientes de notre étude étaient majoritairement en bonne santé, car seules 11,8% d'entre elles déclaraient présenter des antécédents médicaux. Pour une femme sur deux, il s'agissait d'un problème d'asthme. Le tabagisme n'a jamais été cité.

Par ailleurs **l'existence d'un problème de santé chronique n'était pas dépendant du degré de vulnérabilité**, et ce résultat est proche de celui de l'IRDES, qui montre que la déclaration d'un problème de santé chronique varie peu dans les quatre premières classes du score EPICES où le taux avoisine 20%. En revanche, elle atteint 31% parmi les plus précaires [74].

Dans son étude, M. Convers [67] ne retrouvait pas non plus de différence significative concernant les antécédents médico-chirurgicaux.

En France métropolitaine en 2012, 38,9% de femmes se déclaraient atteintes d'une maladie ou problème de santé chronique [70]. Mais la moitié de l'ensemble des sondés de cette enquête est âgée de 40 ans et plus, donc plus à risque de pathologie chronique.

- Proportion de femmes ayant un suivi gynécologique

L'absence de suivi gynécologique régulier touchait plus fréquemment les patientes en situation de précarité. Ce non recours aux soins était significativement lié au degré de vulnérabilité. Presque une femme vulnérable sur deux n'avait pas de suivi gynécologique régulier, contre un tiers environ pour l'ensemble de la population étudiée.

Nos résultats sont conformes à ceux obtenus dans les CES, où un tiers des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier, ce comportement et/ou accès aux soins caractérisant par ailleurs les patientes précaires [71].

Mais c'est l'étude FECOND, précédemment citée, qui aborde précisément le problème de l'influence de la précarité socioéconomique sur le suivi gynécologique chez les 20-24 ans, en notant le fait que ce dernier a diminué : en 2010, 12,2% de ces jeunes femmes déclaraient ne pas avoir de suivi habituel, contre 6,9% en 2000. La dégradation de la situation économique des jeunes femmes au cours des dix dernières années aurait ainsi une influence. Le taux de chômage a fortement augmenté chez les femmes de 20-24 ans (de 16,5% en 2000 à 21,2% en 2010), tandis que la situation est moins défavorable pour les 25-29 ans (11,2% en 2000 et 8,9% en 2010), chez qui le recours au suivi gynécologique régulier est resté globalement stable [60].

L'absence de suivi gynécologique régulier touche particulièrement les femmes en situation de vulnérabilité, confrontées de ce fait à un recours plus tardif aux soins. Nous pourrions considérer que la demande d'IVG, pour ces patientes plus jeunes, illustre en quelque sorte un recours plus tardif à la contraception.

- Antécédents d'IVG, nombre d'IVG déjà réalisées, et âge des patientes à la première IVG

Trente quatre pour cent des femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007 en avaient déjà réalisé au moins une [10]. Il s'agit de la même proportion de femmes que celle de notre étude (33,9%).

La répétition des IVG était liée de façon statistiquement significative au degré de vulnérabilité. Les patientes précaires de notre étude déclaraient plus fréquemment que les non précaires avoir déjà réalisé au moins une IVG. Ce résultat est conforme aux résultats de l'étude de la DREES, sur les caractéristiques des femmes ayant eu plusieurs IVG en 2007 : celles n'ayant pas de couverture médicale complémentaire, les femmes nées en Afrique subsaharienne et celles qui n'ont pas poursuivi leurs études plus de deux ans au-delà du baccalauréat sont plus concernées par le recours multiple à l'IVG. Par ailleurs l'augmentation

des IVG répétées depuis 1980 s'avère surtout marquée chez les femmes qui ont déclaré vivre seules au moment de l'avortement et chez celles qui n'avaient pas d'emploi [10]. Ces femmes présentent des indicateurs socio-économiques plus défavorisés.

Il ne s'agirait pas d'un fait nouveau. Certaines études ont montré que le recours multiple à l'IVG concernerait davantage les femmes disposant de moindres ressources socio-économiques, en 1990 comme en 2007 [32].

En 2008, M. Convers [67] observait également que les patientes en situation de précarité avaient eu plus fréquemment des IVG.

Dans son étude, M. Lafaysse [34] montrait que les femmes ayant déjà recouru à l'IVG avaient une vie adulte plus marquée par des difficultés économiques que celles n'ayant aucun antécédent d'IVG : elles étaient plus souvent au chômage ou dans une situation professionnelle précaire, et avaient plus souvent des problèmes de logement.

Selon la DREES et les bulletins statistiques d'IVG [32], 40% des femmes avec enfants déclarent une IVG dans le passé contre 22% pour celles sans enfant. Nous retrouvons les mêmes résultats dans notre étude (43,1% et 23,7%).

Il semblait également exister un décalage dans l'âge de recours à l'IVG, selon le degré de vulnérabilité. D'après les données de notre étude concernant l'âge à la première IVG, les femmes en situation de précarité seraient en effet confrontées plus précocement à une situation de grossesse non prévue que les femmes non précaires. Cette observation est assez superposable à celle de la DREES où il est noté un rajeunissement de l'âge des femmes, qu'il s'agisse de la première ou d'une nouvelle IVG. Parallèlement à l'augmentation des IVG répétées, la baisse de l'âge moyen des femmes recourant à une deuxième ou troisième IVG était très marquée entre 1997 et 2002. L'augmentation des IVG répétées concerne ainsi surtout les femmes jeunes, âgées de moins de 30 ans [32].

L'étude de S. Birrien [75] décrivait également une majorité de femmes (56%) en relation de couple instable (violente, conflictuelle ou indifférente) parmi les patientes répétant les IVG. Quel que soit le statut conjugal, les relations seraient généralement instables chez les femmes qui répètent les IVG. Or l'instabilité de la relation de couple est une des caractéristiques des femmes vulnérables selon EPICES.

Les femmes en situation de vulnérabilité selon EPICES seraient plus exposées au risque de répétition des IVG, et ce de façon plus précoce. Le nombre d'IVG antérieures augmenterait aussi avec la vulnérabilité selon EPICES.

La précarité définie par le score EPICES apparaît ici liée à la répétition des IVG.

Certains auteurs décrivaient déjà à la fin des années 90 le fait que le risque de répétition apparaissait dès la première IVG, et augmentait à la fois avec le nombre d'IVG antérieures et avec la notion de précocité de la première IVG (effet «groupe à risque») [76].

- Parcours contraceptif

La grande majorité des patientes de notre étude avaient déjà employé un moyen pour éviter d'être enceintes, mais les femmes vulnérables étaient plus nombreuses à n'avoir jamais utilisé de contraception. La part réelle de patientes n'ayant jamais utilisé de méthode contraceptive est peut-être moindre, car il est probable que certaines patientes aient considéré que la contraception se résumait à l'utilisation d'une pilule contraceptive, sans prendre en compte le préservatif par exemple, ou d'autres méthodes locales.

En France, parmi les femmes concernées par la contraception (ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports hétérosexuels et ne voulant pas d'enfant) seules 3 % n'utilisent aucune contraception en 2013 [13], et plus de la moitié des femmes consultant dans les CES n'utilisent aucune méthode contraceptive [71].

Des travaux ont décrit les difficultés d'accès à la contraception. Cette situation semble plus fréquente chez les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural. Ainsi, les femmes qui connaissent une situation de précarité d'emploi ou de vie seraient beaucoup plus exposées que les autres à une absence de contraception [60], ou à l'utilisation de méthodes moins efficaces comme les méthodes naturelles [13].

Les patientes mentionnaient moins souvent que dans la littérature l'existence d'une contraception durant le mois où la grossesse avait débuté : il s'agissait d'un peu plus d'une femme sur trois dans notre étude, contre deux femmes sur trois selon la DREES [10], et 72% des femmes selon l'équipe COCON [77]. Là encore, il peut exister une confusion dans la définition de la contraception : parmi les enquêtées de la DREES, 45% utilisent une méthode médicale (pilule, DIU, implant ou patch), 25 % le préservatif en méthode principale, et plus d'une femme sur quatre cite des méthodes naturelles (16% de retrait et 11% d'abstinence périodique). Au total, les femmes concernées par une IVG sont donc «sous contraception» deux fois sur trois, mais sous contraception médicale seulement une fois sur deux. Il est possible que les femmes de notre étude n'aient pas tenu compte des méthodes non médicales. Cette proportion plus faible de patientes sous contraception durant le mois où la

grossesse a débuté peut aussi résulter du nombre plus important de personnes vulnérables dans notre étude, par rapport à la population générale. Le problème ici de l'échec contraceptif ne touchait pas plus les patientes vulnérables que les non vulnérables.

L'importance de la mauvaise utilisation de la contraception est bien marquée : d'après la DREES, les raisons pour lesquelles la méthode contraceptive utilisée n'avait pas fonctionné étaient surtout l'oubli de pilule et l'accident de préservatif. Dans notre étude, la première explication donnée par les femmes à l'absence de couverture contraceptive dans le mois où a débuté la grossesse était la mauvaise utilisation de la méthode contraceptive.

Ceci reflète l'inadéquation de la méthode contraceptive choisie par la femme avec sa capacité à l'utiliser de manière efficace. Or les recommandations de l'ANAES de 2004 reposent sur l'idée centrale que pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa vie sexuelle et de sa réalité quotidienne [78].

A noter que quatre patientes vulnérables étaient confrontées au refus de leur famille ou de leur conjoint, tandis que cette raison n'a jamais été évoquée ici par les patientes non vulnérables.

Selon la DREES, les femmes ayant déjà eu recours à l'IVG déclarent plus que les autres avoir utilisé une méthode contraceptive au moment où elles se sont trouvées enceintes. Nous ne vérifions pas ce constat dans notre travail, où autant de femmes ayant déjà recouru à l'IVG que de femmes réalisant leur première IVG déclaraient avoir utilisé une contraception dans le mois précédant la grossesse (respectivement 36,1% et 38,8%). **Les femmes réalisant des IVG à répétition auraient un comportement contraceptif similaire à celui des femmes se présentant pour une première IVG.** Ce résultat est conforme à celui retrouvé par M. Lafaysse [34].

Nos résultats sont en accord avec ceux de la DREES en ce qui concerne la proportion de grossesses initialement prévues (moins de 4%), le recours à la contraception d'urgence (neuf femmes sur dix ne mettent pas en place de stratégie de rattrapage à l'issue d'un rapport sexuel à risque) et les raisons de non recours (essentiellement parce qu'elles ne pensaient pas risquer d'être enceinte ou n'y ont pas pensé).

Nombreuses sont les patientes de notre étude à avoir déclaré un échec de la contraception habituelle bien utilisée. Nous ne pouvons être sûrs de l'appréciation individuelle de la «bonne utilisation» de la contraception.

L'enquête de l'INPES en 2007 «Les Français et la contraception» [79] montrait que la contraception d'urgence était connue de la majorité des personnes mais seulement 5%

d'entre elles en connaissaient précisément le délai d'utilisation. Le manque d'informations sur le délai d'efficacité ou les croyances relatives à la contraception d'urgence sont des freins à son utilisation : des méfiances collectives perdurent sur les effets secondaires et notamment sur le fait qu'une utilisation répétée entraînerait une baisse de la fertilité, voire rendrait stérile. Cet ensemble d'obstacles à une bonne utilisation de la contraception d'urgence représentait environ 15% des raisons pour lesquelles les patientes de notre étude n'ont pas eu recours à cette stratégie de rattrapage.

A noter également que les périodes de transition (changement de partenaire ou relation conjugale instable, relais entre deux méthodes contraceptives, changement de situation...) étaient citées par les patientes, et que conformément aux constats de la littérature, ils seraient propices au risque d'IVG.

Dans l'analyse du parcours contraceptif des femmes de notre étude, nous ne retrouvons pas de différence significative entre patientes vulnérables et non vulnérables concernant :

- le changement de méthode contraceptive dans les 6 mois précédents,
- la contraception dans le mois précédant la grossesse et les raisons d'absence de contraception à ce moment là,
- le recours à la contraception d'urgence et les raisons de non recours,
- l'existence ou non d'une contraception dans le mois précédant la grossesse s'il s'agissait d'une première IVG.

En revanche, les patientes vulnérables étaient plus concernées par le fait :

- de ne jamais avoir utilisé de méthode contraceptive au cours de leur vie,
- de ne pas avoir eu de contraception dans le mois qui précédait cette grossesse lorsqu'elles avaient déjà recouru au moins une fois à l'IVG.

