




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Caractéristiques sociodémographiques des femmes recourant à l'interruption volontaire de grossesse, et de sa prise en charge dans le Maine-et-Loire en 2007

Aborting women social characteristics: A study in Maine-et-Loire region (France) in 2007

S. Chalain^a, G. Bouzille^b, E. Bouquet^b, J.-L. Fougas^a, M. Tanguy^b,
A. Fournier^c, S. Fanello^{b,*}

^a Centre d'orthogénie Flora-Tristan, CHU d'Angers, 49933 Angers cedex 9, France

^b Département universitaire de santé publique, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^c Département de gynécologie-obstétrique, CHU d'Angers, 49933 Angers cedex 9, France

Reçu le 21 mai 2010 ; avis du comité de lecture le 28 janvier 2011 ; définitivement accepté le 8 février 2011

Disponible sur Internet le 25 mars 2011

MOTS CLÉS

IVG ;
Prise en charge ;
Centre d'orthogénie

Résumé L'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans le département du Maine-et-Loire est en légère augmentation depuis dix ans mais le taux pour mille femmes en âge de procréer semble stable comme à l'échelon régional et national. Les femmes réalisant une IVG dans ce département semblent représentatives de l'ensemble des Françaises avortant chaque année sur des critères sociodémographiques, gynécologiques et notamment contraceptifs. Pour leur IVG, ces femmes se présentent à des termes également représentatifs de la population. Mais entre les trois centres d'orthogénie de ce département, des différences existent quant à la réalisation ou non de l'entretien. Dans ces trois centres, il y a la même proportion d'IVG médicamenteuse (comme au niveau régional et national) mais beaucoup moins d'IVG sous anesthésie générale à Cholet (3,9%) qu'à Angers (27,7%) et Saumur (64,2%). Les taux régionaux étaient de 30% et nationaux de 65%, le manque de plages horaires pour les anesthésies générales à Cholet et Angers en est la raison. En majorité, les femmes utilisaient un moyen de contraception pour se prémunir d'une grossesse non désirée mais on observe encore beaucoup d'échecs de méthodes naturelles et du préservatif (notamment chez les jeunes). La prévention en milieu scolaire puis à une plus large population de femmes et de couples doit être soigneuse et riche. La formation des médecins à la contraception en générale (ses méthodes, ses consignes...) doit être suffisante et s'entretenir constamment.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sefanello@chu-angers.fr (S. Fanello).

KEYWORDS

VOTP;
Family planning
clinics;
Epidemiology

Summary. – The number of voluntary termination of pregnancies (VTOP) in the district of Maine-et-Loire (France) has been slightly increasing in the last ten years but the rate of childbearing age seems to be stable as it is on a national or regional data. The aborting women in this district seem to be representative of French women terminating pregnancy regarding sociodemographical, gynaecological and contraception criteria. When they come to abort, the terms of the pregnant women are also representative. But if we compare the three family planning clinics of this department, we realise that the psycho-social interview is not equally carried out. In these three centres, there is the same proportion of medication abortion (as on a national and regional scale) but much less surgical abortion under general anaesthetic in Cholet (3.9%) than in Angers (27.7%) or Saumur (64.2%). The regional rate was of 30% and the national one of 65%. The explanation is the lack of time slot for general anaesthetics in Cholet and Angers. The majority of these women used a contraception method to avoid unwanted pregnancies but we observe a lot of failures due to natural methods and condoms (especially with young people). School prevention as well as prevention on a larger population of women and couples must be comprehensive and carried out seriously. It is essential to train doctors sufficiently and regularly on the questions of contraception in general (methods, instructions...).

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

En France, plus de 200 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées chaque année depuis la loi Veil. Le contrôle des naissances, c'est-à-dire avoir ou ne pas avoir d'enfant quand on le désire, est maintenant perçu comme un droit. Pour ce faire, de nombreux moyens contraceptifs existent. Malgré la diffusion de l'information sur les différents moyens de contraception comme la pilule et le stérilet, sur l'utilisation du préservatif par des campagnes de prévention des infections sexuellement transmissibles, ce nombre fluctue mais ne diminue pas vraiment. Y a-t-il des populations plus à risque sur lesquelles cibler la prévention? Y a-t-il une tranche d'âge pour les femmes où l'IVG est plus fréquente?

Épisodiquement la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) au niveau régional et chaque année la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) au niveau national produisent des résultats sur ces IVG.

Notre objectif principal est de décrire le profil sociodémographique et gynécologique de toutes les femmes ayant réalisé un avortement volontaire dans le Maine-et-Loire jusqu'à la consultation de contrôle sur une année définie et de comparer ces données à des valeurs régionales et nationales des années précédentes. L'objectif secondaire est d'étudier les différents profils des femmes et les différences de prise en charge des IVG entre les centres du département du Maine-et-Loire.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective multicentrique descriptive de l'IVG en Maine-et-Loire. Elle a été réalisée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008 au sein des trois centres d'orthogénie publique situés à Angers, Cholet et Saumur.

