

Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France¹

Acces to health care for induced abortions: analysis by means of a french national survey

Moreau C², Bajos N³, Bouyer J⁴, et le groupe Cocon⁵

Résumé

Objectifs : Alors que des études récentes font état de dysfonctionnement dans le système de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG), les conditions concrètes d'accès aux soins restent largement méconnues. L'objet de cette recherche est d'explorer les conditions d'accès à l'IVG à travers la reconstitution du parcours des femmes.

Méthode : Les données sont issues de l'enquête Cocon sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG. Un échantillon représentatif de 2 863 femmes de 18 à 44 ans, vivant en France, a été interrogé par téléphone en 2000. L'étude porte sur les 480 femmes déclarant une IVG dans les dix dernières années.

Résultats : Les résultats montrent que deux tiers des filières d'accès au centre d'IVG sont directes. Les parcours des femmes sont néanmoins très divers et dépendent du type de premier professionnel contacté. Le choix de ce premier professionnel dépend des caractéristiques sociodémographiques des femmes. Il influence les conditions ultérieures du parcours : les femmes qui s'adressent en premier lieu à un gynécologue (37 %) ont, en moyenne, des trajectoires plus simples et rapides, et au contraire, celles qui contactent un généraliste (26 %) ont des parcours plus souvent indirects et plus longs, surtout lorsqu'elles ont un niveau d'études peu élevé.

Conclusion : L'étude montre une hétérogénéité des conditions d'accès à l'IVG en France. Ces résultats rendent compte de la nécessité d'une politique sanitaire claire, où se dégageraient deux priorités : celle d'une meilleure visibilité de l'offre du système de soins en matière d'IVG et celle d'une meilleure formation des praticiens.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(1):77-87

Mots clés : accès aux soins, interruption volontaire de grossesse, avortement.

Summary

Aims: Despite recent studies that evidence some problems in the organisation of the French health care system concerning access for an abortion, far little is known on the reality of access conditions and the views of women on the difficulties they experience when they attend an abortion clinic. This study describes conditions of access to health care for abortions based on women's reports, taking into account the woman's background and the influence of the first professional contacted.

Methods: A national sample of 2 863 women aged 18 to 44, randomly selected from the telephone directory was interviewed by telephone in 2000. Of these women, 480 had an abortion in the last ten years.

Results: Results show that 61% of women had a direct access to abortion services. However patterns of care differed according to the type of first professional they contacted. The choice of first professional depended on women's social background. This choice affected subsequent access conditions, in terms of time delay or complexity of patterns of care to access abortion services. Women who first contacted a private gynaecologist had more direct and shorter patterns of care. Conversely, general practitioners were associated with longer and more indirect patterns of care, especially when women were less well educated.

Conclusion: This study reveals the heterogeneous nature of patterns of access to an abortion in France. It also raises questions concerning the training of general practitioners, who seem to be less well prepared to take charge of a request for an abortion than other professionals. Efforts must be made to better inform women and these professionals about the process required for abortions.

Rev Med Ass Maladie 2005;36(1):77-87

Key words: access to health care, induced abortion, abortion.

¹ Cet article a été publié en version anglaise dans l'European journal of public health (Moreau C, Bajos N, Bouyer J and the Cocon group. Acces to health care for induced abortions: analysis by means of a french national survey. Eur J Public Health 2004;14:369-74.). Nous le reproduisons en version française avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

² Médecin de santé publique. INSERM-INED U569/IFR 69, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre.

³ Chercheur, INSERM-INED U569/IFR 69, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre.

⁴ Maître de conférences des universités, Université Paris IV, Paris. INSERM-INED U569/IFR 69, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre.

⁵ La composition du groupe Cocon est mentionnée en fin d'article.

Adresse pour correspondance : Dr Caroline Moreau, INSERM U569, Hôpital de Bicêtre, 82, avenue du Général-Leclerc, F-94276 Le Kremlin Bicêtre cedex
e-mail : moreau_c@vjf.inserm.fr

INTRODUCTION

En dépit d'une diffusion massive des méthodes contraceptives médicalisées depuis trente ans, le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est resté relativement stable depuis 1975, date de sa légalisation en France. L'IVG est un événement de santé reproductive relativement fréquent qui concerne environ 15 ‰ femmes par an [1], ce qui situe la France à un niveau moyen en Europe (taux d'incidence annuel : 7 ‰ aux Pays-Bas et 18 ‰ en Suède) [2].

La légalisation de l'avortement a considérablement amélioré la santé des femmes, en faisant de l'IVG une procédure médicalisée sécurisée [3]. Les conditions de prise en charge restent néanmoins un sujet d'intérêt important, car les taux d'efficacité et de complications dépendent de la précocité de l'intervention [4]. Elle peut également influencer sur le vécu des femmes pour qui, l'IVG reste un événement difficile à vivre [5, 6].

Les connaissances actuelles sur les conditions de prise en charge des IVG en France sont limitées. Deux travaux récents font état d'un certain nombre de dysfonctionnements, soulignant notamment le statut précaire du personnel soignant le plus souvent vacataire et le contingentement des actes, imposé au secteur privé qui contribue à rallonger les délais de prise en charge [7, 8]. Ils rapportent également l'attitude moralisatrice et culpabilisante de certains personnels soignants qui augmente les difficultés rencontrées par les femmes dans leur parcours de soins. Ces travaux concernent essentiellement l'offre de soins analysée du point de vue de ses acteurs (personnels de santé). Mais, comme dans la plupart des pays où l'IVG est légale, la demande de soins n'est à ce jour que très peu documentée. La réalité concrète de la prise en charge des femmes à l'occasion d'une demande d'IVG et leur perception des conditions d'accès aux soins restent largement méconnues.

Pour compléter les données actuelles, il est important d'étudier les expériences et besoins des femmes qui recourent à une IVG. La manière dont elles vivent cet événement dépend de processus complexes qui intègrent des dimensions multiples (émotionnelle, physique, culturelle, etc.) [9]. Les conditions d'accès aux soins sont une de ces dimensions susceptibles d'influencer le vécu des femmes.