Dans notre étude, un peu plus d'une femme sur trois avait donc une contraception en cours lorsque la grossesse a débuté, et cette proportion était à peu près la même, que les patientes aient déjà réalisé une IVG ou qu'il se soit agi de la première. Cependant, une particularité ressortait dans la comparaison entre les femmes non vulnérables et les vulnérables ayant un antécédent d'IVG, ces dernières étant plus souvent sans contraception dans le mois qui précédait la grossesse.

Alors que les patientes en situation de précarité seraient plus exposées au risque de répétition des IVG, avec de ce fait une multiplication des consultations médicales et des occasions d'aborder le problème de la contraception, elles auraient pourtant une moins bonne couverture contraceptive sur un plus long terme. Le fait que la contraception proposée après l'IVG nécessite plus souvent une prescription médicale (pilule, DIU, implant) [32],

confronterait-elle plus facilement les femmes vulnérables au problème des freins matériels d'accès à la contraception (financière, accès au prescripteur pour le renouvellement...)? Il est aussi possible que les patientes vulnérables se soient moins souvent présentées à la consultation post-IVG, ou qu'elles n'aient pas bénéficié d'explications sur les différentes méthodes possibles, ou qu'elles n'aient pas bénéficié de la contraception la plus adaptée à leur mode de vie ou leurs conditions matérielles, parallèlement à une éventuelle mésestime d'elles-mêmes.

De façon générale, une étude française récente montrait que, parmi les femmes ayant débuté une contraception à l'issue d'une précédente IVG, la majorité des patientes n'utilisait plus de méthode contraceptive lors de la répétition d'un avortement [80].

Pour la grande majorité des femmes ayant des avortements répétés, les grossesses ne résulteraient pas d'une absence d'utilisation de contraception mais plutôt de la mauvaise utilisation d'une méthode ou de l'utilisation d'une méthode peu sûre [81]. Or, comme décrit plus haut, la première explication donnée par les femmes de notre étude à l'absence de couverture contraceptive dans le mois où a débuté la grossesse était la mauvaise utilisation de la méthode contraceptive.

L'enquête de la DREES montrait toutefois que les femmes qui avaient déjà eu une IVG dans le passé déclaraient plus souvent recevoir une méthode contraceptive ne nécessitant pas une prise quotidienne, après leur dernière IVG [32].

L'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant eu recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédents [24]. Dans notre étude, il ne s'agissait que d'une femme sur cinq. Cela peut être lié au mode de vie des patientes, à une part plus importante de négligence, à l'évolution des relations de couple, ou à des difficultés d'accès au prescripteur compte tenu de la diminution du nombre de gynécologues libéraux. Le fait que les patientes vulnérables aient été aussi nombreuses que les non vulnérables à ne pas changer de moyen contraceptif dans les 6 mois précédents pourrait laisser penser que la satisfaction vis à vis du moyen utilisé, ou l'accès au prescripteur, ou la connaissance des différentes méthodes contraceptives... ne sont pas liés au degré de précarité.

Il semble exister une difficulté d'accès à une première contraception pour une petite part de patientes, le plus souvent en situation de vulnérabilité sociale. Le second point tiré de nos observations concerne l'échec de contraception post-IVG, et les probables difficultés de maintien ou de bonne utilisation d'une contraception, à la suite d'une IVG, pour les femmes vulnérables. Cette situation pourrait également être liée au choix

imposé d'une contraception post-IVG par le médecin, ainsi qu'aux difficultés de la patiente vulnérable d'affirmer ses choix.

L'inadéquation de la méthode et des pratiques contraceptives toucherait un nombre non négligeable de femmes, quel que soit leur degré de vulnérabilité.

Discussion des résultats concernant le parcours de soins «IVG»

- Age gestationnel

Dans notre étude, un peu moins d'une IVG sur deux était réalisée au terme de 7 SA ou avant. Les IVG tardives correspondaient à 4,9% de l'ensemble des IVG, ce qui est une part moindre que celle retrouvée par l'enquête du RPA, où 9,9% des IVG en Aquitaine auraient été réalisées à 12 SA ou plus.

Bien que les IVG «précoces» concernaient de façon similaire les deux groupes de patientes, on notait une différence de répartition des âges de grossesse entre les femmes précaires et les autres, avec notamment une proportion plus importante de patientes vulnérables recourant tardivement à l'IVG.

Nos résultats sont proches de ceux retrouvés dans la littérature [82] : les IVG «précoces» (réalisées avant 6 semaines de grossesse) représentent près de la moitié des IVG, alors que les IVG «tardives» (réalisées à partir de 10 semaines de grossesse) représentent 8% des IVG. L'augmentation de la part des IVG médicamenteuses réalisées plus précocement que les IVG chirurgicales, et l'étalement du délai légal de recours à l'IVG introduit par la loi de 2001, ont eu des effets contradictoires. Cela explique le maintien de la durée moyenne de gestation. L'allongement du délai légal maximum s'est traduit par un allongement de la distribution des IVG vers des délais plus longs, de l'ordre de 9 à 10 semaines de grossesse mais relativement peu au-delà.

Ainsi, la durée de gestation moyenne au moment de l'IVG est restée stable depuis 1990, un peu au-dessus de 6 semaines de grossesse. Les facteurs sociodémographiques associés à des durées de gestation plus longues demeurent les mêmes: les femmes les plus jeunes, celles ayant moins d'enfants, les célibataires et celles n'ayant pas d'emploi recourent plus tardivement à l'IVG

Cependant les patientes n'avaient pas toujours répondu à la question, et nous ne pouvons donc pas interpréter ces résultats.

- Qui contacter

La majorité des patientes, quel que soit le degré de vulnérabilité, savait où aller et qui contacter afin de réaliser la demande d'IVG. Il n'existait pas de différence significative entre patientes précaires et non précaires, notamment dans l'aide reçue ou non à ce stade de la démarche pour celles qui ignoraient comment procéder. Seules 2,1% des patientes de l'étude ignoraient comment amorcer la démarche, et n'ont été aidées de personne. **Nous pouvons supposer que les deux groupes étaient relativement bien informés sur la façon de réaliser une demande d'IVG, et bien aidés dans le cas contraire, quel que soit le degré de vulnérabilité.**

La mise en place des permanences téléphoniques «Contraception-IVG» par l'ARS Aquitaine a peut-être facilité la démarche des femmes.

- Aide dans l'orientation

Environ trois femmes sur quatre bénéficiaient d'une aide dans leur orientation en vue de la réalisation d'une IVG. Quel que soit leur niveau de vulnérabilité, les patientes recevaient en premier lieu l'aide d'un professionnel de santé, puis du partenaire, d'un membre de la famille, d'amis et/ou relations de travail, et enfin d'une autre personne. Mais souvent il s'agissait de l'association de plusieurs personnes. Il existait de minces nuances entre chaque groupe de patientes, l'aide des proches étant plus fréquemment citées par les femmes vulnérables, à la différence des non vulnérables, pour qui il s'agissait plus souvent d'un professionnel de santé, du partenaire (mais le fait d'être ou non en couple est un critère du score EPICES), ou de plusieurs aidants.

L'aide provenant d'un membre de la famille était plus fréquente pour les patientes de 24 ans et moins que pour les autres tranches d'âge, et diminuait plus l'âge de la patiente augmentait.

Pour les moins de 20 ans, le fait de bénéficier d'une aide n'était pas dépendant du degré de vulnérabilité. Les patientes les plus jeunes étaient globalement plus entourées que les autres (tout âge confondu) dans leur démarche d'IVG, et l'aide obtenue était marquée par la pluralité, intégrant à la fois un membre de la famille, un professionnel de santé, le partenaire etc... Cela se vérifiait particulièrement pour les patientes non vulnérables. En revanche, celles en situation de précarité se disaient un peu plus souvent aidées par leur partenaire, leurs amis et/ou relations de travail. L'aide provenant d'un membre de la famille était la même dans chacun des deux groupes, et à la différence de l'ensemble de la population

étudiée, arrivait en première place pour ces patientes les plus jeunes , devant le professionnel de santé.

Peu de différences étaient observées entre patientes vulnérables et non vulnérables concernant l'aide dans l'orientation. Tout âge confondu, les femmes en situation de précarité étaient un peu plus souvent seules, ne bénéficiant de l'aide de personne. **Mais il n'existait pas d'isolement social significatif pour les femmes vulnérables entamant une démarche d'IVG.** Le fait qu'une situation de précarité accroisse les phénomènes d'exclusion, en s'infiltrant dans les bases de la cohésion sociale (l'emploi, l'école, le logement, la famille), aurait pu nous laisser présager une différence plus évidente, d'autant plus que l'aspect multidimensionnel du score EPICES permet de prendre en compte les interactions sociales et ne se limite pas à une définition proprement socio-économique et professionnelle de la précarité.

Des études ont démontré que le score EPICES augmentait avec le non recours aux soins. Le renoncement à des soins médicaux pour raisons financières concernerait une proportion élevée des personnes en situation de précarité, et augmenterait de façon très importante avec le degré de précarité [74].

Cela pourrait expliquer pourquoi **la source d'aide reçue variait légèrement entre chacun des deux groupes de notre étude, les patientes vulnérables faisant plus facilement appel à leurs proches tandis que les patientes non vulnérables s'entouraient un peu plus fréquemment de professionnels de santé.**

- Délais de prise en charge des IVG

Les patientes vulnérables étaient plus nombreuses que les non vulnérables à décrire un délai supérieur à 5 jours entre la décision de réaliser une IVG et le premier appel téléphonique. Cela correspond t-il à une période de doute non avouée pour les femmes en situation de précarité, liée peut-être à une ambivalence vis à vis du désir de maternité? Cette situation pourrait se présenter comme le combat entre la possibilité éventuelle d'extraction d'une condition sociale par l'acquisition du statut de mère [61], et les difficultés à prévoir la capacité à assumer financièrement l'arrivée d'un enfant.

Des différences sociales ont été décrites dans le choix de recourir à l'IVG face à une grossesse non prévue, par le biais notamment de représentations différentes vis-à-vis de la «norme procréative» en vigueur dans les années 1970, comme décrit précédemment [25]. Le choix d'interrompre ou non cette grossesse peut par exemple dépendre :

- pour les plus jeunes femmes, de la notion de perspective de réussite sociale via la poursuite des études : celles qui peuvent se projeter dans un avenir professionnel plus assuré par l'acquisition de capitaux scolaires auront majoritairement recours à l'interruption volontaire de grossesse;
- de la qualité de la relation de couple : les jeunes femmes engagées dans une relation qu'elles qualifient de stable sont moins nombreuses à interrompre leur grossesse non prévue que celles qui sont dans une relation jugée sans avenir;
- de l'écart d'âge entre les enfants pour celles qui sont déjà mères.

Un peu moins de la moitié des patientes de notre étude bénéficiaient d'un rendez-vous dans les 5 jours suivant le premier appel téléphonique, et ce quel que soit le degré de vulnérabilité.

Rappelons les recommandations de l'HAS (ex-ANAES) publiées en mars 2001 et mises à jour en décembre 2010 : «Toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide».

Selon l'ARS Aquitaine, en 2009, le délai HAS de 5 jours pour prise de rendez-vous était respecté pour les trois quarts des établissements. Quatre vingt cinq pour cent des établissements faisaient état de difficultés pour répondre à la demande, dont la moitié en période estivale. Trente sept pour cent mettaient en avant la clause de conscience des praticiens.

Les femmes vulnérables n'étaient pas plus exposées que les non vulnérables au risque de non respect des recommandations de l'HAS, selon lesquelles toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel.

Concernant le délai entre le premier rendez-vous et l'IVG, nos résultats diffèrent de ceux retrouvés dans l'étude de la DREES, où 58% des femmes en France métropolitaine en 2007 déclaraient un délai compris entre une et trois semaines, avec une moyenne de 12,1 jours et une médiane à 9 jours. Près d'une femme sur deux avait eu un parcours indirect pour accéder à son IVG, ce qui allonge le délai entre la découverte de la grossesse, la décision puis la réalisation de l'IVG [10].

Nous pourrions supposer à ce stade que l'offre de soins et l'accès à l'IVG en Aquitaine soient plus favorables, qu'il existe une plus grande fluidité des procédures d'accès, que cela soit lié à la technique d'IVG employée, ou qu'il existe un non respect du délai

légal de réflexion établi à 7 jours si l'on considère que le «premier rendez-vous» était bien le «premier entretien médical».

