

ENQUÊTE AUPRÈS DES FEMMES AYANT EU RECOURS À UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, 2007

*Jean-Baptiste HERBET, Annick VILAIN
DREES, OSAM, Bureau État de santé de la population*

Introduction

En France, les femmes ont plus souvent recours à l'IVG qu'ailleurs (Rapport IGAS). L'enquête auprès des femmes ayant eu recours à une IVG¹ veut répondre à cette interrogation du ministère et de la société civile en complétant le dispositif existant (BIG, PMSI). Elle permet de connaître les caractéristiques psychologiques et sociodémographiques de ces femmes, de savoir si elles sont satisfaites de leur prise en charge, si elles connaissent et utilisent la contraception au regard de leur activité sexuelle et de leurs antécédents de grossesse et d'IVG. L'enquête cherche aussi à savoir comment les femmes décident d'avoir recours à l'IVG, quels en sont les motifs et si elles sont bien informées sur cette pratique et sur la contraception. Des données médicales (terme de la grossesse, méthode employée, conditions de réalisation, suites et éventuelles) sont nécessaires afin de comprendre comment les femmes choisissent leurs parcours de recours à l'IVG (facilité d'accès), et comment elles utilisent le système de soins. Elles permettent de mieux comprendre les conditions d'accès et de réalisation de l'IVG en ville et de mieux documenter les échecs de contraception.

Plusieurs directions du ministère (Direction Générale de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Direction de la Sécurité Sociale) sont concernées par la mise en place de la nouvelle loi et ont conjointement exprimé le besoin d'une enquête. De nombreuses DRASS ont relayé cette demande au niveau local afin de comprendre les spécificités régionales dans le recours à l'IVG et sa prise en charge. Par ailleurs, le recours à l'IVG constitue un objectif spécifique de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004 : toutes les femmes doivent pouvoir avoir recours à l'IVG dans de bonnes conditions, et il est nécessaire, pour atteindre cet objectif, de mieux connaître l'accès à l'IVG.

Autoriser l'IVG pour les mineures sans le consentement des parents a été une rupture forte avec la législation antérieure et a suscité une grande inquiétude chez les professionnels, notamment les médecins, qui ont exprimé sur ce sujet des réserves importantes. Par ailleurs, cette mesure est difficile à mettre en œuvre : elle reconnaît le droit au secret à la mineure, et celle-ci doit pouvoir désigner librement la personne majeure qui l'accompagne et choisir les modalités d'accompagnement. Enfin, les professionnels souhaitent évidemment disposer de garanties sur les conditions de sécurité qui entourent l'acte et les suites de l'intervention.

Il convient de savoir si les objectifs assignés par la loi du 4 juillet 2001 en matière d'accès à l'IVG ont été remplis.

En particulier, il faut appréhender la place des femmes dans le déroulement de l'intervention, notamment depuis que l'entretien psycho-social n'est plus obligatoire. Comment les femmes se comportent-elles vis à vis de ces propositions d'aide psycho-sociale ? Ont-elles apprécié cette simplification des démarches ? Ont-elles rencontrées des difficultés nouvelles lorsqu'elles n'ont pas eu recours à cette possibilité ? Comment les professionnels ont-ils réagi à l'obligation de proposer cet entretien ? Le caractère facultatif de cette consultation leur a-t-il posé des difficultés ? Les équipes médicales ont-elles dû proposer de nouvelles formes d'accompagnement ?

La part des IVG par méthode médicamenteuse est en constante progression. Pourtant le relais par la médecine de ville, rendu possible par la loi, ne semble pas se développer aussi vite, loin s'en faut. Le

¹ Les interruptions médicales de grossesse (IMG) ne font pas partie de l'enquête. Cette restriction de champs, jugée nécessaire, pourrait présenter un biais de deux ordres. D'une part la réalisation d'une IMG est « administrativement » plus lourde que celle d'une IVG notamment par la nécessité de deux signatures de médecins, pour la réalisation de l'acte. D'une part certaines IMG réalisées avant le délai légal de l'IVG peuvent être demandées en simple IVG. D'autre part des IVG demandées après les délais légaux peuvent être réalisés sous couvert d'IMG avec la complicité de médecins signataires.

ministère a besoin de savoir ce qui freine le développement des IVG médicamenteuses en ville, et quelle est la qualité des interruptions réalisées dans ce cadre.