Dans le contexte de l'IVG, l'étude de l'accès au système de santé revêt un caractère particulier, car il s'agit d'un acte médical singulier par de multiples aspects. De ce fait, les déterminants classiquement

étudiés pour rendre compte de l'accès aux soins, notamment l'appartenance sociale [10] ne sont pas forcément les seuls pertinents dans le cas de l'IVG. La relative complexité juridique qui encadre le recours à l'IVG conduit à la nécessité d'une prise en charge rapide¹. Dans la mesure où la parole sociale reste difficile et où l'information publique sur les lieux de réalisation des IVG est interdite (jusqu'en juillet 2001), on peut penser que les femmes vont largement s'appuyer sur l'aide du premier professionnel qu'elles contactent pour s'orienter dans le système de soins. Les professionnels impliqués dans la prise en charge des IVG sont nombreux (médecins libéraux, hospitaliers, travailleurs sociaux, personnel du planning familial, etc.). Leurs pratiques dépendent de leur formation et de leur réseau de travail, mais aussi de leurs représentations de la légitimité de la demande des femmes. Leur réponse peut déterminer des conditions de prise en charge différentes.

C'est ce point, le choix et le rôle du premier interlocuteur, que nous allons particulièrement étudier ici, en répondant plus spécifiquement aux trois questions suivantes :

- Les conditions d'accès aux soins et en particulier, le choix du premier interlocuteur contacté, dépend-il des caractéristiques sociales et démographiques des femmes ?
- Le choix du type de premier interlocuteur influence-t-il les conditions de prise en charge ultérieure ?
- Si tel est le cas, son rôle s'exerce-t-il de la même façon pour toutes les femmes ou varie-t-il selon la situation sociale et démographique des femmes ?

MÉTHODE

1. Population de l'enquête Cocon

Les données sont issues de l'enquête Cocon (Cohorte - Contraception), enquête socio-épidémiologique de cohorte dont l'objectif général est d'améliorer les connaissances sur les pratiques contraceptives et le recours à l'IVG en France.

L'étude repose sur la première vague d'inclusion dans la cohorte qui réunit un échantillon aléatoire représentatif de 2 863 femmes âgées de 18 à 44 ans vivant en France, interrogées par téléphone entre septembre 2000 et janvier 2001. La méthode détaillée de cette enquête a été décrite ailleurs [11]. Celle-ci repose en particulier sur l'élaboration

¹ En 2000, l'IVG devait être pratiquée avant douze semaines d'aménorrhées par un médecin dans un centre agréé pour les pratiquer. L'accès passait pas trois étapes obligatoires : deux consultations médicales et un entretien social avec un délai de réflexion de huit jours entre la demande de la femme et la réalisation de l'IVG. Ces dispositions ont été modifiées en juillet 2001 rallongeant le délai de douze à quatorze semaines d'aménorrhées et en rendant l'entretien social facultatif.

d'un plan de sondage complexe, visant à sur représenter les femmes qui déclaraient une IVG dans les cinq années précédant l'enquête, afin de disposer d'un échantillon suffisamment grand pour étudier les conditions d'accès aux soins pour une IVG. L'analyse prend en compte ces probabilités d'inclusion inégales en attribuant à chaque femme un poids égal à l'inverse de sa probabilité d'être sélectionnée. L'échantillon pondéré a ensuite été redressé afin de le rendre comparable à la distribution des principales caractéristiques socio-démographiques de la population féminine française (âge, statut matrimonial, activité professionnelle, niveau d'éducation, selon les données du dernier recensement de l'INSEE). Dans cet article, les résultats sont présentés en rapportant systématiquement les effectifs bruts et les pourcentages pondérés.

2. Échantillon d'étude

Parmi les 2 863 femmes interrogées, 677 ont déclaré une IVG au cours de leur vie, soit un taux d'IVG de 12,8 %. Pour étudier les conditions récentes de prise en charge des IVG et réduire les biais liés à la mémoire, la présente analyse se limite aux 480 femmes déclarant une IVG dans les dix dernières années.

3. Questionnaire

a) Caractéristiques sociales et démographiques des femmes

Le questionnaire d'une durée moyenne de quarante minutes recueillait, entre autres, des informations sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les conditions de prise en charge de la dernière IVG. Différentes questions portaient sur la situation des femmes au moment de l'IVG : âge, situation professionnelle, nombre de grossesses antérieures, antécédents d'IVG, vie en couple au moment de l'IVG (cette information n'étant disponible que pour les femmes dont l'IVG correspondait à la dernière grossesse). D'autres caractéristiques (niveau d'étude, vie en couple, niveau de revenu du foyer (rapporté au nombre d'habitants vivant dans le foyer), suivi gynécologique des 12 derniers mois) se référaient à la situation des femmes au moment de l'enquête. Le décalage moyen entre la date de l'IVG et celle de l'enquête était de 4,8 ans [4,3-5,2]. Nous avons fait l'hypothèse que les changements de situation de vie des femmes survenus depuis l'IVG ne dépendaient pas des filières de soins suivies.

b) Description des conditions d'accès à l'IVG

Les conditions d'accès aux soins recouvrent plusieurs dimensions qui sont étudiées à travers les indicateurs suivants :

– *Type de professionnels contactés dans le cadre d'une demande d'IVG, en accordant une attention particulière*

au premier interlocuteur. Quatre catégories ont été distinguées : l'hôpital (public ou privé), les structures médico-sociales (essentiellement le planning familial), les généralistes et les gynécologues libéraux. Les autres premiers interlocuteurs étaient rarement cités (travailleurs sociaux, éducateurs) et n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des conditions d'accès aux soins.

– *Filières de soins, directes ou indirectes.* Cette variable rend compte d'une série d'étapes plus ou moins complexes dans le parcours des femmes. Les filières directes correspondaient à tout parcours dans lequel il n'existait pas d'intermédiaire entre le premier professionnel contacté et un centre d'IVG. Tous les autres parcours ont été classés dans les filières indirectes. À titre d'exemple, on considérait comme une filière indirecte un parcours dans lequel le premier interlocuteur contacté était un généraliste, qui renvoyait la femme vers un gynécologue, lequel l'adressait à une structure pratiquant les IVG. Dans 8 % des cas, les informations sur les différents contacts étaient incomplètes. Ces parcours n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des filières.