Cependant **les femmes vulnérables étaient moins nombreuses que les non vulnérables à décrire un délai supérieur à 7 jours entre le premier rendez-vous et l'IVG.** Leur parcours de soins était pourtant plus souvent difficile. Néanmoins nous n'observions pas de différence significative dans l'accès même à l'IVG, entre patientes vulnérables et non vulnérables.

Nous nous sommes demandés si cela était lié au fait que les femmes en situation de précarité pouvaient être plus souvent confrontées à des IVG «tardives», ce qui nécessiterait éventuellement un raccourcissement du délai légal de réflexion.

Sans pouvoir le confirmer (en raison du nombre important de non-réponses à la question sur l'âge gestationnel), les femmes vulnérables étaient globalement plus concernées par le recours tardif à l'IVG, et ces IVG «tardives» étaient un peu plus nombreuses à être réalisées dans un délai de 7 jours ou moins, qu'au-delà de 7 jours (5,4% contre 4,9%). Néanmoins cette part d'IVG «tardives» était mince sur l'ensemble des IVG (4,9%).

Notons que, lorsque le délai était de 7 jours ou moins, 82,4% des IVG étaient réalisées pour des grossesses de moins de 12 SA, sans risque a priori de dépassement de terme. Cela peut nous amener à penser que le délai légal de réflexion n'a pas été respecté. Une patiente peut assigner le médecin ayant réalisé l'IVG en réparation de son préjudice moral, en lui faisant grief d'avoir écourté le délai de réflexion prévu par la loi et de lui avoir fait perdre une chance de prendre une décision après avoir mûrement réfléchi.

Existe t-il un lien avec le premier professionnel contacté? Nous savons que le délai entre le premier contact pris et la date de réalisation de l'IVG varie selon le praticien contacté en premier, selon qu'il a ou non réalisé lui-même l'IVG, mais aussi et surtout selon la méthode employée. Le délai moyen est minimal lorsque la femme s'est adressée à son gynécologue habituel (10,6 jours, avec une médiane à huit jours) et est maximal lorsque la femme a contacté un autre médecin de ville ou un professionnel en centre de PMI ou de planification familiale (plus de treize jours) [10].

Dans notre étude, ce délai n'était pas rallongé lorsque le premier professionnel contacté était un médecin généraliste, et il n'était pas raccourci non plus lorsque les patientes avaient eu affaire à un gynécologue libéral, à un professionnel de CPEF, PMI, Planning familial, ou un professionnel de structure hospitalière.

Il est difficile d'interpréter les résultats portant sur le délai entre le premier contact pris et la date de réalisation de l'IVG, et le type d'IVG réalisé, au vu des non réponses (11,3% pour le premier délai, 15,9% pour le second, 20,2% pour le troisième et dernier étudié).

Le fait que les femmes vulnérables décrivaient un délai plus court entre le premier rendez-vous et l'IVG ne semble pas trouver son explication dans la facilité d'accès aux soins, le recours tardif à l'IVG, la nature du premier professionnel contacté, ou le type d'IVG réalisé.

Nombreuses sont les patientes à ne pas avoir répondu aux questions concernant les délais, surtout lorsqu'il s'agissait de celui entre le premier rendez-vous et l'IVG (une femme sur cinq). La notion de «premier rendez-vous» peut également varier d'une femme à l'autre et nous aurions peut-être dû en préciser le sens. Cela incite à interpréter ces résultats avec recul.

- Professionnel contacté en premier et autres professionnels rencontrés avant le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG

Il existait peu de différence dans le premier professionnel contacté, entre patientes vulnérables et non vulnérables. Il s'agissait pour une femme sur trois d'un médecin généraliste. Le gynécologue libéral arrivait en seconde position pour les patientes non vulnérables, mais il s'agissait en revanche d'un professionnel de CPEF, PMI ou Planning familial pour les patientes vulnérables.

Dans environ 60% des cas le premier professionnel contacté était un médecin généraliste ou un gynécologue libéral quel que soit le degré de vulnérabilité. Les patientes avaient rarement eu affaire à une sage-femme libérale ou un infirmier scolaire lorsqu'elles débutaient leur démarche d'IVG.

Une femme sur cinq avait rencontré un professionnel de CPEF, PMI ou Planning familial en premier.

Nos résultats sont proches de ceux présentés dans l'étude de la DREES, qui montrait que le professionnel rencontré en premier était dans la moitié des cas le généraliste ou le gynécologue habituel de la femme, et un praticien de PMI près d'une fois sur cinq [10].

Nous constatons qu'après le premier contact majoritaire qu'est le médecin généraliste, les patientes non vulnérables allaient plutôt consulter un gynécologue libéral ou un professionnel de structure hospitalière, alors que les patientes vulnérables s'orientaient plus vers des structures de CPEF, PMI ou Planning familial, avant de consulter un gynécologue libéral.

Il est important de souligner ici la place essentielle du médecin généraliste dans le parcours de soins des patientes en général, et du rôle majeur des structures comme les CPEF, PMI, Planning familial pour les patientes en situation de précarité.

Les patientes de notre étude avaient ensuite rencontré approximativement les mêmes professionnels, entre ce premier contact et le premier rendez-vous dans le lieu de l'IVG, quel que soit le degré de vulnérabilité.

Environ un tiers des femmes de chaque groupe ont été en contact avec un professionnel «IVG». Si l'on considère qu'une filière directe pour accéder à l'IVG se définit par le fait que les femmes n'ont rencontré aucun autre professionnel entre le premier professionnel contacté et le premier rendez-vous effectif pour leur IVG, alors les patientes vulnérables de notre étude n'étaient pas plus confrontées à une situation de filière indirecte que les patientes non vulnérables. Il aurait fallu, pour conclure à cela, qu'elles aient confirmé que c'était bien le premier contact cité qui les avait adressées vers le lieu de réalisation de l'IVG.

Par ailleurs, les femmes vulnérables étaient peu nombreuses à avoir eu un entretien avec une assistante sociale ou une conseillère conjugale. Il pourrait être utile de corriger un éventuel défaut de repérage de la vulnérabilité au moment de la première consultation IVG, afin d'améliorer la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité sociale. Mais cet entretien n'est pas obligatoire et procède du libre choix de la patiente, si celle-ci n'est pas mineure.

- Facilité de la démarche

Alors que le parcours de soins s'avérait être plus difficile pour les patientes vulnérables, ces dernières étaient aussi nombreuses que les non vulnérables à percevoir la démarche comme facile. Certaines avaient toutefois compris que nous leur demandions leur avis sur la facilité à trouver une place de parking.

Nos résultats sont similaires à ceux de l'enquête COCON qui décrivait, dans l'ensemble, des femmes estimant avoir facilement trouvé une place pour leur IVG [83].

- Type d'IVG réalisé

Le type d'IVG réalisé et le lieu de l'intervention n'étaient pas dépendants du degré de précarité. Les patientes de notre étude, vulnérables ou non, avaient bénéficié le plus souvent d'une IVG chirurgicale à l'hôpital, puis d'une IVG médicamenteuse en secteur public

(ces deux situations représentant 81,1% de l'ensemble des IVG). **Il n'était pas retrouvé de différence entre femmes vulnérables et non vulnérables, vis à vis de la prise en charge hors établissement de santé.**

Dans notre étude, le recours à l'IVG chirurgicale était plus fréquent. La part d'IVG médicamenteuses ne s'élevait qu'à 40,2%, contre 57% en France métropolitaine en 2012. Environ 38% des IVG réalisées en établissement de santé dans nos travaux étaient des IVG médicamenteuses, contre 49% d'après les résultats de la DREES. Les IVG réalisées en cabinet libéral représentaient 3,9% de l'ensemble des IVG contre 14% en Métropole, et celles en CPEF représentaient 2,2% de l'ensemble des IVG contre 1% en Métropole.

Nos résultats concernant la répartition public/privé sont en accord avec ceux de la DREES (80% des IVG étaient effectuées en établissement public) et avec ceux du RPA (86%).

Plus précisément, la part d'IVG chirurgicales réalisées en secteur public s'élevait à 86,5% (contre 77,6% en Métropole) et à 13,5% en secteur privé (contre 22,4% en Métropole). Le secteur public prenait par ailleurs en charge 87,2% des IVG médicamenteuses (contre 83,3% en Métropole) et le secteur privé 12,8% (contre 16,7% en Métropole) [17].

En comparaison avec les résultats de l'enquête du RPA, nous retrouvions moins d'IVG réalisées hors établissement de santé (17,4% en 2012 en Aquitaine, 14% en 2011 en France). Au niveau départemental, nos résultats ne sont pas représentatifs des données existantes, et de la même façon que pour la répartition des IVG entre les départements, la Gironde paraît sous-représentée en terme de prise en charge hors établissement, alors que les Pyrénées-Atlantiques seraient surreprésentées. Le dispositif n'étant pas encore mis en place en Lot-et-Garonne et en Dordogne, il était logique que nous n'ayons aucune IVG réalisée hors établissement pour ces deux départements dans notre étude.

Concernant le type d'IVG réalisé selon l'âge gestationnel au moment de l'intervention, nos résultats étaient proches de ceux de l'enquête du RPA, où 96,4% des IVG pour un terme compris entre 12 et 14 SA sont réalisées en secteur public contre 3,6% en secteur privé, d'après les données PMSI. Néanmoins, dans notre étude **aucune IVG n'a été pratiquée en secteur privé pour un terme compris entre 12 et 14 SA.**

La méthode d'IVG utilisée et son lieu de réalisation dépendent étroitement de l'âge gestationnel au moment de l'intervention : les IVG médicamenteuses interviennent majoritairement entre 4 et 9 SA et les IVG chirurgicales entre 6 et 14 SA [10]. D'après nos résultats, l'IVG médicamenteuse est privilégiée jusqu'à 7 SA, terme au-delà duquel c'est la technique chirurgicale qui prédomine.

En revanche, **le choix de la méthode employée n'était pas dépendant de l'âge de la patiente pour une IVG réalisée à 7 SA ou moins.** Ainsi, les patientes les plus jeunes, de moins de 20 ans, n'avaient pas plus fréquemment que les autres une IVG chirurgicale à ce terme de la grossesse.

Discussion des résultats concernant les conduites et/ou situations à risque

Notre travail montrait que **le risque global était lié à la situation de précarité : 59,8% des patientes exposées à un (des) risque(s) étaient vulnérables.**

Par ailleurs, l'exposition à des conduites et/ou situations à risque, et le cumul de celles-ci, augmentaient globalement avec le degré de vulnérabilité.

Les patientes vulnérables étaient plus nombreuses à décrire une situation de conflit avec le partenaire, mais par définition (EPICES), étaient moins souvent en couple.

Les violences faites aux femmes sont multiples et difficiles à cerner, en raison notamment des fortes réticences des victimes à les dénoncer. Selon l'enquête «Cadre de vie et sécurité» menée par l'INSEE [84], plus de 400 000 femmes ont été victimes de violences conjugales en 2010 et 2011, soit 1,8 % des femmes âgées de 18 à 75 ans, mais la plupart de ces violences ne sont pas suivies de plaintes. Les premières violences auxquelles les femmes sont confrontées sont les violences verbales telles que les injures (12,8%) et les menaces (4,8%) ; viennent ensuite les violences physiques ou sexuelles (5,5% au total dont 1,3% pour la violence sexuelle). Dans cette enquête, les violences conjugales à l'encontre des femmes touchent tous les milieux sociaux, quel que soit le lieu de résidence. Toutefois, les diplômées du supérieur sont relativement moins exposées aux violences conjugales (1,4%), alors qu'elles subissent autant les autres types de violences. Les femmes dont le niveau de vie est plus élevé sont également moins souvent confrontées à la violence de leur conjoint. Pour un tiers des femmes victimes de violences conjugales, le conjoint était sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue. Les violences commises sous l'emprise de l'alcool ou de la drogue sont plus fréquentes au sein des ménages les plus modestes.

Le fait que les femmes vulnérables de notre étude aient été plus souvent victimes de violences est en accord avec les résultats d'une étude transversale menée dans le service de médecine légale du CHU de Saint-Etienne entre le 1er juin 2006 et le 28 février 2007 auprès des victimes de violences volontaires âgées de 16 ans et plus, consultant à la suite

d'une agression [85]. Le score EPICES a été utilisé afin de mesurer le niveau de précarité des victimes, en fonction duquel les caractéristiques des violences subies ont été comparées. Les caractéristiques socio-économiques (dont le score EPICES) ont également été comparées à celles d'une population de référence.