L'allongement de deux semaines du délai de recours à l'intervention et la mise en place d'un nouveau dispositif d'accès des mineures à l'IVG (consentement parental, adulte accompagnant) ont-ils contribué à l'amélioration de l'accès des femmes à l'IVG ? L'information mise à la disposition des femmes et les recommandations sur la pratique de l'IVG émises en parallèle à la loi ont-ils contribué à l'amélioration des modalités de prise en charge des femmes (place de la femme dans les choix à effectuer, qualité des pratiques médicales).

La démographie médicale des praticiens de l'IVG est considérée comme vieillissante et principalement composé de personnels « militants », engagés de la première heure dans l'accès à l'IVG. Le problème de la relève et l'implication des sages femmes est régulièrement posé. L'enquête doit permettre de répondre à ces objectifs de documentation des caractéristiques des praticiens de l'IVG mais aussi de l'organisation humaine et matérielle au sein des hôpitaux.

Une enquête téléphonique auprès des femmes en ayant accepté le principe était prévue lors de la première enquête, à distance temporelle de l'intervention pour couvrir les thèmes revenus, couverture sociale, coût de l'IVG, intentions de fécondité à l'avenir, ressenti sur l'intervention et ses suites. Suite au risque de barrage du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) auprès de la CNIL il a été décidé de surseoir à ce dernier objectif, pourtant important.

Une nouvelle enquête téléphonique a donc été envisagée en 2008, pour répondre à ces interrogations, une demande d'avis d'opportunité a même été formulée. Cependant ce nouveau projet a été abandonné : le taux de non-réponse attendu est grand, de par le sujet même abordé, et le redressement d'une enquête pour laquelle manqueraient une description suffisamment fine des nombreuses femmes non-répondantes est une barrière méthodologique trop grande.

Cependant, les objectifs finaux de l'enquête de 2006 restent multiples. Il s'agit de documenter le parcours des femmes et ses déterminants, de quantifier les différents types de parcours ; d'éclairer les caractéristiques des structures et des praticiens impliqués dans la réalisation des IVG ; de disposer d'éléments de comparaison entre la pratique en ville et à l'hôpital (Loi août 2004 autorisant la pratique de l'IVG en ville). L'enquête permet aussi de suivre un objectif spécifique sur le recours des mineures.

1. L'enquête auprès des femmes ayant eu recours à une Interruption volontaire de grossesse

1.1. Plan de sondage

Toutes les interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans le système de soins sont concernées, qu'elles aient eu lieu en ville ou en établissement de santé, qu'elles aient été réalisées par voie médicamenteuse ou chirurgicale. L'enquête inclut également les médecins de ville qui sont conventionnés avec les établissements sélectionnés.

La DREES a choisi aléatoirement les établissements pratiquant des IVG en France Métropolitaine et dans les DOM en fonction de leur taille (nombre d'IVG réalisées par an). Un sur-échantillonnage a été effectué pour les régions qui voulaient une extension régionale.

Plusieurs régions (Alsace, Réunion, Guadeloupe, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, centre et département du Rhône) ont souhaité analyser les résultats de l'enquête sur leur propre périmètre. Dans chacune de ces régions, le nombre d'établissements inclus a été augmenté et/ou la période d'inclusion a été étendue sur 2 ou 6 mois (Corse, Guadeloupe et La Réunion) pour les femmes majeures et mineures (initialement, la période d'inclusion est d'un mois pour les femmes majeures et 2 mois pour les femmes mineures).

Le plan de sondage a été élaboré de façon à représenter l'ensemble des établissements, des praticiens et des IVG réalisés sur le territoire français (yc DOM) en 2006.

Il s'agit d'un plan de sondage à deux degrés, avec un tirage non-équiprobable des structures selon leur taille, et leur zone géographique.

Au sein des structures, tous les praticiens étaient échantillonnés. En particulier ceux appartenant à la structure et ceux en convention avec la structure pour la réalisation d'IVG en cabinet de ville. Enfin toutes les IVG réalisées par les praticiens pendant la période d'enquête étaient échantillonnées, qu'elles aient été réalisées au sein de la structure ou dans le cabinet de ville du médecin conventionné. Enfin, afin de disposer de suffisamment d'IVG en ville, auprès des mineures et pour les extensions régionales, la période d'enquête dépendait de la zone géographique -zone à extension-, l'âge de la femme -mineures- et le lieu où a été pratiqué l'IVG -ville, hôpital-.