– *Nombre de centres pratiquant les IVG contactés.*

– *Délai de prise en charge.* Il s'agissait du délai entre la date du premier contact et la date de réalisation de l'IVG.

– *Lieu de réalisation de l'IVG (secteur public ou privé).*

– *Soutien du médecin ayant pratiqué l'IVG et du personnel du centre d'IVG.* Cet item était mesuré par les réponses à la question : « Diriez-vous que vous avez été soutenue par le médecin qui vous a fait l'IVG ? ».

4. Analyse statistique

L'analyse univariée de l'association entre les caractéristiques socio-démographiques des femmes et le choix du type de premier professionnel contacté, ainsi que des associations entre le type de premier interlocuteur et les conditions d'accès ultérieures a été réalisée selon les méthodes statistiques habituelles (test de χ^2 pour les pourcentages et analyse de variance pour les moyennes). L'analyse multivariée, qui permet la prise en compte simultanée des différents facteurs associés au choix du premier interlocuteur, a fait appel à un modèle de régression logistique polytomique, le facteur à expliquer, c'est-à-dire le premier professionnel contacté, étant défini en quatre classes. Les variables dont le degré de signification était inférieur ou égal à 25 % en univarié ont été retenues dans les modèles de régression. Les valeurs des odds ratio ne variant que très peu entre l'analyse univariée et multivariée, nous présentons ici les résultats sous la forme de pourcentage (analyse univariée), plus faciles à lire. Néanmoins, les valeurs des tests de signification (p) de l'analyse multivariée figurent aussi dans les tableaux.

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel STATA® (StataCorp®, 1999 #215).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques sociales et démographiques des femmes et choix du type de premier interlocuteur professionnel contacté

La majorité des femmes de l'étude ont contacté en premier lieu un médecin libéral, qu'il soit gynécologue (37 % des cas) ou généraliste (25 % des cas) (figure 1). Près d'une femme sur cinq s'adressait directement à une structure hospitalière (publique : 16,5 %, privée : 2,2 %) et 11 % contactaient une structure médico-sociale (essentiellement le Planning familial).

Le gynécologue était le premier professionnel le plus souvent sollicité, et ceci indépendamment de l'âge des femmes. Cependant, l'étude montre que les facteurs associés au choix du type de premier professionnel différaient selon l'âge, ce qui nous a conduits à séparer l'analyse en distinguant les femmes de moins de 30 ans de celles qui avaient 30 ans ou plus au moment de l'IVG.

Pour les femmes de moins de 30 ans (tableau I), la fréquentation hospitalière suivait une forme de courbe en U selon le niveau d'éducation. En effet, les femmes les moins diplômées ou au contraire les plus diplômées s'adressaient plus souvent directement à l'hôpital que les autres. Par ailleurs, les femmes les moins diplômées s'adressaient plus sou-

vent à un généraliste en premier recours que les autres. Le choix du premier interlocuteur dépendait également du type et de la nature du suivi gynécologique. Les femmes qui ne rapportaient pas de suivi gynécologique dans l'année s'adressaient plus souvent à un centre médicosocial, celles qui étaient suivies par un gynécologue contactaient plus souvent un gynécologue, et en revanche celles qui consultaient un généraliste s'adressaient plus souvent directement à l'hôpital. Bien que la relation ne soit pas significative dans l'analyse multivariée ($p = 0,15$), les femmes qui déclaraient avoir déjà eu une IVG avaient tendance à s'adresser plus souvent à un centre médicosocial que les autres.

Les femmes de plus de 30 ans sollicitaient plus souvent un généraliste et moins souvent l'hôpital que les plus jeunes (tableau II). Dans cette tranche d'âge, le choix du premier interlocuteur dépendait également du type et de la nature du suivi gynécologique. Les femmes qui ne déclaraient pas de suivi gynécologique dans l'année contactaient plus souvent un centre médicosocial, celles qui étaient suivies par un gynécologue sollicitaient plus souvent un gynécologue et, à la différence des plus jeunes, celles qui étaient suivies par un généraliste s'adressaient plus souvent à un généraliste. Les femmes de plus de 30 ans qui déclaraient un antécédent d'IVG contactaient plus souvent directement l'hôpital que les autres, un choix que l'on observait également chez celles qui n'avaient pas d'enfants. Par ailleurs, le type de premier professionnel contacté dépendait du niveau de revenu : la consultation directe