Toutes les femmes ayant réalisé une IVG en 2007 dans l'un de ces trois centres ont été incluses dans l'étude. Les données ont été recueillies sur place à partir des dossiers

médicaux des patientes (dossiers papiers ou informatisés) par l'investigateur principal.

Le recueil s'est fait de façon anonyme avec un numéro aléatoire pour chaque patiente. Les informations pour chaque patiente comportaient :

- les caractéristiques sociodémographiques ;
- les caractéristiques gynécologiques ;
- les caractéristiques de l'IVG ;
- la contraception utilisée lors de la conception s'il y en avait une.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS v12. Le seuil de significativité est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux. Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne \pm déviation standard et médiane-quartiles (pour les variables quantitatives) ou de pourcentage (pour les variables qualitatives). Une analyse descriptive simple a été réalisée sur l'ensemble de la population de l'étude puis par sous-groupes. Pour les variables qualitatives, le test statistique utilisé est le test de Chi² de Pearson (les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5). Pour les variables quantitatives, les tests statistiques utilisés sont le test *t* de Student (ou le test non paramétrique de Mann-Whitney selon la distribution de la variable) pour la comparaison de deux groupes et le test d'Anova (ou le test non paramétrique de Kruskal Wallis) pour la comparaison de trois groupes ou plus.

Résultats

Les caractéristiques sociodémographiques

Pour l'année 2007, il a été pratiqué 1890 IVG dans le département du Maine-et-Loire dont 1204 à Angers (64%), 393 à Cholet (21%) et 293 à Saumur (15%).

L'âge moyen des femmes était de 27,5 ans (\pm 7,7 ans). Parmi ces femmes, 71,5% avaient entre 18 et 35 ans, 9% étaient mineures (la plus jeune avait 13 ans) et 39% avaient 30 ans ou plus. La médiane était de 26 ans (quartile : 21–34 ans). Il n'y avait pas de différence significative

Tableau 1 Répartition des femmes de notre étude et de l'ensemble des Françaises de plus de 15 ans (dont les retraitées) pour l'année 2005 selon leur catégorie socioprofessionnelle.
Distribution of over 15 years (including retirement) aborting women versus french women for the year 2005, according to socio-professional group.

Catégorie socioprofessionnelle	Notre étude % (n)	France 2005 ^a %	Angers %	Cholet %	Saumur %	Angers vs Cholet	Angers vs Saumur	Cholet vs Saumur
Agricultrices	0,3 (5)	0,7	0,1	0,8	0,3	<0,05	ns	ns
Artisan-commerçants	3,7 (69)	1,8	3,7	2,5	4,8	ns	ns	ns
Cadres et prof. intellectuelle sup	2,9 (54)	5,4	3,2	3,1	1,4	ns	ns	ns
Profession intermédiaire	9,5 (180)	11,3	12,5	1,8	7,5	<0,001	<0,05	<0,001
Employées	26,7 (505)	23,8	24,5	34,4	25,6	<0,001	ns	<0,05
Ouvrières	6,5 (122)	5,0	4,5	12,5	6,5	<0,001	ns	<0,01
Sans activité	49,9 (944)	51,6	51,3	42,7	53,9	<0,001	ns	<0,01
Ne sait pas	0,5 (11)							
Total	100,0 (1890)							

^a Source : Insee, « La France en fait et en chiffres », dans *Tableau de l'économie française*, édition 2007.

concernant l'âge des femmes entre les centres sauf pour les mineures, légèrement plus représentées à Saumur.

Treize pour cent des femmes n'étaient pas domiciliées dans le Maine-et-Loire. Neuf pour cent étaient de nationalité étrangère mais 92,5 % d'entre elles résidaient dans le département.

Soixante-deux pour cent des femmes vivaient seules, 38 % vivaient en couple (57 % étaient mariées, 43 % étaient en concubinage). Plus de la moitié des femmes étaient célibataires (58 %). Il n'y avait pas de différence significative pour ces données entre les centres.

Trente-deux pour cent des femmes étaient sans activité et parmi celles-ci : 31 % d'étudiantes, 36 % de collégiennes, lycéennes ou apprentis et 33 % de femmes au foyer. Les femmes actives (ensemble des femmes occupant un emploi ou au chômage) représentaient 68 %. Le taux de chômage (nombre de femmes au chômage rapporté à l'ensemble des femmes actives) était de 29 %.