La base de sondage est donc une base établissement, elle est établie à partir des établissements ayant déclaré au moins une IVG en 2004 de la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE).

Si l'on considère qu'une IVG est représenté par l'indicatrice $1_{(r, t, f, s)} = 1_{(r, t)} * 1_{(f)} * 1_{(s)}$ où

- $1_{(r, t)}$ est une indicatrice qui prend pour valeur 1 lorsque l'IVG :
 - a eu lieu dans la région r ,
 - dans un établissement de taille t .
- $1_{(f)}$ est une indicatrice qui prend pour valeur 1 lorsque l'IVG :
 - est de type f ,
- $1_{(s)}$ est une indicatrice qui prend pour valeur 1 lorsque l'IVG :
 - a eu lieu la semaine s

Le total des IVG en France en 2006 est donné par

$$\sum_{r=\{1, \dots, 26\}} \left\{ \sum_{t=\{1, 2, 3\}} \left[\sum_{f=\{m, v, a\}} \left(\sum_{s=\{1, \dots, 52\}} 1_{(r, t, f, s)} \right) \right] \right\}$$

- où
- $r = 26$ régions Françaises
 - $t = 3$ tailles d'établissements
 - $f = 3$ caractéristiques de l'IVG (femme mineure, IVG en ville, autre)
 - $s = 52$ semaines où se sont déroulées les interventions en 2006.

Si l'on considère les probabilités suivantes,

- $P^1_{r,t}$ probabilité pour l'établissement de taille t de la régions r d'être échantillonné
- $D_{(r,f)}$ durée de l'enquête dans la région r pour une femme de caractéristiques f .

avec les taux de sondage et durée d'enquête suivants	Durée d'enquête $D_{(r,f)}$		Taux de sondage $P^1_{r,t}$		
	majeures et en établissement $f = a$	mineures ou en ville $f = m, v$	< 250 IVG par an $t = 1$	250 à 1000 $t = 2$	> 1000 $t = 3$
Région, r					
Corse, Guadeloupe, La Réunion	24	24	1,0	1,0	1,0
Alsace, Rhône	8	8	1,0	1,0	1,0
Midi-Pyrénées	8	8	0,4	1,0	1,0
Centre	8	8	0,2	1,0	1,0
Nord-Pas-de-Calais, P.A.C.A.	8	8	0,2	0,4	1,0
Autre	4	8	0,2	0,4	1,0

La probabilité pour une IVG de caractéristique f , dans un établissement de taille t de la région r , d'être interrogée la semaine s est donnée par

$$P_{f,r,t,s} = P^1_{r,t} \cdot D_{(r,f)} \cdot (1/52)$$

Le nombre d'IVG échantillonnées à priori pour l'enquête est donc :

$$\sum_{r=\{1, \dots, 26\}} \sum_{t=\{1, 2, 3\}} \left\{ P^1_{r,t} \left[\sum_{f=\{m, v, a\}} \left(\sum_{s=\{D_{(r,f)}\}} D_{(r,f)} \cdot (1/52) \cdot 1_{(r, t, f, s)} \right) \right] \right\}$$

1.2. Quatre questionnaires

Il s'agit donc d'enquêtes emboîtées (structure → praticien → IVG 'médical' → IVG 'femme') avec 4 types de questionnaires. Ce protocole relativement complexe a nécessité de désigner pour chaque établissement, 1 ou 2 personnes de la structure de soin enquêtée pour superviser et coordonner l'administration des questionnaires dans leur établissement.

Le questionnaire « Structure », de deux pages, décrit les principales caractéristiques de la structure et de son mode prise en charge des IVG : organisation et moyens, activité du centre, insertion du service dans l'hôpital. Il est transmis aux structures après avoir obtenu leur accord et le nom d'un correspondant permettant de coordonner l'enquête au niveau de la structure.

Le questionnaire « Praticien », de deux pages également, décrit les principales caractéristiques du praticien (médecin, sage femme, infirmière, anesthésiste, psychologue). Il est distribué par le correspondant aux personnels pratiquant des IVG au sein de la structure et envoyé aux médecins de ville dont les coordonnées ont été fournies par ce même correspondant.