Cette étude partait du constat selon lequel plusieurs théories avaient tenté de relier précarité et violence, en considérant que les éléments de la vulnérabilité socio-économique (principalement le chômage, le faible niveau d'éducation et les faibles revenus) conduisaient à la désorganisation sociale faisant le lit de la violence : alors que cette littérature internationale observait un lien entre vulnérabilité socio-économique et violences subies par l'utilisation d'indicateurs collectifs et de données de recensement peu précis, elle montrait également une disparité dans l'évaluation de la précarité. Les facteurs sociaux seraient ainsi déterminants dans la genèse des violences volontaires.

Sur la population étudiée à Saint-Etienne, représentative des victimes portant plainte et non de l'ensemble des victimes de violence, les victimes d'agression avaient fréquemment un profil socio-économique plutôt défavorisé et étaient souvent en situation de précarité (selon le score EPICES) notamment en ce qui concernait les violences intrafamiliales. Ce profil socio-économique différait de celui de la population de référence (consultants des CES âgés de 16 ans et plus, résidant dans la région Rhône-Alpes et ayant réalisé un examen de santé en 2005).

La précarité mise en évidence par le score EPICES était ainsi plus fréquemment rencontrée chez les victimes de violences consultant dans le service de médecine légale que dans la population de référence, et le risque de consulter pour violences volontaires augmentait de façon presque continue avec les niveaux croissants de vulnérabilité sociale mesurée par le score EPICES.

Cette constatation s'interprétait de deux manières : soit les personnes en situation de précarité consultaient plus volontiers que les autres, soit la précarité intervenait dans la genèse des violences et constituait un facteur de risque.

Nos résultats sont proches de ceux de M. Lafaysse [34], où 61 femmes de son étude (7,5%) déclaraient subir des violences conjugales. Néanmoins nous n'avions pas spécifié dans notre questionnaire le caractère conjugal des agressions, et deux patientes avaient précisé qu'elles avaient été victimes de leur père ou de leur frère.

Il existait une plus grande part de violences physiques déclarées dans notre étude (30,6% versus 3,3% dans l'étude de M. Lafaysse) et moins de violences psychiques (24,2% versus 36,1% dans l'étude de M. Lafaysse) ou mixtes (14,4% versus 24,6% dans l'étude de M. Lafaysse).

Par ailleurs, M. Lafaysse ciblait le fait qu'être ou avoir été victime de violences aurait des répercussions sur le comportement sexuel et la gestion de la contraception des femmes, rendant plus important le risque de grossesse non prévue.

Le fait que les patientes vulnérables soient plus sujettes à la répétition des IVG, ou qu'elles aient probablement une tendance au recours tardif à l'IVG, ou qu'elles soient confrontées plus jeunes à un cas de grossesse non prévue, ou que le délai entre leur décision d'interrompre la grossesse et le premier appel téléphonique soit plus long, ne s'expliquent pas par l'exposition élevée de ces femmes à des conduites et/ou situations à risque.

En revanche, cette influence semble exister chez les patientes non vulnérables, lorsqu'elles se présentent à un terme tardif pour leur IVG, ou lorsqu'elles sont particulièrement jeunes.

La prévalence des violences dans notre étude (7,1%) est proche de celle trouvée dans d'autres études chez des femmes ayant eu une IVG, par D. Bourassa au Canada (7%) [86] ou par P. Romito en Italie (5,5%) [87], mais plus faible que celle mise en évidence par J. Woo au Texas (14%) [88] ou par G. Evins en Caroline du Nord (31%) [89].

Discussion des résultats concernant le parcours de soins difficile

L'analyse des obstacles dans le parcours de soins révélait que plus les critères de difficulté s'accumulaient, plus il s'agissait de patientes vulnérables. Cela s'observait à partir du score de 3, que nous avons initialement désigné comme le seuil définissant un «parcours de soins difficile».

Presque une patiente sur trois avait eu un parcours de soins difficile, et il s'agissait en majorité de femmes en situation de précarité.

Nous avons ensuite recherché quels items étaient les plus représentés dans les parcours de soins qualifiés de «difficiles», afin de permettre la mise en place éventuelle d'actions spécifiques pour diminuer l'impact de ces obstacles. **Informé plus efficacement sur la contraception d'urgence et promouvoir son utilisation en cas d'échec de contraception sont des démarches déjà entreprises mais à renforcer. Favoriser l'accès à un suivi gynécologique régulier et lutter contre les échecs de contraception post-IVG seraient des points sur lesquels insister, spécialement auprès des femmes en situation de vulnérabilité, afin de lisser les conditions de recours à l'IVG.**

Dans son étude, M. Lafaysse [34] montrait que près d'un tiers des patientes affirmaient qu'on ne leur avait pas parlé de la contraception d'urgence à l'occasion de la consultation post-IVG.

Cela souligne l'importance de délivrer une information complète sur la contraception lors d'un temps dédié, notamment la contraception d'urgence, et de prendre en compte le mode de vie, les préférences, et les freins matériels des patientes en situation de précarité, en consultation post-IVG. Cela peut passer par l'intégration du score EPICES au dossier des patientes, afin de cibler sans stigmatisation, de façon systématique, les femmes les plus fragiles.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre objectif principal est atteint. Nous avons décrit les caractéristiques sociodémographiques, le parcours de soins lié à la contraception et à l'IVG, et le degré de vulnérabilité selon le score EPICES, des patientes ayant eu une IVG en Aquitaine entre le lundi 10 février et le samedi 31 mai 2014.

Secondairement, nous avons analysé les parcours de soins des patientes, en décrivant notamment l'exposition à certains risques et les difficultés observées dans le parcours de soins global.

Nous avons également comparé la population des patientes vulnérables à celle des patientes non vulnérables à travers les différences dans les parcours de soins, afin d'adapter la prise en charge des patientes les plus défavorisées, fréquemment représentées dans notre travail.

La description des IVG tardives s'est en revanche avérée plus délicate au vu des nombreuses non-réponses à la question sur l'âge gestationnel.

• Il ressort donc de nos résultats et de leur analyse que :

- La précarité est liée au parcours de soins difficile

Notre population de femmes recourant à l'IVG était plus vulnérable que la population générale. Elles étaient également plus souvent au chômage, et moins souvent bénéficiaires d'une assurance maladie complémentaire.

Leur parcours de soins a été jugé difficile pour une patiente sur trois, surtout chez les femmes les plus vulnérables. Une situation économique difficile peut être un véritable frein au recours aux soins et à la contraception. Malgré cette évidence, les femmes vulnérables étaient peu nombreuses à avoir eu un entretien avec une assistante sociale ou une conseillère conjugale à l'occasion de leur démarche d'IVG.

Les patientes vulnérables, plus jeunes, bénéficiaient d'un moindre suivi gynécologique, et étaient confrontées de ce fait à un recours plus tardif aux soins et probablement à la contraception. Elles étaient d'ailleurs plus précocement sujettes à une situation de grossesse non prévue.

Néanmoins, la vulnérabilité dans notre étude ne déterminait pas toutes les difficultés observées dans le parcours contraceptif. Deux situations étaient significativement liées à la précarité. Il semblait d'une part exister une difficulté d'accès à une première contraception pour une faible proportion de patientes, le plus souvent en situation de vulnérabilité sociale. D'autre part, les femmes vulnérables étaient probablement exposées à un plus grand risque d'échec de contraception post-IVG, autrement dit de maintien ou de bonne utilisation de cette contraception, à supposer qu'il s'agisse d'une méthode sûre. Elles recouraient d'ailleurs à de plus nombreuses reprises à l'IVG.

Rappelons qu'aucune différence n'était retrouvée entre patientes vulnérables et non vulnérables concernant le changement de méthode contraceptive dans les 6 mois précédents, la contraception dans le mois précédant la grossesse et les raisons d'absence de contraception à ce moment là. Nos résultats différaient cependant de ceux des enquêtes nationales, dans le sens d'une moins forte couverture contraceptive au moment où la grossesse a débuté. La mauvaise utilisation de la contraception, citée en premier par les patientes de notre étude, révèle le problème de l'inadéquation des méthodes et pratiques contraceptives quel que soit le degré de vulnérabilité des femmes.

Le faible recours à la contraception d'urgence ne touchait pas plus les patientes vulnérables que les non vulnérables, mais représente un obstacle majeur dans le parcours de soins global des femmes. Les raisons principales de non recours à cette stratégie de rattrapage mettent aussi en évidence le défaut d'information sur la sexualité et la contraception, quel que soit le degré de vulnérabilité des femmes.

Nous avons constaté que le médecin généraliste tenait une place essentielle dans le parcours de soins des patientes en général, et qu'une patiente vulnérable sur cinq contactait en premier lieu une structure tels que CPEF, PMI, ou Planning familial.

Malgré notre description des difficultés présentes dans le parcours de soins global des patientes vulnérables, ces dernières étaient pourtant aussi nombreuses que les non vulnérables à percevoir la démarche d'IVG comme facile.

En effet, dès que la décision de l'IVG a été prise, les femmes vulnérables n'ont pas été confrontées à un parcours plus difficile. Elles étaient majoritairement bien informées des démarches à entreprendre pour réaliser une IVG en Aquitaine (savaient qui contacter et où aller), ont bénéficié aussi souvent de l'aide d'un professionnel de santé ou de leur entourage, avaient les mêmes délais de prise en charge, qu'il s'agisse de celui fixant leur premier rendez-vous, ou de celui entre ce premier rendez-vous et l'IVG (ce dernier étant même plus court que les moins vulnérables), ont eu les mêmes accès aux types d'IVG et lieux

d'intervention. Enfin, elles avaient bénéficié une fois sur trois d'un contact avec un professionnel «IVG», soit autant que les non vulnérables.

Globalement, le parcours de soins a néanmoins été plus difficile, eu égard à la prise en charge du suivi gynécologique et contraceptif avant la grossesse non prévue et la décision de l'interrompre. La prise en charge de l'IVG a été la même quelle que soit la vulnérabilité de la patiente.

- La précarité apparaît liée à la répétition des IVG

La précarité définie par le score EPICES est associée à la répétition des IVG et au nombre d'IVG antérieures. Les plus vulnérables recouraient également plus précocement à une première IVG.

Les patientes vulnérables rencontraient plus souvent des difficultés dans l'utilisation d'une contraception post-IVG.

- La précarité apparaît liée à des conduites et/ou situations à risque

Cela peut être considéré comme une forme supplémentaire de fragilité pour ces femmes, qui de plus s'exposent probablement à un isolement lorsque les risques se cumulent. Il est possible que la précarité intervienne ici dans la genèse des violences et constitue un facteur de risque.

Nous n'avons pu établir de lien dans notre étude entre le risque global pour ces femmes vulnérables, et la répétition des IVG, le recours tardif à l'IVG, l'âge des patientes, ou le délai entre la décision d'interrompre la grossesse et le premier appel téléphonique.

Nous pouvons tout de même supposer que cet autre forme de vulnérabilité est susceptible de conditionner les pratiques sexuelles et contraceptives des femmes, rendant plus important le risque de grossesse non prévue : les situations de violence, mais plus généralement certains facteurs individuels, multiples et complexes, conduiraient à une grossesse imprévue et à la décision de l'interrompre, et justifieraient des mesures publiques. Celles-ci complèteraient l'action de l'approche préventive contraceptive.

- Le cas des IVG tardives est complexe à décrire

De nombreuses patientes n'ont pu répondre à la question sur le terme de la grossesse au moment de l'IVG, de ce fait il nous est difficile d'interpréter les résultats obtenus.

Parmi les réponses exploitables, il ressortait que les IVG tardives représentaient une faible part de l'ensemble des IVG, et touchaient plus fréquemment les femmes en situation de précarité, donc d'instabilité conjugale, matérielle, sociale... et probablement de souffrance psychologique liée à leur histoire propre et aux risques auxquels elles sont plus souvent exposées.

Aucune des IVG tardives n'a été pratiquée en secteur privé.

Enfin, il existait un lien entre les IVG tardives et l'exposition à des risques, pour les patientes non vulnérables uniquement.

• Intérêt de l'utilisation du score EPICES dans une étude sur le parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG

Les enquêtes nationales précédemment citées, comme par exemple celle de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007, soulignent des disparités sociales dans l'accès à la contraception, à la répétition des IVG... mais les seuls indicateurs analysés sont le niveau d'études, la catégorie socioprofessionnelle et les bénéficiaires de minima sociaux. Or ces critères ne décrivent que partiellement la précarité, d'où la nécessité de réaliser des enquêtes plus approfondies sur ces situations de vulnérabilité, tenant compte de tous les aspects de la précarité et non uniquement du statut socio-économique.