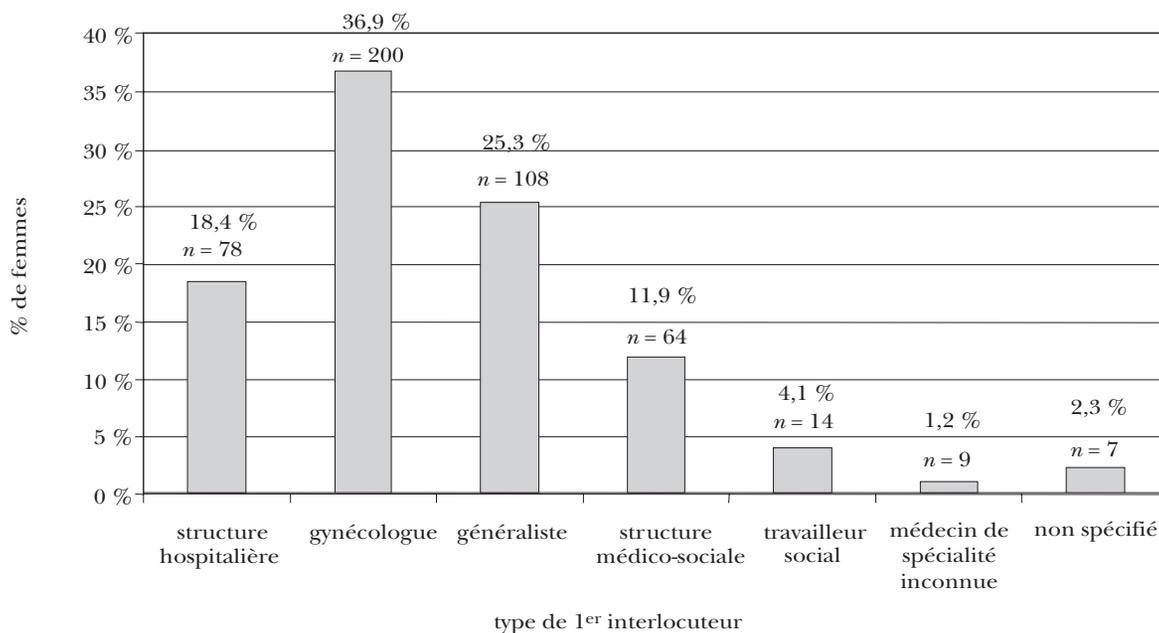


Figure 1. Répartition des femmes, selon le type de premier professionnel contacté pour une demande d'interruption volontaire de grossesse (Enquête Cocon, France – 2000).

Tableau I
Premier interlocuteur contacté, selon les caractéristiques des femmes de moins de 30 ans ($n = 263$)
déclarant une interruption volontaire de grossesse dans les dix dernières années
(Enquête Cocon, France – 2000).

	Structure hospitalière $n = 56$ 25,2 %	Centre médico-social $n = 45$ 14,8 %	Gynécologue $n = 106$ 39,4 %	Généraliste $n = 56$ 20,6 %	Total $n = 263$ 100 %
<i>Âge (années)</i> $p = 0,49$ (univariée)					
< 20 ($n = 35$)	29,9	25,1	29,4	15,6	100
20 à 24 ($n = 109$)	25,1	18,3	35,7	21,0	100
25 à 29 ($n = 119$)	24,1	9,4	45,1	21,4	100
<i>Niveau d'éducation</i> $p = 0,08$ (univariée) et $p = 0,03$ (multivariée) ^b					
< Bac ($n = 107$)	23,0	11,5	38,1	27,4	100
Bac ($n = 59$)	14,9	21,5	48,4	15,2	100
> Bac ($n = 97$)	34,7	17,9	37,4	10,0	100
<i>Revenu</i> $p = 0,21$ (univariée) et $p = 0,16$ (multivariée) ^b					
Bas ($n = 97$)	25,6	15,9	30,1	28,4	100
Moyen ($n = 77$)	17,0	15,2	49,5	18,3	100
Élevé ($n = 79$)	28,2	13,1	48,6	10,1	100
<i>Situation professionnelle</i> $p = 0,30$ (univariée)					
Active ($n = 135$)	25,2	9,7	42,0	23,0	100
Étudiante ($n = 67$)	25,9	24,0	34,1	16,0	100
Au chômage ($n = 28$)	40,7	17,2	22,4	19,8	100
Non active ($n = 33$)	10,5	14,2	54,2	21,0	100
<i>Avait au moins un enfant avant l'IVG^a</i> $p = 0,50$ (univariée)					
Oui ($n = 97$)	22,3	10,7	43,2	23,8	100
Non ($n = 166$)	27,3	17,9	36,6	18,2	100
<i>Antécédents d'IVG^a</i> $p = 0,05$ (univariée ^c) et $p = 0,16$ (multivariée) ^b					
Oui ($n = 39$)	24,2	29,7	21,6	24,5	100
Non ($n = 224$)	25,3	12,1	42,7	19,9	100
<i>Utilisation d'une contraception au moment de la conception</i> $p = 0,11$ (univariée) et $p = 0,15$ (multivariée) ^b					
Oui ($n = 149$)	23,5	10,5	46,2	19,8	100
Non ($n = 101$)	27,2	20,8	27,8	24,2	100
<i>Suivi gynécologique au cours de la dernière année^c</i> $p = 0,01$ (univariée) et $p = 0,03$ (multivariée) ^b					
Pas de suivi ($n = 26$)	16,9	29,8	26,4	26,8	100
Gynécologue ($n = 190$)	22,6	10,9	47,2	19,2	100
Généraliste ($n = 43$)	40,7	23,0	11,8	24,4	100

L'effectif (n) est le nombre de femmes interrogées dans chaque catégorie. Les pourcentages sont pondérés (ils prennent en compte la probabilité d'inclusion et le redressement).

^a Interruption volontaire de grossesse.

^b Pour toutes les variables incluses dans le modèle multivarié (régression polytomique), les résultats de l'analyse multivariée (valeurs de p) sont indiqués en complément des valeurs de p de l'analyse univariée.

^c Les items de la variable suivi gynécologique sont exclusifs. Une femme suivie à la fois par un gynécologue et un généraliste est classée dans la catégorie « suivie par un gynécologue ».

Tableau II
Premier interlocuteur contacté, selon les caractéristiques des femmes de 30 ans et plus ($n = 187$)
déclarant une interruption volontaire de grossesse dans les dix dernières années
(Enquête Cocon, France – 2000).