Les caractéristiques de l'IVG sont décrites par un questionnaire « Médical », de quatre pages, qui reprend le bulletin IVG (1 page), en le complétant avec des informations médicales et un volet pour la visite de contrôle. Ce questionnaire est rempli par le médecin pratiquant l'acte.

Enfin un auto-questionnaire « Femme », de six pages, décrit les principales caractéristiques de la femme, son statut contraceptif au moment de la survenue de la grossesse, son parcours de soins, son environnement familial et affectif, l'origine de la décision d'interruption de grossesse, avec un volet spécifique pour les mineures. Ce questionnaire est remis à la femme par le praticien réalisant l'acte et retourné dans une enveloppe T. Les femmes ont la possibilité de laisser l'enveloppe cachetée au secrétariat de la structure.

1.3. Bilan de collecte

La participation des établissements à l'enquête s'accroît avec le volume d'activité de l'établissement en termes de nombre d'IVG. Si le questionnaire structure a été globalement bien renseigné, les autres questionnaires ont subi une nettement plus grande désaffection parmi les petites structures (7 point de réponse en moins) alors que pour les autres structures, lorsque le principe de l'enquête était accepté, la participation était particulièrement bonne. Les structures ayant accepté l'enquête ont globalement participé à la réalisation de celle-ci en retournant au moins un questionnaire (structure, praticien, médical ou patiente).

Tableau 1 :

Activité (IVG par an)	structures de l'échantillon initial	ayant accepté le principe ² de l'enquête	après avoir accepté le principe de l'enquête, ayant répondu au questionnaire structure	au moins un questionnaire médical ou patiente
moins de 250	90	88%	87%	80%
250 à 1000	122	94%	83%	85%
plus de 1000	47	94%	91%	89%
Ensemble	259	92%	86%	84%

Cependant le résultat est plus contrasté en termes de réalisation effective de l'enquête. Les petites structures qui en ont accepté le principe ont manifestement rencontré moins de difficultés à réaliser cette enquête. Les taux de retours pour les questionnaires médical et femme, en regard du nombre de questionnaires attendus, y sont nettement meilleurs.

On retrouve des résultats similaires entre le type d'établissement (privé-public) avec une meilleure adhésion des établissements publics, à taille équivalente.

² Lors de la pré-enquête téléphonique

La situation pour l'enquête en médecine de ville est moins favorable. Sur les 541 médecins de ville dont les coordonnées nous ont été fournies par les coordonateurs, le ¼ n'a pas souhaité participer à l'enquête (la plupart ayant refusé directement).

Une majorité (9 100 dossiers, 68% de l'ensemble des IVG enquêtées) des dossiers d'enquête sont « complets », c'est à dire avec tous les types de questionnaires (dont deux questionnaires praticiens rattachés à l'intervention, l'un pour la consultation l'autre pour l'acte).

D'un autre coté 89% des dossiers comporte au moins le questionnaire « médical » et 85% des dossiers comportent au moins le questionnaire femme. Le croisement des deux types de questionnaire porte à 74% de dossier comportant au moins les questionnaires « médical » et « femme ».

Le plus grand nombre de dossiers incomplets concernent évidemment les questionnaires « femme », l'enquête n'étant pas obligatoire, le sujet parfois délicat à aborder par la femme et le retour étant assuré par une enveloppe T.

Par ailleurs 4% des dossiers sont le fait d'IVG ayant eu lieu dans des structures ayant refusé de répondre au questionnaire « structure », mais pour lesquels le personnel médical s'est mobilisé pour répondre à l'enquête. Enfin pour 3% des dossiers on ne retrouve pas, sur les questionnaires « médical » et « femmes », d'identifiant médecin correspondant à un questionnaire « praticien ».

2. Les traitements réalisés sur les résultats de collecte

2.1. Corrections pour non réponse, principalement pour les variables de calage

Lorsque les unités enquêtées en ont accepté le principe les questionnaires structures ont été plutôt bien remplis. On déplore ainsi que peu de non réponse partielle. Sauf pour deux questions dénombrant le nombre de femmes pouvant être accueillies pour une IVG chirurgicale et le nombre de session de formation à la pratique de l'IVG en vile ont des taux de réponse de plus de 9% les autres ne dépassent pas les 6%.