Cette étude propose un outil permettant de pallier à une première difficulté : évaluer correctement et précisément la situation sociale et économique des femmes recourant à une IVG. L'échelle EPICES pourrait en ce sens constituer un outil épidémiologique pertinent, simple et rapide, présentant l'avantage d'être multidimensionnel et indépendant du statut professionnel ou des seuls critères administratifs. Dans notre travail, les patientes qui consultaient pour une IVG avaient fréquemment un profil socio-économique défavorisé, et étaient souvent en situation de précarité selon le score EPICES. Or l'insuffisance des ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception rend plus vulnérables les femmes de milieu socio-économique bas, face au risque de grossesse non prévue.

Nos résultats ont confirmé l'existence de relations entre la précarité et l'âge, le chômage, le suivi gynécologique, la fréquence de recours à l'IVG, les antécédents de contraception, le terme de la grossesse, certains délais de prise en charge, les difficultés rencontrées dans le parcours de soins et les comportements et/ou situations à risque, au sein d'une population de femmes en Aquitaine sur une période d'étude de 3 mois.

Pour ces femmes aux conditions socio-économiques difficiles, la précarité n'est toutefois pas le seul paramètre conditionnant l'accès à la contraception ou aux soins, ni la décision de recours à l'IVG. De nombreux éléments n'ayant pas été pris en compte dans notre étude de par notre méthodologie, interagissent et ne peuvent être négligés : le poids de la culture, de la religion des femmes, leur éducation, la transmission des idéologies familiales autour de la vie sexuelle et de la contraception, l'influence du partenaire, le sens donné à la grossesse, l'ambiguïté entre désir de grossesse et désir d'enfant, etc.

• **Perspectives et propositions**

Notre enquête dresse un état des lieux des femmes réalisant une IVG en Aquitaine, selon leur vulnérabilité, mesurée par un outil pertinent et validé scientifiquement.

Nous avons décrit certaines caractéristiques des femmes vulnérables en Aquitaine. Cette description peut être un outil pour la prévention. Cependant, il serait intéressant de confirmer nos résultats à plus grande échelle, compte tenu de l'influence probablement importante de la précarité sur les comportements sexuels, contraceptifs et reproductifs.

Au vu des résultats précédemment décrits et de la place de la précarité dans les comportements contraceptifs et abortifs, notre objectif serait de repérer, sans stigmatiser, les femmes en situation de vulnérabilité sociale grâce à l'utilisation simple du score EPICES et sa définition multidimensionnelle de la précarité. Cela s'inscrirait dans la perspective générale visant à diminuer le nombre de grossesses non prévues et les obstacles dans le parcours de soins, notamment celui des femmes vulnérables, fréquemment représentées dans cette étude régionale.

- Une utilisation plus systématique du score EPICES dans de futures études

Ce score pourrait être intégré aux dossiers des patientes et utilisé lors de la première consultation IVG, offrant la possibilité d'un entretien avec une assistante sociale ou une

conseillère conjugale, qui informeraient notamment sur l'accès aux droits, durant la période de réflexion. Il pourrait également être utilisé durant la seconde consultation, mais parfois il s'agit du jour de réalisation de l'IVG, et les conditions psychologiques de la patiente à ce moment-là peuvent freiner sa participation au remplissage du questionnaire ou l'échange durant l'entretien avec le professionnel qui la reçoit. Le choix peut aussi être fait d'utiliser ce score lors de l'entretien post-IVG, mais en courant le risque que la patiente ne se présente pas à cette consultation. Si tel est le cas, le relais doit être fait avec le médecin traitant, ou le CPEF, la PMI, le Planning familial s'occupant du suivi de la patiente, d'où la nécessité de bien renseigner l'identité de ces professionnels ou structures dans le dossier d'IVG.

En dehors du contexte d'IVG, le professionnel recevant une femme pour un suivi gynécologique ou une demande de contraception devrait également prêter une attention particulière à la fragilité sociale de la patiente, et pouvoir recourir au score EPICES.

Il est important de sensibiliser ces professionnels au repérage des patientes vulnérables consultant pour un suivi gynécologique et/ou une demande d'IVG (notamment s'il y a notion de répétition), pour un accompagnement spécifique et dédié sans marginaliser ces femmes.

Une cartographie régionale des patientes en situation de précarité permettrait de cibler les actions de suivi médico-social, d'information, d'accès à la contraception, et de prévention des grossesses non prévues.

Le risque de l'utilisation brute de ce questionnaire est que les femmes se sentent stigmatisées. C'est l'empathie et la qualité d'approche du professionnel recevant la patiente qui doivent permettre d'éviter cela.

Le recours à ce score de vulnérabilité doit aboutir à une prise en charge et des actions d'aide ou de protection sociale. En ce sens, la connexion entre organismes ou travailleurs sociaux, médecins libéraux, établissements de santé, structures tels que CPEF, PMI, ou Planning familial doit être solide et efficace, renforçant l'idée de l'importance des réseaux de proximité. Il paraît essentiel d'intensifier le travail médico-social en réseaux de santé, d'organiser des liens avec les organismes de prise en charge et les structures de soins existantes, et d'aller vers une meilleure reconnaissance des professionnels de la périnatalité.

- Une amélioration de l'accès à la contraception et de l'information sur la sexualité

Chaque femme appréhende sa contraception avec ses représentations personnelles souvent imprégnées des idéologies familiales, de son éducation, de sa culture et de sa religion. A ces représentations s'ajoute l'influence de l'histoire propre, du contexte socio-économique, de la qualité de la relation de couple et du mode de vie de chaque femme. Tant d'éléments qui rendent le choix contraceptif très complexe.

La mise en place de la prescription contraceptive nécessite une relation fondée sur le partenariat entre le soignant et ses interlocuteurs, patiente et/ou couple, en marge de la position traditionnelle de guérison ou de prévention d'un état pathologique.

Le rapport de l'IGAS [24] préconisait le renforcement des formations relatives à la maîtrise de la fécondité au sein des professions médicales, notamment pour les médecins généralistes et les sages-femmes, avec éventuellement un encouragement financier vis à vis de la spécificité d'une consultation médicale à visée contraceptive. Il serait légitime de favoriser l'accès des sages-femmes au travail en CES ou PMI.

Il semble aussi nécessaire de lutter contre l'influence, auprès de certains médecins, des représentations quant à diverses méthodes contraceptives (DIU et nullipare par exemple) et la capacité d'une patiente à suivre la prescription. Le DIU a longtemps été associé à l'idée d'infection, de stérilité, et proposé aux femmes ayant déjà eu des enfants. Actuellement, l'amélioration de la performance des DIU et les études réalisées à ce sujet s'efforcent de mettre fin à ces croyances. Par ailleurs, le terme «stérilet», appellation purement francophone, renvoie une connotation négative et doit être banni. L'acronyme DIU utilisé aujourd'hui correspond davantage à un usage neutre et international.

Promouvoir les méthodes moins sujettes aux problèmes d'observance que la contraception orale hormonale, est une initiative à renforcer auprès des médecins généralistes. De même, en cas de changement, le relais contraceptif immédiat avec méthode locale la première semaine, sans attente des prochaines règles, doit être recommandé.

Récemment, les compétences des sages-femmes ont été élargies dans le domaine de la contraception, leur permettant de prescrire et de poser des DIU. Cependant il n'existe pas de formations pratiques organisées, en dehors de l'utilisation de mannequins, peu pratiques et peu réalistes, fournis par l'industrie pharmaceutique lors de cours théoriques sur le DIU. La remarque vaut aussi pour les médecins généralistes qui se forment souvent «sur le tas».

Le médecin généraliste reste le pivot du système de soins, et il se doit aussi d'être vigilant dans le repérage de situations et/ou conduites à risques vécues par les femmes, surtout si celles-ci sont fragilisées socialement. Il doit pouvoir proposer des orientations de suivi et de soutien aux femmes, dans le cadre de repères législatifs relatifs à la violence notamment. Néanmoins la recherche d'antécédents traumatiques au sein du bilan clinique initial, au même titre que la recherche d'antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques ou addictifs, s'avère difficile et intrusive.

L'information et l'éducation sexuelle doivent être entreprises dès le plus jeune âge.

L'implication du médecin généraliste dans l'éducation à la sexualité et la prise en charge de la contraception des adolescents trouve légitimement sa place dans la problématique de réduction des grossesses non prévues, quand l'éducation à la sexualité en milieu scolaire n'est ni perçue ni appliquée comme une obligation légale, sachant que les femmes vulnérables sont plus jeunes et plus précocement confrontées à une situation de grossesse non prévue.

Il faudrait également insister auprès des jeunes sur l'existence de structures extrascolaires, tels que CPEF et Planning Familial, destinées à développer des actions dans le domaine de l'éducation à la sexualité, et l'accès à la contraception, avec la garantie de la gratuité et de la confidentialité.

Selon Nisand [26], le discours mis en place dans les écoles doit être plus humain et replacer la relation sexuelle dans le contexte amoureux, évoquer les différentes modalités de séduction et valoriser le consentement mutuel, faire apparaître la prise de responsabilité en matière sexuelle comme étant signe de maturité. Enfin, elle doit aborder de manière informative, médicale les sujets qui intéressent les jeunes comme l'homosexualité, la masturbation, le plaisir sexuel, la virginité, les violences sexuelles et l'inceste. Il faut éviter trois écueils : celui de venir enseigner une technique, celui de prétendre réaliser une éducation sexuelle et celui de ne présenter la sexualité que sous la forme des risques auxquels elle expose.

Il est important de répéter l'information dans le temps, et de la diffuser à tous les âges, les garçons et les filles du même âge ne partageant pas toujours le même niveau de maturité et d'expérience. Les activités liées à l'éducation à la sexualité et la contraception doivent intégrer les garçons, et leur démontrer qu'eux aussi jouent un rôle important dans la démarche contraceptive.

Par ailleurs, faudrait-il prescrire de façon systématique une contraception d'urgence ⁸ ? Les situations d'échec de la contraception régulière (oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport imprévu non protégé...) sont nombreuses, or très peu de personnes selon l'INPES [79] connaissent précisément le délai d'utilisation de la contraception d'urgence. Devant ce manque d'informations sur le délai d'efficacité ou les croyances relatives à la contraception d'urgence, que toutes les femmes à risque de grossesse imprévue en possèdent une boîte chez elles, pourrait améliorer le recours à cette méthode et résoudrait le problème du remboursement. Pour une bonne utilisation, les femmes doivent cependant être conscientes du risque encouru de grossesse, et donc informées sur la sexualité et la contraception en général. Une prescription à l'avance doit ainsi s'accompagner d'une information

⁸ Contraception d'urgence hormonale, ou «pilule du lendemain».

personnalisée sur l'utilisation de la contraception d'urgence, ainsi que sur la contraception régulière et sur la prévention du VIH et des IST.

Cette habitude de prescription anticipée ne concernerait pas seulement les professionnels rencontrés au moment de l'IVG, mais tous ceux consultés pour une demande de contraception : sages-femmes, médecins libéraux et surtout généralistes.

La HAS recommandait en 2013 [90] d'envisager une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas dans certaines situations : pour les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence (difficultés d'accès à une pharmacie, difficultés financières ...), pour celles voyageant à l'étranger, et celles utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d'autres méthodes moins efficaces. La HAS ne recommandait cependant pas la prescription et la délivrance à l'avance de la pilule de contraception d'urgence en routine à titre systématique, les études disponibles n'ayant pas démontré l'efficacité d'une telle stratégie pour diminuer l'incidence des grossesses non prévues à l'échelle populationnelle. Les femmes vulnérables et les patientes les plus jeunes constitueraient un groupe cible de prescription anticipée de la contraception d'urgence.

Il faut également noter la place tenue par les pharmaciens, qui jouent un rôle essentiel dans la prévention des grossesses imprévues, allant au-delà de la simple délivrance d'un produit. Il s'agit par la même occasion de la délivrance de conseils et d'une information sur la contraception, qui devrait être systématique. Leur rôle doit être valorisé, et ils devraient être plus informés sur la situation départementale ou régionale concernant les comportements contraceptifs et le recours à l'IVG.

Cela s'applique également aux infirmiers scolaires et aux services de médecine préventive universitaire, qui peuvent délivrer gratuitement la contraception d'urgences aux élèves mineures ou majeures de l'enseignement secondaire, ainsi qu'aux étudiants des universités.