Total	Structure hospitalière $n = 22$ 11,1 %	Centre médico-social $n = 19$ 9,6 %	Gynécologue $n = 94$ 40,7 %	Généraliste $n = 52$ 38,6 %	Total $n = 187$ 100 %
<i>Âge (années)</i>					
$p = 0,41$					
30-34 ($n = 99$)	13,5	12,6	38,1	35,8	100
35 et plus ($n = 88$)	7,8	5,4	44,3	42,4	100
<i>Niveau d'éducation</i>					
$p = 0,15$ (univariée) et $p = 0,23$ (multivariée) ^b					
< Bac ($n = 88$)	8,4	11,4	36,9	43,3	100
Bac ($n = 42$)	2,2	8,8	35,4	26,7	100
> Bac ($n = 57$)	8,5	3,9	60,9	34,1	100
<i>Revenu</i>					
$p = 0,19$ (univariée) et $p = 0,04$ (multivariée) ^b					
Bas ($n = 59$)	12,4	16,2	30,4	40,9	100
Moyen ($n = 43$)	11,4	5,2	59,6	23,9	100
Élevé ($n = 73$)	10,7	4,3	44,4	40,6	100
<i>Situation professionnelle</i>					
$p = 0,64$ (univariée)					
Active ($n = 137$)	10,0	7,2	41,9	40,9	100
Chômage / non active ($n = 50$)	13,4	14,3	38,3	34,1	100
<i>Avait au moins un enfant avant l'IVG^a</i>					
$p = 0,01$ (univariée) et $p = 0,005$ (multivariée) ^b					
Oui ($n = 162$)	10,5	7,3	40,7	41,4	100
Non ($n = 25$)	15,9	29,0	40,5	14,6	100
<i>Antécédents d'IVG^a</i>					
$p = 0,03$ (univariée) et $p < 0,001$ (multivariée) ^b					
Oui ($n = 58$)	22,4	16,2	35,9	25,4	100
Non ($n = 129$)	5,9	6,5	42,9	44,7	100
<i>Utilisation d'une contraception au moment de la conception</i>					
$p = 0,58$ (univariée)					
Oui ($n = 111$)	10,8	8,3	36,0	44,9	100
Non ($n = 64$)	10,8	7,4	49,0	32,7	100
<i>Suivi gynécologique au cours de la dernière année^c</i>					
$p = 0,06$ (univariée) et $p = 0,03$ (multivariée) ^b					
Pas de suivi ($n = 19$)	17,0	18,9	27,2	36,9	100
Gynécologue ($n = 145$)	10,7	9,3	46,3	33,7	100
Généraliste ($n = 19$)	4,6	1,8	19,0	74,6	100

L'effectif (n) est le nombre de femmes interrogées dans chaque catégorie. Les pourcentages sont pondérés (ils prennent en compte la probabilité d'inclusion et le redressement).

^a Interruption volontaire de grossesse.

^b Pour toutes les variables incluses dans le modèle multivarié (régression polytomique), les résultats de l'analyse multivariée (valeurs de p) sont indiqués en complément des valeurs de p de l'analyse univariée.

^c Les items de la variable suivi gynécologique sont exclusifs. Une femme suivie à la fois par un gynécologue et un généraliste est classée dans la catégorie « suivie par un gynécologue ».

auprès d'un centre médicosocial ou auprès du généraliste diminuait et au contraire celle du gynécologue, s'élevait avec le niveau de revenu.

2. Conditions d'accès aux soins en fonction du type de premier professionnel contacté

a) Conditions d'accès selon le type de premier professionnel

Les conditions d'accès aux soins intègrent différentes dimensions dont celle de filière de soins, de délai de prise en charge et de lieu de réalisation l'IVG. Nous envisagerons successivement les associations entre le type de premier professionnel contacté, défini en quatre groupes (hôpital, centre médicosocial, généraliste, gynécologue) et ces différentes dimensions.

– *Filières de soins.* Au total 61 % des femmes ont eu un parcours d'accès direct jusqu'à un centre d'IVG susceptible de les prendre en charge (pas d'intermédiaire entre le premier professionnel contacté et un centre d'orthogénie). Cependant, ces parcours différaient selon le type de premier professionnel contacté (tableau III) : le généraliste était en particulier plus souvent associé à des filières de soins indirectes. Il est à noter qu'une femme sur trois (36 %) qui s'était d'abord adressée à un généra-

liste, contactait également un gynécologue avant d'être orientée sur un centre pratiquant les IVG.

– *Délai de prise en charge.* Le temps de parcours était également différent selon la porte d'entrée dans le système ($p = 0,07$). En effet, si le terme de la grossesse au premier contact ne différait pas selon le type de premier interlocuteur, il apparaissait en revanche significativement différent au moment de l'IVG, ce qui traduit un délai de prise en charge différent. Ce délai était plus court lorsque la femme s'adressait à un gynécologue, il était plus long quand elle avait recours à un centre médico-social ou à un généraliste. Ceci s'explique en partie par le fait que le gynécologue, à la différence des autres interlocuteurs, orientait préférentiellement les femmes sur le secteur privé, lequel présentait un temps de prise en charge moyen inférieur à celui du secteur public (2,0 semaines *versus* 2,6 semaines dans le public, $p = 0,12$).

– *Lieu de réalisation de l'IVG et contact avec les centres.* La majorité des femmes de l'étude étaient prises en charge par le secteur public (61 %). L'orientation des femmes dépendait du type de premier interlocuteur contacté puisque à la différence des autres, le gynécologue renvoyait une majorité de femmes (près de 60 %) vers le secteur privé.

– La plupart des femmes n'avait contacté qu'un centre d'orthogénie (92,8 %), celui dans lequel

Tableau III
Description des conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) selon le type de premier professionnel contacté (Enquête Cocon, France – 2000).

	Structure hospitalière <i>n</i> = 78	Centre médico-social <i>n</i> = 64	Gynécologue <i>n</i> = 200	Généraliste <i>n</i> = 108	Total <i>n</i> = 450
<i>Filières de soins</i>			$p < 0,001$		
Directe (<i>n</i> = 282)	56,2	62,0	77,9	39,3	61,0
Indirecte (<i>n</i> = 133)	22,1	36,0	19,5	51,1	30,8
Indéterminée (<i>n</i> = 35)	21,8	1,9	2,6	9,6	8,2
Total	100	100	100	100	100
<i>Délai moyen entre le 1^{er} contact et la réalisation de l'IVG^a (<i>n</i> = 421) (semaine)</i>			$p = 0,07$		
	2,4 [1,8 - 2,9] ^b	2,7 [2,1 - 3,3] ^b	1,9 [1,5 - 2,3] ^b	2,8 [2,0 - 3,7] ^b	2,4 [2,0 - 2,7] ^b
<i>Lieu de réalisation de l'IVG^a</i>			$p < 0,001$		
Secteur public (<i>n</i> = 283)	74,9	82,0	41,4	69,7	61,9
Secteur privé (<i>n</i> = 156)	25,1	17,9	58,6	30,3	39,1
Total	100	100	100	100	100

L'effectif (*n*) est le nombre de femmes interrogées dans chaque catégorie. Les pourcentages sont pondérés (ils prennent en compte la probabilité d'inclusion et le redressement).