De façon assez inhabituelle les questionnaires « praticien » ont été plutôt bien remplis par les praticiens qui ont accepté de faire l'enquête. Le recrutement par le coordonateur ainsi que la relative simplicité du questionnaire (2 pages) ont probablement permis ce résultat.

En revanche le questionnaire « médical » rempli par le praticien est classiquement moins bien renseigné pour les questions pour lesquelles l'information peut être la plus difficile à mobiliser, car détenue par un autre praticien : qualité du praticien ayant vu la femme en première consultation, prescription d'une antibiothérapie avant l'intervention, ou encore pour celle pour lesquelles il fallait revenir à la patient (symptômes ressentis après l'intervention, durée des douleurs ressenties).

Par ailleurs certaines informations manquantes (comme la nécessité d'un transfert vers une autre structure, ou le fait que la femme soit ou non revenue pour la visite de contrôle) peuvent s'assimiler à des réponses négatives, si aucune information complémentaire ne vient le contredire.

De façon très classique le nombre de semaine d'aménorrhée est connu dans la grande majorité des cas (95%), les cas résiduels sont redressés à partir de la date des dernières règles.

Enfin pour près de 10% des naissances antérieures ne sont précisées ni le mois et le jour, il s'agit des naissances les plus éloignées de la date de l'IVG.

Professions et activité professionnelle de la femme et de son éventuel conjoint sont mal renseignées. Ces questions sont de fait les plus difficiles à faire comprendre pour une enquête en population générale, en particulier pour les femmes dont le niveau socioéconomique est faible. En revanche les femmes encore en études au moment de l'enquête ont bien renseigné les professions de leurs père et mère (3,8% et 2,1% de valeurs manquantes). Retracer le parcours de soins en demandant la date du premier contact de ce parcours et en complétant par le nombre de jours ou de semaines permet de diminuer de façon particulièrement importante la non réponse à cette question importante pour l'objet de l'enquête. En revanche la description de la suite du parcours de soins s'avère difficile, ¼ des

femmes ne répondant pas à la question sur d'éventuels autres contacts médicaux avant la réalisation de l'IVG.

Près de la moitié des femmes ne répondent pas à la question sur la prise de décision d'interruption de la grossesse, ce qui rendra délicate l'utilisation de cette question.

Enfin la description sur la dernière méthode de contraception utilisée est aussi assez parcellaire.

Des incohérences peuvent apparaître par construction entre les questionnaires « médical » et « femme », relatives à l'âge de la femme, son activité professionnelle, son pays de naissance. Lorsque l'information est absente d'un questionnaire elle est remplacée par celle présente sur l'autre questionnaire. Lorsque l'information est incohérente entre les deux questionnaires, c'est celle du questionnaire femme qui est privilégiée. En particulier, pour l'âge, il semblerait que les praticiens surévaluent légèrement l'âge des patientes, éventuellement sans en avoir conscience, faisant basculer certaines mineures en majeures. Il était demandé aux patientes de déclarer leur date de naissance, les cas discordants sont principalement des femmes mineures (plus de 17 ans) selon leur date de naissance, mais déclarées majeures par les praticiens (année de leurs 18 ans ...).

Il est prévu que l'INED, qui exploite les Bulletins d'Interruption de Grossesse (BIG), explore plus avant ces écarts de déclarations entre les données du bulletin telles que collectées sur la première page du questionnaire « médical » et les données déclarées par les patientes dans le questionnaire « femme ».

Il était cependant nécessaire de disposer des informations renseignées sur les variables de pondération.

L'âge est renseigné dans près de 99% des cas dans le questionnaire « femme » et 98% des cas dans le questionnaire « médical ». L'âge, en années révolues, a été redressé par Hot-Deck stratifié sur le nombre d'IVG antérieure, le nombre d'enfants et le niveau d'études atteint (études en cours).

Le lieu de naissance est renseigné dans 95% des cas dans le questionnaire médical et dans 99,5% des cas dans le questionnaire femme. Lorsqu'il était absent des deux questionnaires, il a été redressé par le pays de naissance. Pour les quelques cas résiduels le lieu de naissance imputé a été la France.

2.2. Des stratégies de pondérations différenciées :

Ces quatre enquêtes emboîtées ont conduit à suivre des stratégies de pondération elles aussi emboîtées. Cependant les difficultés rencontrées sur la pondération de l'enquête praticien mais aussi la diminution progressive des taux d'inclusions pour aboutir à des dossiers complets n'ont pas permis de réaliser un emboîtement complet. La pondération effectuée est alors une pondération pour deux systèmes d'enquêtes : Structures -> Praticiens et Structures -> IVG 'médical' -> IVG 'femme'.