La répartition par catégorie socioprofessionnelle est décrite dans le [Tableau 1](#).

Les caractéristiques gynécologiques

Cinquante-six pour cent des femmes étaient mères de famille. Le nombre moyen d'enfant par femme était 1,7 avec une médiane à 1 (quartiles : 0–2 enfants). Soixante-dix-neuf pour cent des femmes de plus de 35 ans avaient au moins deux enfants. Parmi les femmes ayant déjà au moins un enfant, nous avons pris en compte l'âge du dernier et ainsi plus de 17 % de celles-ci avaient eu leur dernier enfant dans les 12 mois précédents. En outre, il n'y a pas de différence significative entre les centres dans la répartition des femmes sans enfant ou avec un, deux ou plus d'enfants.

Vingt-sept pour cent des femmes avaient déjà eu au moins une IVG. Dans 73 % des cas, il s'agissait d'une seule intervention. Il n'y a pas de différence majeure entre les femmes du département selon leurs antécédents d'IVG.

Les caractéristiques de l'IVG

Mille six cents femmes (85 %) ont bénéficié d'un entretien psycho-social ([Tableau 2](#)). Les mineures en ont toutes bénéficié et ensuite, plus les femmes étaient âgées, moins elles en ont bénéficié.

Soixante-dix pour cent des femmes étaient à un terme entre six et neuf SA et 59 % étaient à un terme inférieur ou égal à huit SA. L'âge gestationnel moyen était de huit SA plus deux jours. La médiane était de huit SA (quartiles : 7–10 SA). L'intervention a eu lieu à dix SA ou plus pour 26 % des femmes avec une proportion différente selon la tranche d'âge : plus les femmes étaient jeunes plus cette proportion augmentait. Chez les moins de 20 ans, la médiane était de neuf SA (quartiles : 7–11 SA) alors qu'elle était de huit SA (quartiles : 7–9 SA) chez les femmes de 30 ans et plus. Il n'y a pas de différence de terme à l'IVG entre les femmes des trois centres d'orthogénie.

La méthode médicamenteuse représentait 43 % des IVG. Parmi les 57 % de méthode chirurgicale, on retrouvait 72 % d'anesthésie locale (AL) et 28 % d'anesthésie générale (AG) ([Tableau 3](#)). Quatre-vingt-quinze pour cent des IVG à terme inférieur ou égal à sept SA ont bénéficié de la méthode

Tableau 2 Répartition des femmes pour l'entretien psycho-social selon le centre d'orthogénie.
Women distribution by family planning clinics for the psycho-social interview.

Entretien	Angers % (n)	Cholet % (n)	Saumur % (n)	Angers vs cholet	Angers vs saumur	Cholet vs saumur
oui	96,3 (1160)	99 (392)	16,4 (48)	< 0,001	< 0,001	< 0,001
non	3,7 (44)	0,3 (1)	83,6 (245)			

Tableau 3 Répartition des méthodes d'IVG et d'anesthésie à l'IVG chirurgicale selon le centre d'orthogénie.
Abortion and anaesthetic methods by family planning clinics.

	Total		Angers		Cholet		Saumur		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Méthode d'IVG									
Total	1890	100	1204	63,7	393	20,8	293	15,5	
Médicamenteuse	815	43,1	525	43,6	162	41,2	128	43,7	NS
Chirurgicale	1075	56,9	679	56,4	231	58,8	165	56	NS
Méthode d'anesthésie des IVG chirurgicales									
Total	1075	100	679	63,1	231	21,5	165	15,4	
AG	303	28,2	188	27,7	9	3,9	106	64,2	< 0,001
AL	772	71,8	491	72,3	222	96,1	59	35,8	< 0,001

médicamenteuse. À huit SA, 15% des IVG se font encore par méthode médicamenteuse. Chez les moins de 20 ans, 32,8% des IVG ont été réalisées par méthode médicamenteuse et 45% des IVG instrumentales ont été pratiquées sous AG. Chez les plus de 30 ans, 48,2% des IVG se font par méthode médicamenteuse et 19% des IVG instrumentales se font sous AG (Fig. 1).

Soixante-dix-sept pour cent des femmes sont venues en consultation post-IVG dans un délai de 14 à 21 jours après l'avortement. En majorité, les femmes qui n'étaient pas venues à cette consultation étaient plus jeunes et avaient réalisé leur IVG par méthode chirurgicale et plus volontiers sous AG. Quatre-vingt-deux pour cent des femmes l'avaient faite à Saumur, 77% à Cholet et 75% à Angers.

Soixante-sept patientes (4%) ont eu une complication. Neuf patientes (0,5%) ont eu à reprendre du misoprostol® après une IVG médicamenteuse non efficace, 29 patientes (1,5%) ont eu une reprise chirurgicale de leur IVG dont

27 étaient médicamenteuse. Vingt-neuf patientes (1,5%) ont eu une complication autre ou une admission aux urgences gynécologiques. On ne notait pas de différence significative entre les centres.