La HAS proposait en 2013 [90] :

- d'élargir la gratuité de la contraception d'urgence aux mineurs garçons, afin de favoriser le partage de responsabilité entre les hommes et les femmes en matière de contraception, dans le respect du libre choix des femmes.
- d'élargir la délivrance de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel aux élèves/étudiants/apprentis inscrits dans tous les établissements d'enseignement et de formation indépendamment de la présence d'un personnel sanitaire.
- d'autoriser la dispensation de la pilule de contraception d'urgence au lévonorgestrel par les conseillers conjugaux dans les centres de planification ou d'éducation familiale.

Les médecins généralistes, les sages-femmes, les professionnels des milieux scolaires et extrascolaires fréquentés par les jeunes, sont les premiers concernés par les efforts déjà

entrepris dans le renforcement de l'approche préventive, qu'il s'agisse de l'éducation à la sexualité, des campagnes d'information, du suivi gynécologique ou de la contraception. Informés des résultats observés en terme de santé sexuelle et reproductive, et des pratiques en périnatalité au niveau régional, ces professionnels doivent être plus fréquemment incités à entreprendre ou poursuivre l'effort de formation professionnelle, parallèlement à celui de communication, d'information et d'éducation en direction des personnes les plus jeunes et des femmes vulnérables. Il est capital que les professionnels veillent à la qualité de la communication avec les patientes fragilisées socialement, qui peuvent se sentir stigmatisées.

- Une amélioration du suivi gynécologique

Les difficultés d'accès aux consultations spécialisées de gynécologie pour un suivi (faible nombre de praticiens, répartition géographique inégale...) sont très souvent rapportées par les femmes.

Nous savons que le type de suivi médical varie en fonction du milieu social. Dans son travail, ML Oster [91] montrait que 90% des femmes du groupe précaire avaient un suivi gynécologique assuré par leur généraliste, et qu'à l'inverse 90% des femmes du groupe non précaire étaient suivies par un gynécologue. Elle précisait également que, lorsque ces femmes en situation de précarité sociale étaient amenées à consulter un gynécologue, elles consultaient essentiellement en hôpitaux publics pour la gratuité des soins, et étaient donc amenées à vivre une situation inconfortable voire déstabilisante par la rencontre de différents professionnels, d'un rendez-vous à l'autre.

Le rapport de l'IGAS en 2009 [24] insistait sur l'importance du développement de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les sujets ayant trait à la maîtrise de la fécondité et à la santé sexuelle et reproductive. Ce message s'adressait spécialement aux médecins généralistes et aux sages-femmes, sur lesquels un report de compétences est en cours, compte tenu de l'effectif diminuant des gynécologues médicaux. En Aquitaine, le DU «Régulation des naissances et suivi de la femme» à l'Université Bordeaux II depuis la rentrée universitaire 2008/2009, ouvert notamment aux internes en médecine générale, aux médecins généralistes installés ou remplaçants, ainsi qu'aux sages-femmes participe au respect de ces recommandations.

Par ailleurs, le Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux II implique de plus en plus les médecins généralistes enseignants dans la formation des internes à la gynécologie médicale.

Les observations tirées de notre travail au niveau régional, ajoutées aux recommandations nationales préexistantes, confirment l'importance du rôle du médecin généraliste et de la sage-femme dans le suivi gynécologique des femmes, notamment des plus vulnérables.

Nous avons vu que les médecins généralistes jouent par ailleurs un rôle essentiel dans le parcours de soins de l'IVG, et doivent être très bien informés des procédures à suivre. Cela pourrait passer par l'envoi annuel d'un dossier de rappels succincts (législation, techniques et délais d'IVG, annuaire des centres d'IVG, sensibilisation sur le suivi des femmes après l'IVG - concernant notamment la contraception - et le repérage des plus fragiles sur le plan socio-économique, correspondants spécialisés dans l'accompagnement social et judiciaire) à tous les médecins généralistes de la région Aquitaine.

Ce travail nous donne des axes de réflexion et d'ouverture sur le rôle primordial du médecin généraliste et de la sage-femme dans le parcours de soins des femmes en général, et particulièrement pour celles en situation de précarité. Ces perspectives d'amélioration sont abordées dans l'espoir de faire évoluer les difficultés liées à la contraception, au suivi, à l'accès aux soins et à l'IVG, en véritable chance de pouvoir maîtriser sa fertilité.

- L'importance des entretiens et du choix de la contraception post-IVG

Le temps post-IVG doit être systématiquement proposé et revêtir un caractère attractif. Il n'est en effet obligatoire que pour les mineures non émancipées.

Cet entretien est l'opportunité pour les femmes d'amorcer leur démarche de reconstruction et de l'intégrer à l'harmonisation éventuelle de leur couple et de leur famille. Il doit avant tout représenter pour les femmes l'occasion de s'exprimer sur le vécu de leur avortement, sur leurs difficultés vis à vis de la grossesse, sur le souhait d'enfant, mais aussi de comprendre leur acte et de valoriser leur estime personnelle, mise à mal sous le poids de la culpabilité entre autres. Le fait de rebâtir les fondations de l'équilibre psychoaffectif pourrait progressivement évoluer vers une évaluation de la situation psychosociale et le repérage de conduites ou situations à risque, puis vers l'identification d'une fragilité socio-économique grâce au score EPICES, comme suggéré précédemment.

Cela demande du temps, des compétences et de l'investissement de la part du professionnel recevant la patiente qui elle, de son côté, ne souhaite pas forcément se livrer. Cette conversation sensible peut avoir alors plus de chances de réussite avec le médecin traitant, auprès duquel les femmes se confieront peut-être plus facilement. Toutefois certaines personnes se délivrent de problèmes délicats en abordant l'existence de ceux-ci avec un inconnu, un professionnel de passage dans leur vie, qu'elles ne seront plus amenées à revoir.

L'entretien post-IVG constitue également une porte d'entrée vers un suivi régulier, mais surtout vers la question de la gestion de la contraception.

L'IVG est une composante structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes, qui doit être l'occasion de délivrer une information complète sur la contraception lors d'un temps dédié, notamment la contraception d'urgence. Cet effort est bien sûr déjà entrepris, mais semble parfois insuffisant au vu des données sur les échecs contraceptifs post-IVG. Il serait peut-être intéressant d'évaluer objectivement la nature de l'information délivrée aux femmes sur la contraception en post-IVG, et de préciser l'origine des échecs des méthodes utilisées en post-IVG.

Les difficultés touchant à la contraception en général ne sont pas spécifiques des femmes vulnérables. Il faut donc envisager une contraception post-IVG immédiate adaptée pour l'ensemble des patientes. Mais il est important de prendre en compte le mode de vie, les préférences, et les freins matériels des patientes en situation de précarité, afin de les aider à choisir la méthode qui leur convient le mieux. Cette contraception doit être adaptée sur la durée afin d'éviter les échecs post-IVG, auxquels les femmes vulnérables semblent particulièrement sujettes. Le choix d'une méthode à long terme, peu onéreuse et réversible, comme le DIU ou l'implant qui peuvent être posés en post-IVG immédiat, semble judicieux pour les patientes vulnérables, d'autant plus qu'il est possible de les prescrire chez les jeunes et les nullipares. Cela a déjà été recommandé pour l'ensemble des femmes dans un rapport de l'IGAS en 2009 [24]. Ce choix de contraception résoudrait le problème de l'observance et des consultations répétées pour le renouvellement d'une prescription.

Il serait intéressant d'étudier l'influence de la précarité sur la réalisation de la consultation post-IVG, essentielle à la finalisation du projet de contraception. Il est possible que les femmes en situation de précarité réalisent moins souvent cette consultation, or il est primordial qu'elles puissent être revues à distance de l'IVG afin d'éviter des situations d'arrêt de contraception.

La même remarque s'applique à la consultation post-natale, car dans notre étude, 6,5% des femmes qui n'avaient pas de contraception dans le mois précédant la grossesse

l'expliquaient par le fait qu'elles venaient d'accoucher et/ou allaitaient. ML Oster [91] montrait dans son travail que 30% des femmes en situation de précarité réalisaient cette consultation post-natale, versus 80% dans le groupe non précaire. Dans ce contexte, la consultation de fin de grossesse paraît être un moment clé pour la délivrance d'une information sur les risques de grossesse non prévue et les possibilités de contraception en post-partum, afin de permettre aux femmes de faire le choix de la méthode qui leur sera la plus adaptée.

L'inobservance de l'entretien post-IVG, ou post-natal, est peut-être liée à la difficulté d'obtenir un rendez-vous? Pour de nombreuses femmes en situation d'isolement social, de non maîtrise de la langue française, cette prise de rendez-vous peut s'avérer délicate et complexe. Afin d'augmenter les chances que ces femmes vulnérables se rendent à ces consultations, les professionnels assurant le suivi des femmes en post-IVG ou en suites de couches, pourraient anticiper cette situation en planifiant et en organisant de manière systématique les rendez-vous. L'inobservance de l'entretien post-IVG peut aussi être liée au ressenti négatif de ces femmes concernant les professionnels qui les ont pris en charge pour une IVG ou un suivi de grossesse.

Enfin, pour améliorer l'accompagnement des femmes dans leur éventuel projet de contraception, il est primordial que les professionnels, chargés de suivre ces femmes au contexte parfois très difficile, bénéficient de suffisamment de temps lors des consultations, afin de développer une prise en charge pluridisciplinaire. C'est la multiplicité des acteurs de santé qui permettra à ces femmes de disposer de soins de qualité.

• **De la complexité des liens entre précarité et IVG**

L'apparente stabilité du recours à l'IVG recouvre des évolutions complexes.

Les changements observés dans le mode de vie des femmes et des couples sont liés à tout un tas de facteurs d'évolution sociale, qu'il s'agisse du décalage de l'âge moyen à la maternité, de la diversification des parcours affectifs et conjugaux, de la prolongation de la scolarité... mais aussi des difficultés d'insertion professionnelle et de la précarité économique accrue. Il existe un impact du statut socio-économique sur les comportements sexuels et contraceptifs.

L'absence de suivi gynécologique régulier, plus ou moins lié au défaut de ressources pour accéder à des services de santé et à des moyens de contraception, participe certes à rendre

les femmes de milieu socio-économique défavorisé plus vulnérables face au risque de grossesse non prévue, mais il s'agit aussi, de façon plus générale, d'un manque de facilités à l'affirmation de soi et de ses choix. L'exposition à des conduites et/ou situations à risque participe également à leur fragilité, limitent leur autonomie, leur estime d'elles-mêmes, leur position face au désir de grossesse et d'enfant, etc.

Il est probable que la survenue d'une grossesse dans des conditions socio-économiques défavorables résulte d'une stratégie d'adaptation : projet d'échapper à une scolarité peu valorisante, à un milieu familial ou institutionnel perturbé ; projet d'avoir une fonction sociale, de réussir, de se valoriser, de bénéficier d'un soutien familial et social accru et de prestations d'aide sociale ; seul projet viable, finalement pour échapper au chômage, à l'échec, à la pauvreté. Pour les jeunes femmes vulnérables, la maternité précoce représenterait une option de vie rationnelle et constructive, véritable vocation alternative.

Les contextes de violences conjugales, empêchant toute forme d'autonomie, interviennent très probablement dans la survenue de grossesses non prévues. Il existe également une corrélation entre les violences physiques, les carences affectives, les négligences éducatives pendant la petite enfance, la mauvaise intégration sociale et la parentalité précoce. Ces résultats mériteraient d'être confrontés au score EPICES dans une future étude qualitative qui viendrait enrichir, préciser et compléter nos résultats.

Tous ces facteurs combinés participeraient au recours plus fréquent à l'IVG pour les femmes vulnérables. L'information sur la sexualité et la contraception, ainsi que le suivi gynécologique régulier, sont des opportunités de réaliser une approche globale des questionnements et fêlures des femmes en situation de précarité, en adaptant la prise en charge à leurs besoins et leur mode de vie.

La définition de la précarité selon le score EPICES permet déjà, par son aspect multidimensionnel, de repérer des femmes dont la vie sexuelle et reproductive sera influencée par divers facteurs sociaux, économiques, et des caractéristiques individuelles. Le fait de cibler ces patientes permet non seulement de leur fournir une aide, un suivi et un accompagnement médico-social adaptés, mais cela permet également de pénétrer une sphère fragilisée de la société où se croisent de façon complexe les multiples déterminants intervenant dans la survenue d'une grossesse non prévue.