2.2.1. Pondération structures

L'opération de calage des structures répondantes est prépondérante dans la mesure où les poids initiaux utilisés pour les pondérations suivantes dépendent directement de ce poids. Il devient la probabilité d'inclusion de l'établissement concerné.

Les contraintes pour le calcul de la pondération « structure » consistent en l'obtention d'une seule variable de pondération nationale compatible avec l'utilisation pour les extensions locales.

La participation des structures est principalement fonction de leur type (public ou privé). Par ailleurs l'organisation de ces structures dépend de leur taille. Un calage sur marges de la SAE 2006 a été opéré. Deux marges ont été utilisées ; la taille des structures par zone géographique (extension ou non) ainsi que le type d'établissements (privé - public).

Les poids initiaux pris en considération ont été retravaillés à partir des bilans de collecte afin d'être le plus proche possible des poids finaux. La statistique de rapport de poids représente alors le seul impact de l'utilisation des marges sur l'opération de repondération.

2.2.2. Pondération praticiens

Une contrainte majeure pour le calcul de la pondération des praticiens provient du fait que l'on ne dispose pas d'estimation "solide" du nombre de praticiens différents de l'IVG à l'hôpital ni en ville.

Une pondération 'au plus simple et plus robuste' a été opérée, s'appuyant sur la pondération des structures : une règle de trois, à partir du nombre de praticien attendus et du nombre de questionnaires reçus, par type de professionnels. Le nombre de praticien attendus a été estimé à partir d'une enquête préalable auprès de la personne référente de la structure permettant connaître le nombre de questionnaire à envoyer redressé, en cas de non réponse, sur les taux observés dans les établissements de même taille-secteur.

Le poids final a été obtenu par une simple multiplication du poids structure par ce correctif ainsi obtenu.

L'estimation, par l'enquête, du nombre de médecins de ville conventionnés pose question. Nous avons échantillonné près de 550 médecins conventionnés suite à la pré-enquête auprès des personnes référentes des établissements de notre échantillon. Nous avons par la suite recueilli plus de 400 questionnaires. Parmi les médecins de ville ayant participé, plus de 21% déclarent faire moins d'une IVG par mois et plus de 47% moins de deux IVG par mois. Le dénombrement du nombre de médecins conventionnés après prise en compte de la pondération, s'établit à environ 1200 médecins. Le recensement du nombre de conventions de praticien de ville mené par la DGS et la DHOS indique près de 500 médecins de ville ayant passé une convention au 1 janvier 2007. Cependant ce dernier ne couvre pas tout le territoire ni toutes les structures, sans que l'on sache quelle est l'ampleur de la sous déclaration. Il existe para ailleurs, à partir des données de remboursements de forfait IVG de la CNAM, une estimation du nombre de praticien impliqué dans une intervention pour laquelle une demande de remboursement a été effectuée : 486 praticiens de ville sont concernés par la demande de remboursement d'une IVG pour un mois courant de 2007.

S'il est probable que les structures ayant accepté de participer à l'enquête soient les plus militantes et donc les mieux pourvues en conventions signées, il ne paraît pas vraisemblable que nous ayons échantillonné par hasard tous les établissements de France ayant passé une convention avec un praticien de ville !

Ces chiffres sont de fait difficiles à concilier et l'utilisation de l'enquête pour dénombrer les praticiens de ville apparaît hasardeuses. En revanche l'enquête devrait permettre de bien décrire les caractéristiques des praticiens de l'IVG en France.

En ce qui concerne le nombre de praticiens à l'hôpital, l'enquête permet de dénombrer un peu plus de 4 050 praticiens concerné par la réalisation d'IVG, pour environ 4 264 selon la SAE. La répartition par spécialité est cependant moins probante. Cependant la rubrique « Autre praticien » de l'enquête est certainement moins bien renseignée dans l'enquête IVG que dans la SAE. De l'aveu des référents établissement, seuls les praticiens se sentant effectivement concernés ont été incités à répondre : les anesthésistes et autres infirmières pour lesquels cette activité ne se distingue pas forcément des autres ont remplis très peu de questionnaires. La répartition entre les médecins (généraliste, gynécologues, chirurgiens tous confondus) et les sages-femmes est quand à elle beaucoup plus probante.

Tableau 2 :

Répartition des médecins et sages-femmes intervenants dans les IVG en établissements	SAE 2007		Enquête IVG 2007	
Médecins	67%	69%	59%	68%
Sages-femmes	32%	31%	27%	32%
Autres	1%	-	14%	-

2.2.3. Pondération IVG - médical et femme -

Il est apparu nécessaire de disposer pour cette pondération d'un seul jeu de poids pour les deux fichiers alors que le comportement de non réponse total est différent entre les deux enquêtes. En effet l'enquête a vocation à être utilisée par le plus grand nombre d'utilisateurs possibles et la DREES n'est

pas en mesure d'assumer les formations à l'utilisation de la base. La simplicité d'utilisation, et la comparabilité des résultats d'une étude à l'autre ont donc guidé les choix méthodologiques réalisés. Par ailleurs la demande d'utilisation régionale, pour les régions ayant demandé une extension, est la plus forte sur cette partie de l'enquête, évidemment. Enfin la comparaison entre résultats régionaux et nationaux est aussi une préoccupation majeure de la part de ces utilisateurs.

2.2.3.1. Poids initiaux

Les poids initiaux ont été recalculés à partir de la pondération du fichier "structure"³, de la durée d'enquête et de la participation des établissements afin d'être le plus proche des poids finaux et de mesurer au mieux la distorsion qu'apporte l'opération de repondération des observations.

Le même travail d'apurement sur la durée d'enquête a été réalisé afin que la statistique de rapport de poids représente alors le seul impact de l'utilisation des marges sur l'opération de repondération. La durée d'enquête dépend de la durée prévue, elle-même fonction de la région (extensions), du lieu d'IVG (ville ou hôpital) et l'âge de la femme (mineures) -cf. plan de sondage-. Elle est redressée, le cas échéant, par la durée effective provenant des bilans de fin d'enquête. Ces nouvelles durées d'enquêtes ont été validées par les durées estimées à partir des dates des IVG prise en charge par la structure. Enfin certaines structures n'ont pas inclus un grand nombre d'IVG dans la période d'enquête au regard de leur activité. Le poids initial serait alors particulièrement élevé pour ces IVG, puisque pondéré par l'inverse du taux de participation. Il a été décidé de prendre en compte un taux de participation par croisement zone d'enquête et taille de la structure afin de gommer pour partie ces différences de taux de participation.

2.2.3.2. Calage sur marges

L'objectif est d'être représentatif de la population des femmes ayant eu recours à une IVG en 2006 pour l'ensemble de la France ainsi que pour les extensions régionales. Un calage sur marges a donc été opéré. Plusieurs facteurs apparaissent déterminants dans le recours à une IVG. L'âge et la nationalité de la femme qui y a recours, la durée de gestation, la méthode utilisée (médicamenteuse-chirurgicale) et enfin le statut (public-privé) et la taille de l'établissement ont été pris en compte. Toutefois, si nous disposons de la répartition des IVG par âge de la femme, statut de l'établissement et méthode utilisée, rien dans les sources connexes disponibles ne renseigne de façon fiable sur la nationalité ni sur la durée de gestation.

Les données du PMSI-SAE 2006 ont été exploitées pour disposer des marges relatives à la zone de diffusion et taille de la structure, la méthode utilisée et le type d'établissements.

Pour ce qui est du terme de la grossesse on n'observe pas de différence significative entre la répartition des IVG par terme de grossesse entre les questionnaires « femme » et « médical ». Cette marge n'a donc pas été retenue au final pour le calage sur marges. Il eut été cependant difficile de choisir entre les deux questionnaires lequel était le moins susceptible de biais sur cette information.

En ce qui concerne le lieu de naissance, on observe une moindre déclaration des femmes nées à l'étranger dans les auto-questionnaires « femme » que dans le questionnaire médical.

Faisant l'hypothèse que le médecin ne « sélectionne » pas les femmes pour lesquelles il remplit un questionnaire sur leur lieu de naissance, contrairement probablement aux femmes ne serait-ce que pour une raison de rapport à l'écrit nécessaire pour le remplissage de l'auto-questionnaire, les marges sur le lieu de naissance ont été estimées à partir des questionnaires « médical ».

Le calcul de cette marge « lieu de naissance » constitue la première étape de l'opération de pondération. Une première opération de calage sur le fichier « médical » est donc réalisée, à partir des poids initiaux et des marges PMSI-SAE 2006. A l'issue de cette opération sont évaluées les marges sur le « lieu de naissance ».

³ En fait une nouvelle pondération « structure » a été calculée afin de prendre en compte les IVG des quelques structures n'ayant pas répondu à l'enquête structures. Il n'y a donc pas de cohérence stricte entre les structures pour lesquelles on dispose d'un poids structures et celles pour lesquelles on dispose d'IVG enquêtées.

L'opération de pondération finale est enfin effectuée à partir du jeu complet de marges sur le fichier de questionnaires « femme ». En effet l'objet principal de l'étude reste l'analyse des déterminants socio du recours à l'IVG, plus que la description de l'environnement médical de l'intervention. La non réponse partielle aux principales questions médicales pour lesquelles nous ne disposons pas du questionnaire sont imputées par la méthode de Hot-Deck, une indicatrice est calculée permettant de les repérer.

Un dernier jeu de pondération commun aux deux questionnaires est élaboré pour les études concernant principalement sur les aspects médicaux de l'IVG au lieu des caractéristiques des femmes. Les rapports de poids entre les deux jeux de pondération restent suffisamment proches pour ne pas craindre de différentiel d'estimation dans les principaux indicateurs relatifs à l'IVG, hors marges, qui sont évidemment les mêmes.

Conclusion

Le principal intérêt de cette opération de pondération en deux temps provient de la capacité à être représentatif des caractéristiques considérés comme structurantes, dont l'une (lieu de naissance) n'est pas disponible en dehors de l'enquête. Par ailleurs cela permet de disposer d'un fichier de diffusion muni d'une variable de pondération homogène exploitée par les différents utilisateurs, notamment en région. Les études régionales qui pourront être faites à partir de cette source seront donc comparables avec le reste de la France.

L'inconvénient est évidemment de « consommer » une partie de l'échantillon enquêté (15%), et donc de la puissance des estimateurs mesurés et des modèles explicatifs qui pourront être construits pour le seul calcul d'une marge (lieu de naissance). Il s'agit cependant d'une partie pour laquelle nous ne disposons pas de l'information sociodémographique relative à la femme ayant demandé l'IVG. Une autre limite, intrinsèque à la méthode de sondage retenue et la méthode de pondération effectuée, revient à rendre plus difficile le calcul des intervalles de confiance, pourtant nécessaire à toute publication internationale en épidémiologie.

Bibliographie

- [1] Léridon H, Toulemon L. La fin des naissances non désirées. Données sociales 1990 : 293-294.
- [2] Bajos N, Léridon, H Job-Sopira N. Introduction au dossier. Population, 59 (3-4), 2004 : 409-418.
- [3] Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouvert J. Filières d'accès à l'interruption de grossesse en France : approches quantitatives. Revue d'épidémiologie et de santé publique ; 2003, 51 : 631-647.
- [4] Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortement en France n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? Population et sociétés, Décembre 2004, N°407.
- [5] Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives, Enquête dans trois centres français. Contracept fertl Sex, 1996, 24, 72-77.
- [6] Lelong N, Moreau C, Kaminsky M et l'équipe Cocon. Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête Cocon. J Gynéc Obstet Biol Repr, 2005, 34 :53-61.
- [7] Moreau C, Bajos N, Bouvert J. (2004). Access to health care for induced abortions : analysis by means of a French national survey. Eur J Public Health, 2004.
- [8] Toulemon L, Leridon H. Maitrise de la fécondité et appartenance sociale:contraception, grossesses accidentelles et avortements. Population, 1, 1992 : 1-46.
- [10] Caron N. La correction de la non-réponse par repondération et par imputation. Document de travail, Méthodologie statistique, INSEE, 2005.

Annexe 1 : Questionnaire Structure



Quest
tructure.pdf (507 Kc

Annexe 2 : Questionnaire Praticien



Quest Praticien.pdf
(519 Ko)

Annexe 3 : Questionnaire IVG – médical –



Quest Medical.pdf
(174 Ko)

Annexe 4 : Questionnaire IVG – femme –



Quest Femme.pdf
(572 Ko)