La contraception

Plus de la moitié (57%) des femmes utilisait une méthode contraceptive, 40% étaient sans contraception. Pour les utilisatrices de pilule, c'est l'oubli dans 75% des cas qui avait abouti à une grossesse. On notait également deux échecs de vasectomie (0,1%) et un échec d'implant.

Discussion

La méthode

Comme toute étude rétrospective, un biais de sélection est possible du fait des données manquantes dans les dos-

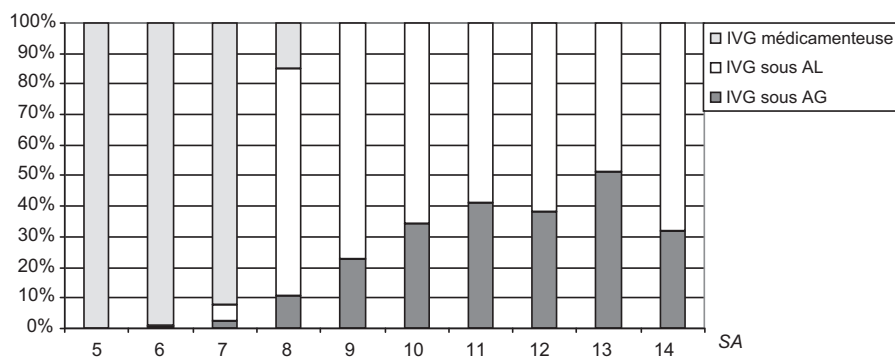


Figure 1 Méthode d'IVG utilisée par les femmes de notre étude selon le terme de celle-ci. (SA : semaines d'aménorrhée).
Abortion method chosen by women according to weeks after conception.

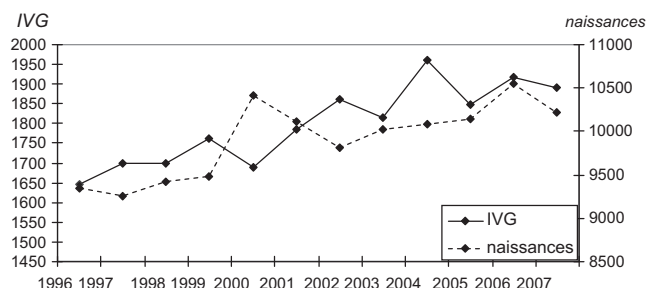


Figure 2 Évolution du nombre des IVG et des naissances en Maine-et-Loire depuis 1996.

Termination of pregnancies and birth in the district of Maine-et-Loire since 1996.

siers. Cette étude étant de plus multicentrique, il n'y a pas toujours d'uniformité dans le recueil des données qui ont été enregistrées par différents intervenants (médecins ou non) sur des dossiers papiers. Ces biais de remplissage se retrouvent principalement pour des données non paramétrées telles que la catégorie socioprofessionnelle (une infirmière peut être enregistrée comme profession intermédiaire ou employée), la situation professionnelle ou la méthode contraceptive.

Pour ce qui est de la population, notre échantillon correspond normalement à notre population cible puisqu'il n'y a pas d'IVG réalisée dans le secteur privé en Maine-et-Loire.

Le nombre d'IVG

Le nombre d'IVG dans notre département est en augmentation depuis 1996. Celui-ci suit la courbe des naissances soit approximativement le nombre total de grossesses (Fig. 2) [1–4]. Le nombre d'IVG suit également le nombre de femmes de 0 à 59 ans de notre département (Fig. 3) [1,2,5].

Au niveau national, l'incidence du recours à l'IVG est stable depuis 30 ans, soit environ 14 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans par an [6]. Cette fréquence était de 14,3 pour mille en 2005 en France métropolitaine [7]. Elle était de 11 pour mille en 2006 en Pays de la Loire [8] et de 10,3 pour mille en 2005 et 2004 [7,9]. Le taux en région Pays de la Loire est plus faible et assez stable. Il convient donc de se référer surtout au taux d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer plutôt qu'au nombre brut d'IVG. On constate également une croissance quasi parallèle du nombre des naissances

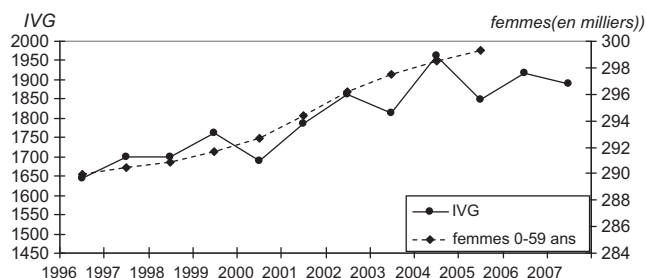


Figure 3 Évolution du nombre des IVG et des femmes de 0 à 59 ans dans le département du Maine-et-Loire depuis 1996.