L'utilisation précoce du score EPICES dans le parcours de soins des femmes, par tous les professionnels intervenant dans l'aide à la gestion de leur vie sexuelle et reproductive, pourrait faire évoluer les politiques de santé d'un modèle d'égalité vers un modèle d'équité,

les interventions devant être dirigées prioritairement vers les plus défavorisés pour tenter, à terme, de réduire leur fréquence de recours à l'IVG.

ANNEXES

Annexe 1 : Affiche de l'enquête



Madame, Mademoiselle,

Une enquête concernant toutes les femmes ayant un rendez vous pour une IVG est actuellement en cours.

Cette enquête par questionnaire, encadrée par l'Université Bordeaux 2 Victor Segalen, le groupe IVG/Contraception du Réseau Périnatal d'Aquitaine (RPA) et l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, a pour but **de recueillir des informations concernant votre parcours de santé jusqu'à la consultation de ce jour** et de repérer des fragilités.

Cela nous permettra de mieux répondre à vos besoins et d'aider les femmes qui pourraient être dans la même situation que vous.

Le questionnaire est strictement **anonyme** et vous sera remis par le premier professionnel qui vous recevra. Ce dernier est tenu de s'assurer que vous pouvez remplir le questionnaire en toute tranquillité.

Vous êtes **libres de ne pas répondre à certaines questions**.
Dans tous les cas votre avis nous intéresse.

Nous vous demandons de déposer le questionnaire plié en 4 dans la boîte prévue à cet effet.

Merci de votre participation.

Cette enquête est mise en œuvre dans le cadre de la politique régionale de santé publique et se déroulera du 10 février au 31 mai 2014.

Annexe 2 : Lettre d'information destinée aux patientes participant à l'enquête



QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LA PATIENTE

Numéro d'anonymat :

Madame, Mademoiselle,

L'établissement au sein duquel vous allez effectuer une IVG participe actuellement à une étude portant sur les recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse, dans le cadre d'un travail de thèse de doctorat en médecine.

Cette étude, encadrée par l'Université Bordeaux 2 Victor Segalen, le groupe IVG/Contraception du Réseau Périnat Aquitaine (RPA) et l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, a pour but de décrire les conditions d'accès et de prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse en Aquitaine.

Nous sollicitons votre aide dans le cadre de la mise en œuvre de cette enquête, réalisée auprès de toutes les femmes consultant pour une IVG sur une période donnée.

Le questionnaire qui suit a pour objectif de recueillir des informations concernant votre parcours de santé jusqu'à la consultation de ce jour et de repérer des difficultés.

Cela nous permettra de mieux répondre à vos besoins et d'aider les femmes qui pourraient être dans la même situation que vous.

Les réponses seront traitées de façon strictement anonyme et confidentielle.

Il vous faudra moins de 10 minutes pour remplir le questionnaire, au sein d'un lieu calme et adapté. Vous êtes également libre de ne pas répondre à toutes les questions posées. Si vous êtes mineure ou éprouvez des difficultés à répondre à ce questionnaire, n'hésitez pas à demander l'aide d'un soignant.

Comptant sur votre coopération, nous vous témoignons notre soutien et vous remercions de glisser le questionnaire plié en 4 dans la boîte prévue à cet effet.

Annexe 3 : Questionnaire

Parcours de santé

- 1) Quel est votre **âge** ? ans
- 2) Quel est le **numéro de votre département** de domicile ?
- 3) Avez-vous des **problèmes de santé** particuliers (asthme, diabète, hypertension artérielle...) ? **Si oui, lesquels** *Oui* *Non*
- 4) Vivez-vous en **couple** ? *Oui* *Non*
- 5) Quelle est votre **activité professionnelle** actuelle ? *Exerce un emploi* *Au chômage*
Étudiante *Autre*
- 6) Bénéficiez-vous d'une **assurance maladie complémentaire** ? *Oui* *Non*
- 7) Combien de **grossesses** avez-vous déjà eues ?
- 8) Combien **d'enfants** avez-vous ?
- 9) Bénéficiez-vous d'un **suivi gynécologique** régulier? (médecin généraliste, gynécologue) *Oui* *Non*
- 10) Quel est le **terme de la grossesse actuelle** ? nombre de semaines depuis les dernières règles
- 11) Avez-vous déjà pratiqué une **IVG** ? *Oui* *Non*
Si oui, à quel(s) âge(s) :
- 12) Saviez-vous **qui contacter et où aller au moment** où vous avez décidé d'interrompre cette grossesse ? *Oui* *Non*
- 13) Qui vous a **aidé** dans votre orientation ? *Votre partenaire* *Un membre de votre famille*
Des amis, des relations de travail
Un professionnel de santé *Une autre personne*
Personne ne vous a aidé
- 14) Combien de **jours** se sont écoulés entre
- le moment où vous avez pris votre décision et le premier appel téléphonique ? jours
- ce premier appel téléphonique et le premier rendez-vous ? jours
- ce premier rendez-vous et votre IVG ? jours
- 15) Quel **professionnel de santé** avez-vous **contacté en premier** pour votre IVG ? *Un médecin généraliste* *Un gynécologue libéral*
Une sage-femme libérale *Un infirmier scolaire*
Un professionnel d'un centre de planification familiale, de centre de PMI, de planning familial
Un professionnel d'une structure hospitalière
- 16) Après ce premier contact, avec **quel(s) type(s) de professionnel** (cochez s'il vous plaît) avez-vous été en contact avant le premier rendez-vous dans le lieu où vous vous trouvez aujourd'hui ? *Assistante sociale* *Conseillère conjugale*
Secrétaire *Infirmier(e)*
Sage-femme *Autre professionnel*
Autre (précisez)
- 17) **Trouver une place** vous a-t-il paru *Très facile* *Plutôt facile* *Difficile*

- 18) De quel **type de prise en charge** avez-vous bénéficié ?
IVG médicamenteuse : en cabinet en Centre de Planification à l'hôpital en clinique
IVG chirurgicale: à l'hôpital en clinique
- 19) Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé
un moyen pour éviter d'être enceinte (contraception) ? Oui Non
- 20) Si oui, dans le mois où la grossesse actuelle a débuté,
utilisez-vous toujours cette (ou ces) méthode(s) ? Oui Non
- 21) Si vous n'utilisiez aucune méthode contraceptive au cours du mois
où la grossesse actuelle a débuté, pour quelle(s) raison(s) était-ce ?
- 22) Avez-vous **changé de méthode contraceptive** dans les 6 mois précédents ? Oui Non
- 23) Avez-vous **utilisé la pilule du lendemain** (contraception d'urgence)
pour tenter d'éviter la grossesse actuelle ? Oui Non
Si non, pourquoi ?
- 24) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles **difficultés financières**
à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF, examens médicaux...) ? Oui Non
- 25) Êtes-vous **propriétaire** de votre logement ? Oui Non
- 26) Vous arrive-t-il de rencontrer un **travailleur social**
(au sein par exemple d'organismes de services sociaux,
de services de protection de l'enfance, d'organismes communautaires...) ? Oui Non
- 27) Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois :
De faire du **sport** ? Oui Non
D'aller au **spectacle** ? Oui Non
De partir **en vacances** ? Oui Non
- 28) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts
avec des membres de votre famille **autres** que vos parents ou vos enfants ? Oui Non
- 29) En cas de difficultés, y a-t-il des personnes de votre entourage sur lesquelles vous puissiez compter :
Pour vous **héberger quelques jours** ? Oui Non
Pour vous **apporter une aide matérielle** ? Oui Non
- Les 4 questions suivantes portent sur les 6 derniers mois :**
- 30) Considérez-vous que vous avez pris des **risques pour votre santé**
(alcool, drogue, ...) ? Oui Non
- 31) Avez-vous **plus d'un partenaire sexuel** ? Oui Non
- 32) Avez-vous été en **conflit avec votre partenaire** ? Oui Non
- 33) Avez-vous subi des **violences physiques ou psychiques** ? Oui Non
Si oui, précisez

Nous vous remercions d'avoir participé à cette étude.

Annexe 4 : Score EPICES

Questions	Coefficient
Rencontrez-vous parfois un travailleur social?	+10,06
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire?	-11,83
Vivez-vous en couple?	-8,28
Êtes-vous propriétaire de votre logement?	-8,28
Y-a-t-il des périodes dans le mois ou vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	+14,8
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois?	-6,51
Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois?	-7,10
Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois?	-7,10
Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants?	-9,47
En cas de difficultés, il y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	-9,47
En cas de difficultés, il y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle?	-7,10
Constante	75,14

Annexe 5 : Liste des centres pratiquant des IVG en Aquitaine en 2014

DORDOGNE (24) :

Bergerac : CH Samuel Pozzi

Périgueux :

CH de Périgueux

Polyclinique Francheville

Sarlat-la-Caneda : CH Jean Leclaire

GIRONDE (33) :

Arcachon : CH d'Arcachon

Arès : Clinique médico-chirurgicale Wallerstein

Blaye : CH Haute-Gironde

Bordeaux et CUB :

Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux

Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine, Bordeaux

Polyclinique Jean Villar, Bruges

Clinique Saint-Martin, Pessac

Maison de Santé Protestante Bagatelle, Talence

Langon : CH Sud-Gironde

Lesparre : Clinique Mutualiste du Médoc

Libourne : CH Robert Boulou

LANDES (40) :

Dax : CH de Dax

Mont-de-Marsan :

CH de Mont-de-Marsan

Clinique des Landes

LOT-ET-GARONNE (47) :

Agen :

CH d'Agen

Clinique Esquirol-Saint Hilaire

Marmande : CH Marmande-Tonneins

Villeneuve-sur-Lot : CH Saint-Cyr

PYRENEES-ATLANTIQUES (64) :

Bayonne :

CH de la Côte Basque

Clinique Lafourcade

Oloron Sainte-Marie : CH d'Oloron Sainte-Marie

Orthez : CH d'Orthez

Pau :

CH de Pau

Polyclinique de Navarre

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Union Régionale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (UR-CIDFF), Aquitaine. Les problèmes spécifiques des femmes en situation de précarité. Diplôme Universitaire Santé, Précarité et Solidarité. Bordeaux : Université Bordeaux 2 [en ligne]. 2011 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : http://www.infofemmes-aquitaine.org/base_doc/contenu_sante_prekarite.pdf
2. Observatoire des Inégalités. Revenus, niveau de vie, patrimoine. La pauvreté selon le sexe [en ligne]. 2012 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://www.inegalites.fr/spip.php?article1143>.
3. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population* 2004;3-4:479-502.
4. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. *Population* 2004;3-4:409-418.
5. Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine. La santé en Aquitaine. Etat, enjeux, perspectives. Bordeaux: ORS [en ligne]. 2010 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/la-sante-en-aquitaine-etat-enjeux-perspectives>
6. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). L'âge aux premières règles [en ligne]. 2007 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/246/age_regles.fr.pdf
7. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). L'âge au premier rapport sexuel [en ligne]. 2014 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
8. Chaperon S, «Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé». *Clio. Femmes, Genre, Histoire* 2010;31:324-26.
9. Prioux F, Mazuy M, Barbieri M. L'évolution démographique récente en France: les adultes vivent moins souvent en couple. *Population-F* 2010;65(3):421-74.
10. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG: diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue Française des Affaires Sociales* 2011;1:116-147.
11. Leridon H. Le nombre de partenaires: un certain rapprochement entre les femmes et les hommes mais des comportements encore très différents. In: Bajos N, Bozon M, editors. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008. p. 163-95.
12. Institut National d'Etudes Démographiques (INED). La contraception dans le monde [en ligne]. 2014 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/>

13. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, et l'équipe Fecond. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif? *Population et Sociétés* 2014;511:1-4.
14. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Contraception: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie? Dossier de presse [en ligne]. 2011 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
15. Moreau C, Lydié N, Warszawski J, Bajos N. Activité sexuelle, IST, contraception: une situation stabilisée. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis : INPES; 2007. p. 329-53.
16. Beck F, Richard JB, dir. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: INPES; 2013.
17. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. *Études et Résultats* [en ligne]. 2014 [consulté le 12 septembre 2014];884:1-6. Consultable sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er884.pdf>
18. Nisand I. L'IVG en France en 1998. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. 1999.
19. Bousquet D, Laurant F. Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2 : accès à l'IVG dans les territoires. Rapport n°2013-1104-SAN-009. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh); 2013.
20. Faucher P. Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. *EMC - Gynécologie* 2006;1(4):1-7.
21. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Population et sociétés* 2004;407:1-4.
22. Vilain A, Mouquet MC, Gonzalez L, De Riccardis F. Les interruptions volontaires de grossesse en 2011. *Études et Résultats* [en ligne]. 2013 [consulté le 12 septembre 2014];843:1-6. Consultable sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er843.pdf>
23. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant les IVG. *Études et Résultats* [en ligne]. 2009 [consulté le 12 septembre 2014];712:1-6. Consultable sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er712.pdf>
24. Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Rapport de synthèse RM2009-112P. Paris: IGAS; 2009.
25. Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France: de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *Médecine de la Reproduction. Gynecol Endocrinol.* 2012;14(1):3-10.
26. Nisand I, Toulemon L, Fontanel M. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Haut conseil de la population et de la famille; 2007.
27. Geronimus AT. Teenage childbearing as cultural prism. *Br Med Bull* 2004;69(1): 155-66.