^a Interruption volontaire de grossesse.

^b Intervalle de confiance au risque 95 %.

elles ont eu leur IVG, 6,6 % ont contacté deux centres et 1,4 % plus de deux centres.

Au total, 46,9 % des femmes estimaient que le médecin qui avait pratiqué l'IVG ne les avait pas suffisamment soutenues, et de même 47,1 % considéraient que le personnel soignant ne les avait pas suffisamment accompagnées.

b) Relation entre les différentes dimensions des conditions d'accès

Plus de deux tiers des femmes prise en charge dans le secteur privé (70,4 %) ont eu des parcours d'accès directs jusqu'au centre d'IVG contre 54,3 % de celles prises en charge dans le secteur public ($p = 0,07$). Les autres variables qui caractérisaient les conditions d'accès n'étaient pas significativement liées les unes aux autres. On remarque en particulier la faiblesse de l'association entre le type de filière (directe ou indirecte) et le délai de prise en charge (2,0 semaines pour les filières directes *versus* 2,6 pour les filières indirectes), ce qui suggère que la multiplicité et la hiérarchie des acteurs contactés ne semblent que très peu augmenter le temps de parcours. Cette absence de lien subsistait lorsqu'on limitait la comparaison aux femmes qui ne rapportaient qu'un seul contact avec un centre d'IVG.

c) Interaction entre le type de premier professionnel et les caractéristiques femmes sur les conditions de prise en charge

Nous nous sommes intéressés à la question de l'interaction entre le type de premier professionnel contacté et les caractéristiques des femmes (niveau d'étude, le niveau de revenu, antécédent d'IVG, suivi médical) sur les conditions de prise en charge ultérieures (filières). En nous appuyant sur les résultats précédents, qui montraient que les filières étaient plus souvent indirectes lorsque les femmes contactaient un généraliste, nous avons comparé les femmes dont le premier interlocuteur était un généraliste aux autres. Le seul facteur qui modifiait la relation entre le premier professionnel contacté et la filière de soins suivie était le niveau d'études ($p = 0,01$). Les femmes qui s'adressaient en premier lieu à leur généraliste avaient des parcours d'autant plus souvent indirects qu'elles n'avaient pas un niveau d'éducation élevé (66 % de filières indirectes si le niveau d'études était inférieur au baccalauréat *versus* 34 % pour celles qui avaient un niveau d'études plus élevé). Cette différence de filière selon le niveau d'études n'était plus significative lorsque le premier interlocuteur n'était pas un généraliste (30 % *versus* 21 %).

DISCUSSION

L'accès aux soins pour un recours à l'IVG a déjà fait l'objet de plusieurs études, et plus particulièrement

aux États-Unis, pays dans lequel la disponibilité de l'offre de soins varie considérablement d'un Etat à un autre. L'essentiel des recherches suit une approche socio-économique en analysant l'effet de l'offre de soins sur la structure de la demande [12, 13, 14, 15]. Ce type d'approche n'est cependant pas adapté à la situation française, beaucoup plus homogène, tant du point de vue légal que du point de vue de la couverture sociale ou de l'organisation du dispositif de santé. Si l'on reprend le cadre conceptuel de l'accès aux soins défini comme la résultante d'une interrelation entre les caractéristiques de la demande et celles de l'offre de soins défini par Anderson et Newman, (cité dans [10]), les connaissances actuelles sur le recours à l'IVG en France concernent essentiellement la problématique de l'offre, analysée du point de vue des professionnels de santé [7, 8]. Ces études s'intéressent peu au rôle des caractéristiques individuelles et n'abordent pas cette question à travers l'expérience des utilisatrices du système.

La comparaison de la prévalence de l'IVG dans l'échantillon Cocon à celle de la population générale issue des bulletins obligatoires (toute IVG fait l'objet d'une déclaration par le médecin qui la pratique) fait ressortir une sous-estimation importante des IVG (de l'ordre de 40 %) [16], phénomène du reste constaté dans toutes les enquêtes menées en population générale sur ce sujet [17, 18, 19, 20, 21]. Une partie de cette sous-déclaration pourrait être attribuée à la méthode d'échantillonnage de Cocon qui, comme dans toute enquête en population générale, ne permet de couvrir qu'imparfaitement la population cible (non-inclusion des femmes sans téléphone, des femmes ne parlant pas suffisamment le français, des femmes de moins de 18 ans), et sous-estime les populations marginalisées et les plus défavorisées, chez lesquelles le recours à l'IVG pourrait être plus fréquent. Il est également important de souligner que 26 % des femmes éligibles ont refusé de participer à l'enquête. Même si les distorsions d'échantillonnage ont été prises en compte en redressant l'échantillon sur la distribution des principales caractéristiques sociodémographiques de la population féminine française, cela ne garantit pas totalement l'absence de biais, puisque cela suppose que les femmes non interrogées auraient répondu de la même manière que la moyenne des femmes de même profil ayant répondu à l'enquête, ce qui n'est pas évident dans le contexte d'une étude sur l'IVG.

L'importance de la sous-estimation des IVG relevée dans l'enquête ne peut cependant pas se limiter à un problème de couverture de la population cible, mais renvoie aussi à la difficulté de parler d'événements intimes qui ne sont pas valorisés socialement. L'étude de Jagannathan aux États-Unis montre ainsi que la sous-déclaration des IVG est d'autant plus

importante que l'attitude des femmes envers l'IVG est négative [17]. Les études sur le sujet montrent que la sous-déclaration a de multiples origines : elle dépend des caractéristiques sociodémographiques des femmes (âge, ethnicité, statut marital), de leur histoire et de leurs attitudes (passé reproductif, rapport à la maternité, prévalence contraceptive, attitude vis-à-vis de l'IVG en général, etc.). La déclaration est également influencée par le contexte de l'enquête (téléphonique ou en face à face, sexe et formation de l'enquêteur, formulation des questions, durée du questionnaire, etc.) [17, 18, 19, 21]. La comparaison des caractéristiques de notre échantillon avec celles de la population générale des femmes ayant eu une IVG, fournies par les bulletins de déclaration obligatoire, permet d'estimer partiellement l'importance des biais de sélection. Il faut cependant noter que les bulletins sous-estiment eux-mêmes les IVG, et qu'ils ne représentent pas de façon exhaustive la population de femmes ayant eu une IVG. La comparaison des données montre que les deux groupes différaient essentiellement selon la situation matrimoniale et l'activité professionnelle. Cependant, on n'observait pas d'association significative entre le premier professionnel contacté et le statut matrimonial dit « de fait » ($p = 0,61$) ou l'activité professionnelle ($p = 0,20$). Cela laisse à penser que ces deux éléments ne sont pas des facteurs importants dans le choix du premier interlocuteur, et que par conséquent leur mauvaise représentation dans l'étude ne biaise pas de manière importante l'analyse.

En dépit de ces limites, et en particulier des biais que nous avons précédemment évoqués, les résultats de l'étude présentent une cohérence certaine avec les connaissances déjà acquises sur le sujet. On pense notamment aux observations recueillies dans le cadre de l'enquête qualitative GINE, qui soulignent le rôle central du premier professionnel, et que l'on vérifie dans la présente étude [9].

Les résultats montrent qu'il existe une association entre les caractéristiques sociales et démographiques des femmes et le type de premier professionnel contacté. La plupart de ces facteurs socio-démographiques de l'accès primaire sont néanmoins largement documentés par les études antérieures et renvoient à la problématique plus générale des inégalités sociales de santé [10]. Le contexte particulier de l'IVG, qui laisse plus facilement les femmes seules face à leur problème, occasionne pourtant des effets plus spécifiques que cette étude permet de mettre en évidence.

Les gynécologues représentaient la catégorie professionnelle la plus souvent sollicitée pour une demande d'IVG, un constat qui traduit probablement le contexte particulier de la pratique de la gynécologie en France qui, à la différence des autres pays, dispose d'une spécialité gynécologie

médicale. De fait, les gynécologues médicaux ont souvent repris à leur compte le suivi gynécologique des femmes à l'instar des généralistes, ce qui pourrait expliquer leur forte implication dans la prise en charge des demandes d'IVG.

Nombre de facteurs associés au choix de premier professionnel contacté différaient selon l'âge des femmes, en particulier avant et après 30 ans, ce qui correspond par ailleurs à l'âge moyen à la maternité en France. Les femmes de moins de 30 ans, suivies par un généraliste, contactaient plus souvent l'hôpital que leur médecin habituel. Paradoxe que l'on ne constatait pas chez les femmes plus âgées qui sollicitaient très largement leur généraliste. On peut supposer que les femmes jeunes, généralement en bonne santé n'ont que rarement besoin d'une consultation médicale et ainsi n'ont pas développé de relation personnalisée avec leur médecin traitant (si elles en ont), alors que les femmes plus âgées, qui sont généralement déjà engagées dans une vie de famille, consultent plus souvent leur généraliste pour elles, ou pour leurs enfants et ont par conséquent développé une relation beaucoup plus personnalisée avec celui-ci. La forme en U de la fréquentation hospitalière est également intéressante à commenter au sens où elle pourrait en fait traduire deux logiques de consommation médicale différentes selon le niveau d'éducation. Pour les femmes d'un faible niveau d'études, qui bénéficient moins souvent d'un suivi médical par un spécialiste, l'hôpital serait, dans le cadre d'une demande d'IVG comme pour d'autres enjeux de santé [22], un mode d'accès aux soins plus fréquent, alors que pour les populations ayant un niveau d'éducation élevé, ce type de recours, habituellement peu utilisé en première instance, serait l'expression d'une plus grande autonomie de ces femmes par rapport au système sanitaire. Elles auraient mieux intégré l'idée que la décision de recourir à l'IVG leur appartenait et s'adresseraient directement au centre pratiquant les IVG, dans une logique première d'efficacité.

D'autres facteurs étaient associés au choix du premier professionnel contacté. En particulier, les femmes qui avaient déjà vécu l'expérience de l'IVG et par conséquent en connaissaient les procédures d'accès s'adressaient plus volontiers à des structures professionnelles spécialisées dans la prise en charge des IVG (hôpital ou Planning familial) plutôt qu'à des médecins libéraux. Au-delà de leur connaissance, ce choix peut aussi traduire la crainte d'avoir à se justifier devant leur médecin habituel confronté à des demandes d'IVG réitérées [9, 7]. L'enquête GINE propose encore une autre interprétation, en soulignant que certaines femmes se réfèrent à leur médecin traitant pour les événements heureux de la vie reproductive, et à d'autres structures quant il s'agit d'un échec [9].

Nos résultats confirment l'hypothèse initiale de l'importance du rôle du premier professionnel contacté sur les conditions ultérieures de prise en charge. Les femmes qui consultaient en premier lieu un gynécologue avaient, en moyenne, des trajectoires simples et rapides. Cette rapidité s'explique en partie par le fait, qu'à l'encontre des autres interlocuteurs, le gynécologue orientait plus souvent les femmes vers le secteur privé, qui les prenait en charge plus rapidement que le secteur public. De plus, certains gynécologues pratiquent eux-mêmes des avortements au sein des cliniques privées et ont pu ainsi accélérer la prise de rendez-vous des femmes qu'ils prenaient en charge. Au contraire, les femmes qui s'adressaient à un généraliste avaient des parcours d'accès plus compliqués et plus longs. Ceci soulève la question de l'activité des généralistes qui sont aujourd'hui moins souvent impliqués dans la prise en charge de la santé reproductive des femmes, et qui par conséquent sont plus rarement sollicités pour une demande d'IVG et pas toujours bien informés des procédures à suivre. Ce dernier point semble d'autant plus important à souligner dans le contexte actuel du transfert de la pratique des IVG médicamenteuses qui sont, depuis juillet 2004, autorisées à être pratiquées en ville sous certaines conditions.

Les résultats de l'enquête qualitative GINE montre toutefois qu'on ne peut réduire ces problèmes de prise en charge au seul manque d'information des acteurs concernés car leurs pratiques renvoient aussi à leur représentation en la matière [9] [23]. Les entretiens auprès des femmes ont ainsi fait apparaître une grande diversité des attitudes des professionnels vis-à-vis d'une demande de prise en charge pour une IVG, allant d'un soutien actif à une réponse passive voir dans certains cas à un refus de prise en charge. De nombreuses femmes interviewées ont trouvé un soutien actif chez leur premier interlocuteur, et ont eu des parcours d'accès direct jusqu'au centre qui les a pris en charge. D'autres n'ont pas bénéficié de ce soutien, soit que leur interlocuteur ne connaissait pas lui-même les procédures à suivre, soit qu'il considérait que leur demande n'était pas légitime et, ce faisant, ne souhaitait pas s'impliquer dans leur prise en charge. C'est dans ce cas de figure que les ressources personnelles des femmes sont importantes, leur permettant ou non de se réorienter dans le système de soins. L'interaction entre le rôle du premier professionnel et le niveau d'études des femmes retrouvée dans cette étude illustre ce dernier point en montrant que les parcours de soins étaient d'autant plus souvent indirects que les femmes avaient un faible niveau d'éducation ne leur permettant pas de pallier à l'insuffisance de prise en charge du généraliste qu'elles avaient contacté en premier recours.

Cette étude décrit les conditions d'accès à l'IVG en France, du point de vue des femmes qui y ont eu recours. Elle montre qu'il existe une grande hétérogénéité de la prise en charge, en partie liée au type de professionnel que les femmes sollicitent en premier. Les résultats suggèrent en particulier que les généralistes, qui sont plus rarement sollicités pour une demande d'IVG semblent moins bien informés sur les procédures à suivre. Ces problèmes ne peuvent cependant se réduire au seul manque d'information des acteurs concernés car, comme le montre une enquête qualitative, leurs pratiques renvoient aussi à leur représentation en la matière [9]. Ces résultats rendent compte de la nécessité de définir une politique sanitaire claire, où se dégageraient deux priorités : celle d'une meilleure visibilité de l'offre du système de soins en matière d'IVG et celle d'une meilleure information des praticiens.

Equipe Cocon :

Nathalie Bajos, Nadine Job Spira (responsables), Hélène Goulard (coordinatrice), Jean Bouyer, Beatrice Ducot, Michèle Ferrand, Danielle Hassoun, Monique Kaminski, Nathalie Lelong, Henri Leridon, Caroline Moreau, Nicolas Razafindratsima, Cémentine Rossier, Josiane Warszawski.

Remerciements

L'enquête Cocon a été réalisée avec le soutien financier de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de la Direction générale de la santé (DGS) et du laboratoire Wyeth-Lederlé pour la collecte des données.

RÉFÉRENCES

1. Le Corre M, Thomson E. Les IVG en 1998. Etudes et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques 2000;69.
2. Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Persp* 1999;25(Suppl):S30-8.
3. Singh K, Ratnam SS. The influence of abortion legislation on maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;63(Suppl 1):S123-9.
4. Zhou W, Nielsen GL, Moller M, Olsen J. Short-term complications after surgically induced abortions: a register-based study of 56 117 abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:331-6.
5. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2003;23:929-58.
6. Lauzon P, Roger-Achim D, Achim A, Boyer R. Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Can Fam Physician* 2000;46:2033-40.
7. Hassoun D. Conditions of induced abortion in France. *Contracept Fertil Sex* 1997; 25:915-20.
8. Nisand I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes : rapport remis à la ministre de l'emploi et de la solidarité et au secrétariat d'État à la santé. Paris : La Documentation française ; 1999.

9. Bajos N, Ferrand M et l'équipe GINE. *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : ed. INSERM ; 2002.
10. Leclerc A, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. *Les inégalités sociales de santé. Recherches*, Paris : ed. La découverte/INSERM ; 2000.
11. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. *Contraception: from accessibility to efficiency*. *Hum Reprod* 2003;18:994-9.
12. Henshaw SK. *The accessibility of abortion services in the United States*. *Fam Plann Perspect* 1991;23:246-52.
13. Henshaw SK. *Factors hindering access to abortion services*. *Fam Plann Perspect* 1995;27:54-9.
14. Lichter DT, McLaughlin DK, Ribar DC. *State abortion policy, geographic access to abortion providers and changing family formation*. *Fam Plann Perspect* 1998;30:281-7.
15. Matthews S, Ribar D, Wilhelm M. *The effects of economic conditions and access to reproductive health services on state abortion rates and birthrates*. *Fam Plann Perspect* 1997;29:52-60.
16. Moreau C, Bajos N, Bouyer J. *De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale*. *Population* 2004;3:503.
17. Jagannathan R. *Relying on surveys to understand abortion behavior: some cautionary evidence*. *Am J Public Health* 2001;91:1825-31.
18. Anderson BA, Katus K, Puur A, Silver BD. *The validity of survey responses on abortion: evidence from Estonia*. *Demography* 1994;31:115-32.
19. Fu H, Darroch JE, Henshaw SK, Kolb E. *Measuring the extent of abortion underreporting in the 1995 National Survey of Family Growth*. *Fam Plann Perspect* 1998;30:128-33.
20. Rossier C. *Estimating induced abortion rates: a review*. *Stud Fam Plann* 2003;34:87-102.
21. Udry JR, Gaughan M, Schwingl PJ, Van den Berg BJ. *A medical record linkage analysis of abortion underreporting*. *Fam Plann Perspect* 1996;28:228-31.
22. Aïach P, Cèbe D. *Différenciations sociales dans l'utilisation du système de soins, proposition pour une approche de la consommation médicale*. In : Cresson G, Schweyer FX, eds. *Recherche santé, social : Les usagers du système de soins*. Rennes (France) : Éditions ENSP ; 2000. p. 75-83.
23. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. *Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative*. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003;51:631-47.