Termination of pregnancies and women from 0 to 59-years-old in the district of Maine-et-Loire since 1996.

et des IVG à l'échelon départemental, régional et national. Le nombre d'IVG pour 100 conceptions (naissances + IVG) est resté stable depuis 1995 : environ 15 % en Pays de la Loire [1] et entre 20 et 22 % en France métropolitaine [2]. L'évolution du nombre d'IVG par rapport au nombre de femmes et de naissances est similaire à l'évolution régionale et nationale.

Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des femmes (27,5 ans) ainsi que la répartition par tranche d'âge sont identiques à 2006 au niveau régional. Soixante-douze pour cent des femmes avaient entre 18 et 35 ans ce qui est proche des valeurs régionales et nationales [2,7]. Il n'y a pas de différence majeure entre les centres du département.

En 2006, 12 % des femmes ayant réalisé une IVG dans le département n'y résidaient pas. Il est difficile de dire s'il s'agit pour les femmes d'un souci de proximité, de discrétion ou de difficulté d'accès à l'IVG dans leur département. On peut s'interroger sur l'intérêt de préciser dans les dossiers le département de domiciliation et le motif du changement de département.

Une majorité de femmes vivait seule ou n'avait pas de relation stable (62 %). Cela correspond bien avec l'idée du passage d'un modèle de maternité subie à celui de maternité choisie [6]. La femme attend une stabilité dans son couple mais également au niveau professionnel avant d'envisager une grossesse.

Les femmes mariées étaient 77 % à avoir au moins deux enfants contre 54 % pour les femmes en concubinage. Les célibataires n'ont pour la plupart pas d'enfant (67 %). Il semble donc que les femmes mariées ou en couple ont recours à une IVG en fonction de leur statut marital et les célibataires en fonction de leur statut matrimonial et sans doute professionnel.

Il y a dans notre étude, presque deux fois moins d'agricultrices et deux fois plus d'artisans-commerçantes par rapport aux valeurs nationales. Y a-t-il plus d'artisans-commerçantes et moins d'agricultrices parmi celles qui avortent ? Il est hasardeux de conclure ainsi. En revanche, on observe deux fois moins de femmes cadres ou de profession intellectuelle supérieure dans la population générale que dans celle qui a avorté. Cela s'explique peut-être par le fait que les cadres sont en général des femmes un peu plus âgées car ayant fait des études plus longues et avec des ressources qui permettent l'arrivée d'un enfant.

Deux femmes sur trois étaient actives, ce qui est légèrement supérieur au chiffre régional. En effet, la proportion de femmes au chômage était plus élevée dans notre étude. Il s'agit peut-être d'un biais de remplissage des dossiers. Le taux d'activité nationale des femmes de 25 à 49 ans était de 81 % en 2007, soit très proche de celui des femmes de notre étude : 82 %. En 2007, le taux de chômage en France pour l'ensemble des femmes de 25 à 49 ans était de 8 % contre 30 % dans notre étude. Pour les femmes de 15–24 ans le taux de chômage était de 43 % et donc supérieur au taux de 33 % pour les ligériennes du même âge ayant réalisées leur IVG en 2006, et supérieur au taux national de l'ensemble des femmes de 15–24 ans (ayant ou non réalisé une IVG) qui était de 20 % en 2007. Ainsi, quel que soit l'âge des femmes réalisant une IVG, les chômeuses sont surreprésen-

tées par rapport à la population générale. Avoir un enfant, une instabilité professionnelle et des problèmes d'argent semble donc difficilement compatible.

Les caractéristiques gynécologiques

La répartition des femmes selon leur parité antérieure est similaire dans notre étude aux résultats de 2006 en Pays de la Loire [1,2]. Le pourcentage de femmes de 35 ans ou plus ayant au moins deux enfants est similaire dans ces deux études. Ainsi, une majorité de femmes était déjà mère. Il s'agit sans doute de femmes ayant atteint leur quota d'enfant ou bien ne désirant pas de nouvel enfant dans leur situation professionnelle ou sentimentale actuelle.

Environ une mère sur cinq avait un enfant de moins de un an. Cela pose le problème de la prise en charge de la contraception dans le post-partum et dans les mois qui suivent. Il apparaît nécessaire d'améliorer l'information sur les méthodes de contraception lors des hospitalisations en suite de couche et en consultation du post-partum, afin d'éviter une situation de demande d'IVG future [10].

Les résultats concernant la répartition des femmes selon leurs antécédents d'IVG sont superposables à ceux de l'étude régionale de 2006 [1,2]. Une majorité de femmes se présentant en demande d'IVG le fait pour la première fois. Ce sont principalement des femmes plus âgées, au foyer ou au chômage, ayant déjà au moins un enfant et qui ont au moins un antécédent d'IVG. Pour la majorité d'entre elles, il s'agit d'une première intervention qui restera unique. Notre étude est quantitative et n'analyse pas les raisons des IVG répétitives qui est un sujet très complexe où l'on retrouve souvent des violences physiques ou psychologiques, actuelles ou passées, dans la vie des femmes [11].

Les caractéristiques de l'IVG

Une large majorité de femmes (environ 85%) a bénéficié d'un entretien psycho-social. La proportion de femmes ayant réalisé un entretien psycho-social diminue avec l'âge. Il faut d'ailleurs souligner que les recommandations de l'Anaes sont bien respectées puisque 100% des mineures ont bénéficié de cet entretien.

La répartition des termes auxquels les femmes ont réalisé leur IVG est quasiment superposable à celle de 2006 en Pays de la Loire. La proportion des IVG entre six et neuf SA est identique dans ces deux études, soit 70%. Ainsi, la majorité des femmes réagissent rapidement à un retard de règles. Plus l'âge des femmes augmente, plus elles réagissent rapidement. Les IVG à plus de neuf SA représentaient 20% des IVG réalisées chez des femmes de 30 ans ou plus contre plus d'un tiers chez les moins de 20 ans, cela aussi bien dans notre étude qu'au niveau régional [2]. Les jeunes femmes ont sans doute une moins bonne connaissance des signes de grossesse et ne s'attendent pas à être enceinte. Elles se présentent alors plus tardivement en demande d'IVG. Ces jeunes femmes ont aussi peut-être peur d'en parler à leurs parents ou à leur médecin et ont une moins bonne connaissance de la législation et des systèmes de prise en charge d'une grossesse non désirée. Pour les femmes de plus de 45 ans, une explication se croise avec les femmes plus jeunes: elles ne s'attendent sans doute

pas à être enceintes et elles découvrent leur grossesse plus tardivement.

Pour un délai tardif, quelques hypothèses peuvent être émises comme une séparation du couple qui ne permet plus à la femme d'envisager l'accueil d'un enfant, ou bien les erreurs de terme, ou encore l'ambivalence face au désir de maternité [12].

La grossesse peut être le moyen pour certaines femmes de savoir si elles peuvent être enceintes ou pas, si elles sont compatibles avec ce partenaire-là, si elles peuvent être mères et choisir de ne pas l'être [13]. « Je ne pensais pas que ça allait m'arriver ». Sur un plan rationnel, les femmes savent qu'elles peuvent être enceintes, mais sur un plan irrationnel, le lien ne se fait pas, comme si rapport sexuel et grossesse étaient déconnectés [13]. Ainsi il convient de mêler au terme auquel la femme se présente, la raison de son IVG ce qui est hautement plus complexe à étudier et n'est pas notre sujet.

La méthode d'IVG

Le taux d'IVG par méthode médicamenteuse (43%) est proche de celui de 2005 en France métropolitaine (44%) et supérieur à celui de 2006 pour la région des Pays de la Loire (35%). Cette méthode a une large place (95%) dans les IVG précoces (jusqu'à sept SA), encore présente à huit SA mais absente à neuf SA alors que l'ANAES la propose jusqu'à ce terme [14]. Pour la région, cette méthode n'est pas si largement utilisée: elle représente 77% des IVG jusqu'à sept SA [2]. Elle est au contraire plus utilisée au-delà de sept SA, très faiblement entre neuf et 12 SA (alors qu'à partir de dix SA l'ANAES ne recommande que la méthode chirurgicale [14]), puis représente 8% des IVG de 13 et 14 SA alors qu'elle est nulle dans notre étude. Dans notre étude comme dans la région en 2006, le taux d'IVG chirurgicales sous anesthésie générale était faible (environ 30%) comparé au taux national de 65% pour l'année 2005. Il y a vraisemblablement dans notre région un problème d'accès à l'anesthésie générale lors d'un désir d'avortement instrumental. Par ailleurs, la proportion des IVG chirurgicales sous anesthésie locale ou générale à partir de sept SA est superposable entre notre étude et les données régionales de la DRASS [1]. Ainsi le mode d'anesthésie pour une IVG instrumentale semble être proposé indépendamment du terme de la grossesse. Selon nos résultats, la méthode médicamenteuse est d'autant plus utilisée que l'âge de la patiente augmente car ces femmes se présentent en demande d'IVG dans des délais plus courts. Il est vraisemblable que les femmes jeunes ont plus de réticence à expulser un œuf ou à avoir des métrorragies importantes pour la simple raison qu'elles n'ont jamais vécu d'accouchement ou d'IVG auparavant. Elles ont peut-être plus d'appréhension face à ce qui peut se produire et ainsi sont-elles plus souvent désireuses d'une technique radicale comme l'est la méthode chirurgicale. Nos résultats rapportent que plus la femme a d'enfants ou plus elle a d'antécédents d'IVG, plus elle utilise une méthode médicamenteuse pour son IVG et en cas de méthode chirurgicale, elle favorisera une anesthésie locale.

Dans notre étude, nous constatons qu'il n'y a pas de différence de proportion d'IVG médicamenteuse ou chirurgicale entre les centres mais que la différence tient essentiellement à la méthode d'anesthésie.

Ainsi, l'accès à la méthode médicamenteuse est bien développé dans notre département notamment dans des termes précoces mais sa proposition pourrait être étendue à neuf SA comme le recommande l'ANAES. Cependant, il y a un véritable problème d'accès à l'anesthésie générale en cas d'IVG chirurgicale.

La consultation post-IVG

Un quart des femmes ne s'est pas présenté à ce rendez-vous. Les femmes de 18 à 24 ans viennent moins souvent en consultation post-IVG. Étant donné que lors de cette consultation, les différentes méthodes contraceptives sont abordées et notamment celle qui a échoué, il s'agit d'une consultation importante pour éviter une nouvelle IVG. On remarque que ce sont le plus souvent les jeunes femmes qui ont bénéficié d'une IVG chirurgicale et notamment sous AG qui ne se présentent pas.

Le discriminant pour la réalisation ou non de cette consultation n'est sans doute pas l'âge mais la méthode d'IVG et d'anesthésie en cas d'IVG chirurgicale. La méthode chirurgicale paraît plus sûre pour les femmes et elles ne jugent alors peut-être pas nécessaire cette consultation post-IVG. Ainsi, il s'agit surtout d'insister auprès des femmes de l'importance de cette consultation pour une meilleure planification future. Mais ce qui reste marquant, c'est qu'une femme sur sept ayant réalisé une IVG médicamenteuse ne soit pas venue en consultation post-IVG alors que pour elles, cette consultation est indispensable pour s'assurer de l'avortement effectif par un contrôle d'une décroissance suffisante des β -HCG.

Les complications

Il y a eu très peu de complications après une IVG mais plutôt des IVG non effectives ayant nécessité la poursuite des soins (reprise de médicaments ou aspiration). On ne note aucune complication grave mettant en jeu le pronostic vital ou le pronostic de fertilité future pour les patientes.

La contraception

Dans notre étude, un peu plus d'une femme sur deux utilise une méthode contraceptive. Dans l'enquête Cocon, 70 % des femmes ayant réalisé une IVG en 1998 en France métropolitaine utilisait une méthode contraceptive [6]. Pour les échecs de vasectomie on est en droit de douter : « le père était-il bien le père ». Les méthodes pilule, stérilet, stérilisation apparaissent plus fiables puisque moins présentes dans notre étude. Les IVG sous stérilet restent assez rares (2,1 % dans notre étude) (Tableau 4).

Encore beaucoup de femmes, en général d'un âge plus avancé, utilisent une méthode naturelle de contraception. Pour les jeunes, beaucoup utilisent le préservatif seul. La contraception n'est sans doute pas toujours adaptée à chaque femme. Certaines femmes sont réticentes vis-à-vis du stérilet ou des méthodes de stérilisations ou inquiètes quant à utiliser la pilule de façon prolongée. Pour les jeunes, il peut y avoir la peur de devoir en parler avec leurs parents.

Tableau 4 Méthode contraceptive des femmes de notre étude lors de la conception de grossesse aboutissant à une IVG.

Contraception methods used by women during conception leading to abortion.

Méthode contraceptive	Département %	< 20 ans %	≥ 35 ans %
Pas de méthode	41,5	48,2	37,5
Pilule	25,8	18,7	19,2
Préservatif	17,8	29,1	15,5
Stérilet	2,1	0,0	4,3
Méthode naturelle	9,8	3,0	21,4
Grossesse désirée	1,9	0,6	0,7
Autres	1,2	0,4	1,4

Ainsi, différentes choses sont indispensables pour optimiser les méthodes contraceptives des femmes : des campagnes de prévention de l'IVG et d'information des moyens de contraception sur un plan national, mais aussi sur un plan local adapté au bassin de population. Il faut que soit respectée notamment la proposition légale de trois animations à la vie affective et sexuelle de la maternelle à la fin du lycée comme le stipule l'article L.312-16 du code de l'éducation [15].

Conclusion

Le nombre d'IVG au niveau départemental, régional et national semble augmenter légèrement mais le taux d'IVG pour mille femmes reste stable. Il n'apparaît pas de différence notable entre les femmes pratiquant une IVG dans le département, la région ou la France sur des critères socio-démographiques et gynécologiques. On note cependant une proportion plus importante de femmes inactives et notamment au chômage parmi celles qui avortent par rapport à la population générale. Par ailleurs, nous n'avons pas montré de différence au niveau du terme de la grossesse lors de la réalisation de l'IVG, entre les femmes de notre étude et celles de la région. La méthode de réalisation de l'IVG est également similaire entre notre étude, la région et la France. Nous avons par ailleurs mis en évidence une différence au niveau des méthodes d'anesthésie lors des IVG chirurgicales. En effet, il y a deux fois moins d'IVG sous anesthésie générale dans notre étude et dans la région des Pays de la Loire qu'en France, contrairement à d'autres régions où la proportion d'IVG dans le secteur privé est plus importante. Le recours à l'anesthésie générale dans ce secteur est-il plus important du fait d'une vraie proposition aux femmes ou bien du fait d'un intérêt économique ? Il n'en reste pas moins que dans le secteur public, l'anesthésie générale devrait être plus souvent proposée aux patientes lorsque cela est justifié. Par ailleurs, nous avons vu que l'accès à la méthode médicamenteuse bien que répandu pour les termes précoces pouvait être étendu jusqu'à neuf SA tel que le recommande l'ANAES.

Il reste également des efforts à faire afin de prévenir le recours à l'IVG. Les méthodes de contraception sont un point essentiel de la prévention. Il est impératif de poursuivre voire améliorer les campagnes de prévention de l'IVG

ainsi que les campagnes d'information sur les moyens de contraception. Tous les niveaux de découpage administratif sont concernés mais il faut préciser que sur un plan local, elles devront également s'adapter au bassin de population afin d'être optimales. Enfin, il est indispensable que toutes les femmes viennent à la consultation post-IVG et notamment les jeunes femmes. C'est en effet un moment clé pour aborder les différentes méthodes de contraception et les raisons de l'échec de celle qui était employée afin de prévenir le risque de récurrence. De façon plus générale, il convient de promouvoir l'éducation sexuelle chez les adolescents et bien sûr la formation continue des professionnels de santé.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] DRASS Pays de la Loire. 8300 interruptions de grossesse en Pays de la Loire. *Écho des stats Pays de la Loire* 2007;42 [4 p].
- [2] DRASS Pays de la Loire. Les interruptions volontaires de grossesse dans les Pays de la Loire en 2006. *Écho des stats Pays de la Loire* 2008;42 [Supplément 25p].
- [3] Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Édition 2006. Disponible sur <http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Perinatalite.48.0.html> (consulté le 01/04/2009).
- [4] Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Périnatalité dans les Pays de la Loire. Mise à jour 2007. Disponible sur http://www.sante-pays-de-la-loire.com/Publications_2007.351.0.html (consulté le 01/04/2009).
- [5] INSEE. Structure de la population selon le sexe et le groupe d'âge par département et région au 1^{er} janvier 2005. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/sd2005/dd/excel/sd2005.p4d.fe.xls> (consulté le 01/04/2009).
- [6] Bajos N, et al. INED. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Popul Soc* 2004;407 [4 p].
- [7] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2005. *DREES. Études et Résultats* 2008;624 [8 p].
- [8] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. *DREES. Études et Résultats* 2008;659 [8 p].
- [9] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. *DREES. Études et Résultats* 2006;522 [8 p].
- [10] Fanello S, Parat-Pateu V, Dagorne C, et al. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2007;36: 369–74.
- [11] Morgny C., Fiet C. Interruptions volontaire de grossesse : tenter de comprendre la répétition. 2005. Disponible sur <http://orsbourgogne.free.fr/rapIVGrep.pdf> (consulté le 01/04/2009).
- [12] Buret N. Évaluation des répercussions de la loi de juillet 2001 concernant l'allongement du délai d'IVG de 12 à 14 SA. In: Thèse de doctorat en médecine. Angers: université d'Angers; 2004 [17-20].
- [13] Benhamou O. Avorter aujourd'hui trente ans après la loi Veil. Paris: Mille et une nuits; 2005 [194 p].
- [14] ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, 2001. Disponible sur http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/ivg_14_s.anaes.pdf (consulté le 01/04/2009).
- [15] Verdure F, Rouquette A, Delori M, Aspee F, Fanello S. Connaissances, besoins et attentes des adolescents en éducation sexuelle et affective. *Arch Pediatr Puer* 2010;17: 219–25.