28. Faucher P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence, analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économique et psychologique à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. *Gynecol Obstet Fertil*. 2002;30(12): 944-52.
29. Vilain A, Moisy M. Présentation méthodologique. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. *Revue Française des Affaires Sociales* 2011;1:69-85.
30. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Evolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population-F* 2009;64(3):495-530.
31. Toulemon L. Entre le premier rapport sexuel et la première union: des jeunesses encore différentes pour les femmes et les hommes. In: Bajos N, Bozon M, editors. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008. p. 163-95.
32. Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France: des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2013;61(4):291-8.
33. Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte; 2008.
34. Lafaysse M. Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives: enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009. Thèse de doctorat : Médecine. Bordeaux : Université Bordeaux 2; 2010.
35. Tamian-Kunegel I. Multiple voluntary abortions. *Gynecol Obstet Fertil*. 2000;28(2): 137-40.
36. Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Documents de base, documents officiels n°240. Washington; 1991.
37. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris: Journal officiel; 28 février 1987. p. 14.
38. Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: ENSP; 1998.
39. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report [en ligne]. 2008 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur: www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
40. Moquet MJ. Inégalités sociales de santé: des déterminants multiples. *La santé de l'Homme* 2008/10;397:17-9.
41. Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. *Rev Prat* 2004;54:2221-7.
42. Devaux M, Jusot F, Trannoy A, Tubeuf S. Inégalités des chances en santé: influence de la profession et de l'état de santé des parents. *Questions d'économie de la santé* 2007;118.

43. Beck F, Amsellem-Mainguy Y. Les inégalités sociales de santé : vers une prévention mieux ciblée. In: Labadie F, dir. Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la Jeunesse. Paris: La Documentation française; 2012. p. 124-136.
44. Haut Conseil de Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité [en ligne]. 2009 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
45. Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Georges P, Waquet C. Les centres de santé: situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Paris: IGAS [en ligne]. 2013 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
46. Townsend P. Deprivation. *Journal of Social Policy* 1987;16:125-46.
47. Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examen de santé (CETAF). Le score EPICES: l'indicateur de précarité des centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Saint-Étienne: Rapport d'étude [en ligne]. 2005 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/protocoles_epices.htm
48. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Le score EPICES: un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197389 personnes. *Bull Epidemiol Hebdo* 2006;(14):93-6.
49. Sass C, Moulin JJ, Labbe E, Chatain C, Gerbaud L. (2007). La fragilité sociale: un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratiques et Organisation des Soins* 2007;38(2):139-46.
50. Bihan H, Laurent S, Silvana L, Sass C, Nguyen G, Huot C, et al. Association between individual deprivation, glycemic control and diabetic complication - The EPICES score. *Diabetes Care* 2005;28:2680-5.
51. Convers M. Utilisation du score EPICES pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *Revue Sage-Femme* 2010;9(1):3-9.
52. Fieulaine N, Apostolodis T, Olivetto F. Précarité et troubles psychologiques: l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2006;72:51-63.
53. Moulin JJ, Labbe E, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque: le score EPICES. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie* 2006;(2):115-21.
54. Haut Comité de Santé Publique. La Santé en France. Paris: La Documentation française; 1994.
55. Fabre C, Baudot V, Toulemonde S. Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé. Rapport final. Toulouse: Gres Médiation Santé; 2003.
56. Lang T. Inégalités sociales de santé : proposition du Haut Conseil de la Santé Publique pour la prochaine loi de santé publique. *Bull Epidemiol Hebdo* 2011;8-9:99-100.
57. Leridon H, Toulemon L. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population* 1992;1:1-45.

58. Leridon H, Oustry P, Bajos N, et l'équipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Population et Sociétés* 2002;381.
59. Dourgnon P, Sermet C. La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire? Paris: CREDES; 2002.
60. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, et l'équipe Fecond. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et sociétés* 2012;492:1-4.
61. Brunet S, Carpentier S, Laporte A, Pourette D, Guillon B. Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Rapport à la Direction Générale de la Santé. Paris: Observatoire du Samu Social de Paris; 2005. p. 61-67.
62. Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale. Information et éducation à la santé, notamment en matière de sexualité, des femmes et hommes, jeunes et adultes, des « quartiers ». Ministère délégué à la cohésion sociale et à la parité; 2004.
63. Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougeyrollas-Schwebel S, Houel A, et al. Les violences envers les femmes en France, une enquête nationale. Paris : La Documentation française; 2003.
64. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Programme 106, Actions en faveur des familles vulnérables. Mission interministérielle, Projets annuels de performances, Annexe au projet de loi de finances pour 2013. Solidarité, insertion et égalité des chances; 2013 p. 58.
65. Mission d'Études, de Statistiques et d'Observation de la DRJSCS d'Aquitaine. Panorama Statistique 2012 , Jeunesse, Sports, Cohésion Sociale d'Aquitaine [en ligne]. 2012 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : http://www.aquitaine.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/PanoStat_2012.pdf
66. Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2010. *Études et Résultats* [en ligne]. 2012 [consulté le 12 septembre 2014];804:1-6. Consultable sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er804.pdf>
67. Convers M, Langeron A, Sass C. et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. *Gynecol Obstet Fertil* 2012;40(4):208-12.
68. Dalla Longa M. Dans les couples en Aquitaine, 4 ans de différence d'âge entre les conjoints. INSEE Aquitaine [en ligne]. 2013 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=4&ref_id=19584
69. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [en ligne]. France; [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>
70. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Rapport IRDES [en ligne]. 2014 [consulté le 12 septembre 2014];556:32-138. Consultable sur : www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf

71. Labbe E, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la «santé sociale» : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. La Revue de l'Institut de Recherches Economiques et Sociales (IRES) 2007;(53):3-50.
72. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires? Questions d'économie de la santé IRDES n°165; 2011.
73. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, Lombrail P. Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. Presse Med 2004;33:710-5.
74. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport IRDES [en ligne]. 2010 [consulté le 12 septembre 2014];547:43-65. Consultable sur : www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf
75. Birrien S. Démarches d'IVG répétées: essai de compréhension. Analyse psychosociale de 16 entretiens de femmes au Centre de Planification Familiale du Centre Hospitalier de Quimper en 2002. Thèse de Doctorat : Médecine. Brest : Université de Brest-Bretagne Occidentale; 2004.
76. Blayo C. Le point sur l'avortement en France. Population et sociétés 1997;325:1-4.
77. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, et le groupe COCON. Contraception: from accessibility to efficiency. Human Reprod 2003;18(5):994-9.
78. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Services des recommandations professionnelles de l'ANAES. Saint-Denis : INPES; 2004.
79. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception: que savent les Français? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Saint-Denis: INPES; 2007.
80. Bajos N, Lamarche-Vadel N, Gilbert F, et al. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Hum Reprod 2006;21:2862-7.
81. Garel M, Crost M, Kaminski M. Psychological and social characteristics of women having repeated induced abortions. A French study in three centers. Contracept Fertil Sex 1996;24(1):72-7.
82. Vilain A, Collet M, Moisy M. Les IVG en France en 2007: caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010:51-62.
83. Lelong N, Moreau C, Kaminski M, Bajos N, Bouyer J, Ducot B, et l'équipe COCON. Induced abortion in France: results of the COCON study. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34:53-61.
84. Morin T, Jaluzot L, Picard S. Femmes et hommes face à la violence: les femmes sont plus souvent victimes d'un proche ou de leur conjoint. INSEE Première, INSEE 2013;1473:4p.

85. Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin JJ, Debout M, Duband S. La précarité est plus fréquente chez les victimes de violences volontaires : intérêt du score EPICES. *Presse Med* 2009;38:881-92.
86. Bourassa D, Berube J. The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(5):415-23.
87. Romito P, et al. Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion. *Womens Health Issues* 2009;19(5):335-43.
88. Woo J, Fine P, Goetzl L. Abortion disclosure and the association with domestic violence. *Obstet Gynecol* 2005;105(6):1329-34.
89. Evins G, Chescheir N. Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Womens Health Issues* 1996;6(4):204-10.
90. Haute Autorité de Santé. Contraception d'urgence: prescription et délivrance à l'avance. Recommandations en santé publique [en ligne]. 2013 [consulté le 12 septembre 2014]. Consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_urgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
91. Oster ML. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. Mémoire diplôme d'état : Sage-femme. Paris : Université Paris Descartes; 2013.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Objectifs. - La situation de précarité serait liée à un parcours de soins difficile. Le score *Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé* (EPICES) permet d'identifier les personnes les plus vulnérables. Nous avons décrit les caractéristiques sociodémographiques, le parcours de soins lié à la contraception et à l'IVG, et la vulnérabilité selon le score EPICES, de patientes recourant à une IVG. Nous avons comparé les parcours de soins des patientes vulnérables et non vulnérables.

Méthode. - Etude prospective via un auto questionnaire administré auprès des demandeuses d'IVG dans les centres pratiquant des IVG en Aquitaine, durant trois mois.

Résultats. - Parmi 903 questionnaires recueillis, 874 ont été exploités : 427 patientes (48,9%) étaient identifiées comme précaires (score EPICES $\geq 30,17$). Celles-ci, plus jeunes, avaient plus souvent eu un parcours de soins difficile ($p < 10^{-8}$) avec notamment un moindre suivi gynécologique et un recours plus fréquent à l'IVG. Elles étaient plus souvent victimes de violences (10,8%). Il n'existait pas de lien significatif entre l'accès à l'IVG et la vulnérabilité. Le risque d'échec de contraception était plus marqué en post-IVG pour les patientes vulnérables ($p < 10^{-3}$).

Conclusion. - Dans cette population, la précarité exposait au risque de parcours de soins difficile, de répétition des IVG, et confrontait les femmes à certaines situations à risque. Le score EPICES pourrait constituer un outil épidémiologique pertinent pour identifier et accompagner les femmes vulnérables, plus précocement et fréquemment exposées à une situation de grossesse non prévue.

ABSTRACT

Title. - Care pathway of women undergoing an abortion in Aquitaine in 2014 according to the vulnerability measured by the EPICES score.

Aim. - Deprivation is related to a complicated care pathway. The "*Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé*" (EPICES; Evaluation of deprivation and health inequalities in Healthcare Centres) score enables to identify the most vulnerable persons. We described the sociodemographic features, the care pathway related to contraception and abortion, and the vulnerability of patients undergoing an abortion according to the EPICES score. We compared the care pathways of vulnerable and non-vulnerable patients.

Method. - Prospective study with a questionnaire given to patients in centres practising abortions in Aquitaine for 3 months.

Results. - Among 903 questionnaires collected, 874 were exploited : 427 patients (48,9%) were identified as deprived (EPICES score $\geq 30,17$). They were younger and had usually a difficult care pathway ($p < 10^{-8}$) with in particular a reduced gynaecological follow-up and a more frequent resort to abortion. They were more often victims of violence (10,8%). There was no significant link between access to abortion and vulnerability. The risk of failed contraception was higher post abortion for deprived patients ($p < 10^{-3}$).

Conclusion. - In this population, deprivation was exposing to the risk of difficult care pathway, of repeated abortions and of facing high risk situations. The EPICES score could be a relevant epidemiological tool to identify and follow up deprived women, who face earlier and more often an unintended pregnancy.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : IVG, grossesse non prévue, précarité, vulnérabilité, score EPICES, parcours de soins, risques.

KEYWORDS : Induced abortion, unintended pregnancy, deprivation, vulnerability, EPICES score, care pathway, risks.

Intitulé et Adresse de l'U.F.R :
Université de Bordeaux
146, rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex