

UNIVERSITE DE NANTES

||||

FACULTE DE MEDECINE

||||

Année 2011- 2012

N° 146

THESE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
EN MEDECINE GENERALE**

par

Mlle Priméla RIVAL

née le 15/04/1982 à Vannes

||||

Présentée et soutenue publiquement le 8 novembre 2011

||||

LE PROBLÈME DES IVG TARDIVES EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

||||

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard MESLÉ

TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION.....	p8
2	MATERIEL ET METHODES	p10
2.1	LE TYPE D'ÉTUDE.....	p10
2.2	LE RECUEIL DE DONNÉES.....	p10
2.2.1	<i>LE FORMULAIRE D'ENQUÊTE.....</i>	<i>p11</i>
2.2.2	<i>LE DÉROULEMENT DE LA DEMANDE D'IVG SELON LA LÉGISLATION POLYNÉSIENNE.....</i>	<i>p12</i>
2.2.3	<i>LE DÉROULEMENT DE L'IVG TARDIVE ENTRE 12 ET 14 SA AU CHPF.....</i>	<i>p14</i>
2.2.4	<i>LES SPÉCIFICITÉS GÉOGRAPHIQUES, DÉMOGRAPHIQUES ET STRUCTURES MÉDICALES.....</i>	<i>p15</i>
a	<i>De nombreuses îles au cœur du Pacifique</i>	<i>p15</i>
b	<i>Une population jeune.....</i>	<i>p16</i>
c	<i>Un taux de chômage élevé.....</i>	<i>p17</i>
d	<i>L'importance des dispensaires.....</i>	<i>p18</i>
2.2.5	<i>LES PARTICULARITÉS SOCIO-CULTURELLES EN POLYNÉSIE FRANCAISE.....</i>	<i>p19</i>
a	<i>Une obésité inquiétante.....</i>	<i>p19</i>
b	<i>Un système de couverture sociale particulièrement protecteur.....</i>	<i>p19</i>
c	<i>Des traditions favorables à l'adoption.....</i>	<i>p20</i>
d	<i>Des religions influentes.....</i>	<i>p20</i>
2.2.6	<i>L'ANALYSE STATISTIQUE.....</i>	<i>p21</i>

3	RÉSULTATS.....	p22
3.1	LA SITUATION PERSONNELLE ET COMPORTEMENTS PAR RAPPORT À L'IVG ET LA CONTRACEPTION.....	p22
3.1.1	L'ÂGE.....	p22
3.1.2	LE TERME.....	p26
3.1.3	LE DÉLAI ENTRE LA DÉCOUVERTE DE LA GROSSESSE ET LA PREMIÈRE CONSULTATION.....	p28
3.1.4	LA PARITÉ, SOIT LE NOMBRE DE GROSSESSES ANTÉRIEURES À CELLE EN COURS.....	p30
3.1.5	LES ANTÉCÉDENTS D'IVG.....	p32
3.1.6	LA SITUATION PROFESSIONNELLE.....	p34
3.1.7	LA SITUATION CONJUGALE.....	p37
3.1.8	LA SITUATION GÉOGRAPHIQUE.....	p39
3.1.9	LE MODE DE CONTRACEPTION.....	p42
3.1.10	LE PREMIER PROFESSIONNEL MÉDICAL OU SOCIAL CONTACTÉ.....	p44
3.2	LES CAUSES DE L'ÂGE TARDIF DE LA GROSSESSE.....	p46
3.2.1	LA MÉCONNAISSANCE DE LA GROSSESSE.....	p46
3.2.2	L'OBÉSITÉ.....	p48
3.2.3	LE DÉLAI DE RENDEZ VOUS POUR LA PREMIÈRE CONSULTATION.....	p49
3.2.4	LA MÉCONNAISSANCE DES DÉLAIS LÉGAUX DE L'IVG ET DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE.....	p50
3.2.5	LES PRESSIONS EXTÉRIEURES ALLANT À L'ENCONTRE DE LA DÉCISION D'IVG PRISE PAR LA PATIENTE.....	p52
3.2.6	LE REFUS DE PARLER DE LA SITUATION À LA FAMILLE.....	p52

3.2.7	<i>LES RAISONS INCITANT À DEMANDER L'IVG ALORS QUE LA GROSSESSE SERAIT SOUHAITÉE</i>	p55
3.2.8	<i>L' HÉSITATION À POURSUIVRE LA GROSSESSE</i>	p56
3.3	UNE PARTITION INTÉRESSANTE	p57
3.3.1	<i>LES FEMMES DÉFAVORISÉES</i>	p58
3.3.2	<i>LES TRÈS JEUNES FEMMES</i>	p59
4	DISCUSSION	p60
4.1	LA VALEUR STATISTIQUE DE L'ÉTUDE	p61
4.1.1	<i>L'ÉCHANTILLON</i>	p61
4.1.2	<i>LES BIAIS</i>	p62
a	<i>Les biais de sélection</i>	p62
b	<i>Les biais d'évaluation</i>	p62
c	<i>Les biais d'attrition</i>	p62
d	<i>Les biais de confusion</i>	p63
4.2	LES FACTEURS PEU DÉCISIFS POUR LES DEMANDES D'IVG TARDIVES	p64
4.2.1	<i>L'OBÉSITÉ</i>	p64
4.2.2	<i>LE POIDS DU RELIGIEUX ET DES PRATIQUES POLYNÉSIENNES DE L'ADOPTION</i>	p65
4.3	UNE PARTITION UTILE	p66
4.3.1	<i>LE GROUPE DES « FEMMES DÉFAVORISÉES »</i>	p66
4.3.2	<i>LE GROUPE DES « TRÈS JEUNES FEMMES »</i>	p68
4.4	LES FACTEURS DÉCISIONNELS DES IVG TARDIVES ET PRÉCONISATIONS	p70
4.4.1	<i>L'ÉLOIGNEMENT GÉOGRAPHIQUE</i>	p70
4.4.2	<i>LE CHOIX DU PREMIER PROFESSIONNEL DE SANTÉ CONTACTÉ</i>	p72

4.4.3 LES PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION.....	p74
<i>a</i> L'absence de contraception.....	p74
<i>b</i> La mauvaise utilisation des contraceptifs.....	p75
<i>c</i> Le problème des IVG répétitives.....	p76
<i>d</i> Les mineures et la prise de contraceptifs.....	p77
4.4.4 L'ACCÈS À L'INFORMATION.....	p 79
<i>a</i> Le problème de la découverte tardive de la grossesse.....	p79
<i>b</i> L'information aux mineures.....	p80
CONCLUSION.....	p82
BIBLIOGRAPHIE.....	p84
ANNEXES.....	p91

1) Introduction

En France métropolitaine la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à la contraception(1), en allongeant le délai des IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA) au lieu de 12 SA comme le prévoyait la loi Veil de 1975(2)(3) a soulevé de nombreux problèmes. Ils concernent la prise en charge de ces IVG dites tardives, comprises entre 12 et 14 SA (4)(5): techniques utilisées(6)(7)(8), éthique notamment via l'échographie du 1^{er} trimestre qui est antérieure à 14 SA(9), refus de prise en charge dans certaines structures(10).

Cette mesure avait été prise afin de diminuer le nombre de femmes contraintes de partir à l'étranger au delà du délai légal de 12 SA dont le nombre était estimé à 5000 par an(11).

La Polynésie française est une collectivité d'outre mer disposant de nombreuses prérogatives législatives dans le cadre de sa relative autonomie vis à vis de la métropole.

Ainsi, sous principalement le poids des Eglises, ce n'est qu'en mars 2002 que les femmes polynésiennes obtiennent le droit à L'IVG, soit 27 ans après les femmes métropolitaines(12)(13).

Cette législation intègre celle du 4 juillet 2001, promulguée en France métropolitaine, et ainsi impose d'emblée un délai de 14 SA.

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales d'octobre 2009(14) sur la prise en charge de L'IVG en métropole met en évidence un taux d'IVG tardives en 2006 de 3%, il est de 6% en 2008 comme en 2004 alors qu'en Polynésie française il s'élève à 11,48% en 2008 puis 16,5% en 2009(15)(16).

Le rapport polynésien de la direction de la santé de 2009 met en évidence ce nombre important d'IVG tardives sans pourtant en évoquer les causes et par conséquent sans y apporter de solutions.

Ces données statistiques sur les IVG en Polynésie française sont recueillies grâce à une « fiche de recueil IVG » (annexe 1) anonyme mentionnant l'âge de la femme et le ou les motifs de la demande d'IVG obligatoirement transmise dans les trente jours suivant la première consultation sociale.

Aucune étude n'a encore été effectuée afin de comprendre ce pourcentage élevé d'IVG tardives sur le territoire polynésien.

Passé ce délai légal de 14 SA les femmes polynésiennes n'ont pas recours à des structures étrangères étant donné leur isolement géographique, il leur est donc indispensable de consulter au plus tôt lorsqu'elles apprennent leur grossesse.

Même si les complications précoces des IVG entre 12 et 14 SA ne semblent pas plus nombreuses que dans les termes inférieurs, selon plusieurs études (17)(18)(19)(20)(21), se présenter si tard raccourcit le délai de réflexion des femmes, les limite dans le choix de la technique utilisée(6) et peut poser de nombreux problèmes moraux, personnels et éthiques (1)(22)(23)(24)(25)(26)(27).

L'objectif majeur de cette étude est donc de répondre à la question suivante : pourquoi les femmes polynésiennes tardent-elles tant dans leur demande d'IVG ?

Ensuite il sera possible d'envisager des solutions qui permettraient d'abaisser le taux d'IVG tardives en Polynésie française.

Pour ce faire il faut explorer les étiologies déjà reconnues de manière internationale (14), comme la découverte tardive de grossesse (méconnaissance suite à des cycles irréguliers, des saignements per gravidiques, la prise de contraceptif, ou la négligence de l'aménorrhée)(28), les délais de rendez-vous, le manque d'information, les erreurs d'orientation, la catégorie socio professionnelle, le choix du premier interlocuteur contacté(29), l'ambivalence et l'hésitation vis-à-vis de l'IVG.

Enfin, afin d'appréhender les solutions possibles, un point doit être fait sur la prévention effective chez ces femmes, soit en terme de contraception et d'information.

De plus, il faut envisager les spécificités liées à la culture et aux contraintes locales : influence de la religion(30), procédure de la demande d'IVG en Polynésie française, difficultés de déplacement et éloignement des îles par rapport aux structures de prise en charge ainsi que la particularité de l'adoption.

Nous présenterons d'abord le cadre méthodologique et environnemental de notre recherche. Les résultats de l'enquête conduite feront ensuite l'objet d'analyses statistiques qui donneront une base de discussion afin de repérer les causes de notre problématique, à savoir le taux élevé d'IVG tardives en Polynésie française, et de proposer des pistes pour en diminuer le niveau.

2) Matériel et méthodes

2.1) Le type d'étude

Cette étude est observationnelle non randomisée.

La population incluse concerne toutes les femmes se présentant à la première consultation pré-IVG du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPf) dont l'IVG présumée sera effectuée entre 12 et 14 SA ou ne pourra être pratiquée car hors délai légal, soit des personnes de 11 SA et plus, et ce, sur la période comprise entre le 6 juillet 2010 et le 15 avril 2011.

2.2) Le recueil de données

En Polynésie Française il existe quatre centres d'orthogénie : à Tahiti le CHPf et la clinique Cardella, L'hôpital d'Uturoa (sur l'île de Raiatea dans Les Iles Sous Le Vent de l'archipel de la Société) et celui de Taiohae (aux îles Marquises).

La clinique Cardella n'effectue pas les IVG tardives et ne pratique que la technique chirurgicale.

Seuls le CHPf et l'hôpital d'Uturoa pratiquent les deux techniques, chirurgicale et médicamenteuse ainsi que l'IVG tardive.

En 2009, 80% des IVG étaient pratiquées au CHPf(16) et c'est dans cet établissement que les formulaires destinés aux patientes se présentant pour une IVG tardive ont été remplis sous le contrôle de la sage femme responsable de toutes les premières consultations pré IVG.

Ainsi, entre le 6 juillet 2010 et le 15 avril 2011, 48 questionnaires ont été recueillis et contrôlés par de cette sage femme. Ils concernent, sur cette période, toutes les femmes enceintes dont le terme les amène à une IVG entre 12 et 14 SA voire hors délai, soit toutes les personnes de 11 SA et plus en demande d'une IVG.

Tous les questionnaires rentrant dans les critères d'inclusion et étant correctement remplis, ils ont tous été pris en considération pour les calculs statistiques.

2.2.1) Le formulaire d'enquête

Pour les besoins de l'étude, un questionnaire a été créé (annexe 2)(31).

La sage femme du centre IVG du CHPf a interrogé les femmes se présentant pour une demande d'IVG au-delà de 12 SA, donc des personnes de 11 SA et plus, via ce questionnaire anonyme et confidentiel.

Il s'agissait, pour la plupart, de questions fermées.

La première partie de ce formulaire faisait le point sur la situation personnelle de la patiente :

- âge
- terme actuel
- terme au diagnostic de la grossesse
- parité
- ATCD d'IVG
- situation professionnelle
- situation conjugale
- difficultés sociales, financières ou personnelles
- île de l'habitat
- contraception
- premier professionnel médical ou social contacté

La seconde partie portait sur les raisons qui auraient pu pousser la patiente à consulter tardivement (32)(33)(34)(28) :

- Découverte tardive de la grossesse sur irrégularité de cycle, obésité, saignements per gravidiques, contraceptif, déni de grossesse.
- Difficulté d'accessibilité au centre IVG : délai de RDV, difficulté de transport, éloignement géographique, difficultés personnelles.
- Problème d'information avec réponse libre pour ce qui est des suggestions qu'elles pouvaient évoquer afin de combler cette carence si elle existe.
- Pressions extérieures allant à l'encontre de leur choix d'effectuer l'IVG (familiale, conjugale, religieuse, facilité de l'adoption)
- Raisons personnelles, notamment hésitation à effectuer ce geste ou refus d'en parler autour de soi.

- Grossesse désirée mais l'IVG est décidée pour des contraintes extérieures (financières, familiale, conjugale, professionnelle, scolaires).

Enfin, une question ouverte en fin de formulaire demandait à la patiente d'expliquer ce qui lui aurait permis de consulter à un terme plus précoce pour cette demande d'IVG.

2.2.2) Le déroulement de la demande d'IVG selon la législation polynésienne

L'IVG doit être effectuée avant 14 SA, par un médecin, dans un centre agréé.

Si la femme est mineure non émancipée le consentement de l'un des parents ou du tuteur légal est demandé mais il n'est pas obligatoire et, si la patiente le souhaite, elle peut garder l'IVG secrète. Il lui est conseillé de se faire accompagner de la personne majeure de son choix.

Quelque soit la technique utilisée l'acte est pris en charge en tiers payant à 100%.

Lors de la première consultation médicale, le médecin, ici la sage femme du CHPf agréée pour effectuer ces consultations, doit informer la patiente des méthodes et risques ou effets secondaires potentiels.

Lui est remis alors un dossier guide, comportant les dispositions législatives ainsi que des conseils médico-sociaux, avec notamment les solutions alternatives (adoption, aide aux mères célibataires etc...). Figure également sur ce guide des informations relatives à la contraception. Enfin y sont énumérés les centres IVG agréés ainsi que les organismes où se déroulent les consultations sociales.

Après cette première consultation médicale, les femmes sont dirigées, et ce de manière obligatoire, vers une consultation sociale au Centre de la Mère et de l'Enfant.

Pour mémoire, en France métropolitaine, cette consultation sociale n'est plus obligatoire pour les femmes majeures depuis 2001.

Elle doit avoir lieu dans les 6 jours qui suivent la première consultation et dans des locaux d'un centre de planification familial qui se trouve forcément dans un autre établissement que celui où sera pratiqué l'IVG.

Durant cette consultation, sont évoqués les solutions alternatives à l'IVG ainsi que les différents modes de contraception.

A l'issue de ce rendez-vous, un formulaire, la « fiche de recueil IVG », doit être transmis dans les 30 jours à la direction de la santé. Ce document recueille quelques informations sur les « situations sociales à risque » et permet de tenir des statistiques générales sur l'IVG en Polynésie française mais ne permet pas d'enquêter sur les motifs des demandes d'IVG.

Une deuxième consultation est requise afin de recueillir une confirmation écrite du maintien de la demande d'IVG par la patiente concernée. Cette confirmation ne peut être acceptée qu'après un délai de réflexion de huit jours, faisant suite à la première demande, et 48 h après la consultation sociale. Le délai peut être exceptionnellement raccourci si le terme légal de l'IVG risque d'être dépassé (comme c'est le cas entre 12 et 14 SA en France métropolitaine).

Enfin, un rendez-vous médical post-IVG est officiellement obligatoire entre les 5^e et le 10^e jours qui suivent l'interruption de grossesse (entre le 14^e et le 21^e jour selon les recommandations HAS en métropole) afin de dépister les éventuelles complications.

C'est aussi le moment de discuter de la contraception.

Pour terminer, une autre consultation sociale est systématiquement proposée au sortir de ce dernier entretien médical.

2.2.3) Le déroulement de l'IVG tardive entre 12 et 14 SA au CHPf

Pour ce qui est des IVG tardives, le choix n'est pas laissé à la patiente quand à la technique utilisée.

La patiente est hospitalisée 48h après la prise du premier médicament, soit 3 comprimés de MIFEGYNE® (mifeprisone 200mg) à prendre à domicile.

Un bilan préopératoire est demandé : coagulation, carte de groupe et RAI.

Puis, elle est hospitalisée vers 18heures, elle doit être à jeun à minuit et perfusée.

La patiente reçoit 2 comprimés de CYTOTEC® (misoprostol 200µg) à 04heures avec un comprimé de PROFENID LP®.

Si cela est insuffisant sur le plan de l'analgésie, on administre à la patiente une demi ampoule de NUBAIN®, ou 10 mg de morphine, en sous cutané (35)(36).

Ensuite, à 7 heures, elle reçoit 2 autres comprimés de CYTOTEC®.

Et enfin elle passe au bloc opératoire pour un curetage.

Ainsi, comme dans de nombreux centres en France métropolitaine, l'IVG médicamenteuse (37)(38)(39)(40) est ici préférée pour les IVG tardives alors que l'HAS recommande la technique chirurgicale entre 12 et 14 SA (7)(10)(41)(42)(43)(19)(44)(45) (46)(47).

2.2.4) Les spécificités géographiques, démographiques et liées aux structures médicales

a) De nombreuses îles au cœur du Pacifique

La Polynésie française s'étend sur un territoire grand comme l'Europe.

Elle est constituée de 118 îles dont seulement 67 sont habitées.

Il existe 259 600 polynésiens (d'après le dernier recensement datant de 2007) dont 178 133 vivent sur l'île de Tahiti.

Pour les femmes qui vivent dans les îles éloignées de Tahiti, afin de demander une IVG, il faut demander une évacuation sanitaire.

En dehors de Tahiti il n'existe que deux autres structures de prise en charge : une aux Marquises et une à Raiatea. Ainsi, de nombreuses parties de la Polynésie française se trouvent éloignées de tout centre IVG.

Pour celles qui habitent Tahiti mais qui sont éloignées de la capitale de Papeete et qui ne sont pas véhiculées, le déplacement via les transports en commun reste encore très compliqué.

Figure 1 : données ISPF : carte de la dispersion géographique de la Polynésie française



b) Une population jeune

En 2009, 4551 bébés y sont nés avec un taux de fécondité de 2,1 enfants par femme (il est de 2 en France métropolitaine) contre 3,8 en 1984.

L'âge moyen à l'accouchement augmente, il est de 27,5 en 2009 contre 26 ans en 1990.

La fécondité chez les très jeunes femmes reste élevée, soit depuis 10 ans, les jeunes femmes âgées de 15 à 17 ans donnent naissance chaque année à 200 enfants (48)(49).

Un tiers de la population totale a moins de 18 ans ce qui équivaut à la France des années 60 durant le baby boom.

En 2009 on dénombre au total 846 IVG dont seulement 726 ont fait l'objet du recueil de données, relatives à la « fiche de déclaration d'IVG », renvoyées par les différentes structures agréées à la Direction de la santé (16).

Parmi ces IVG 118 sont comprises entre 12 et 14 SA.

Selon les données du centre de traitement statistique du CHPf entre le 6 juillet 2010 et le 15 avril 2011, on dénombre 453 IVG au CHPf, 191 sont des IVG médicamenteuses et 262 sont chirurgicales dont 72 font l'objet d'une pose d'un DIU et 61 d'une pose d'implant pharmacologique.

Sur cette même période il y eu 1909 naissances au CHPf.

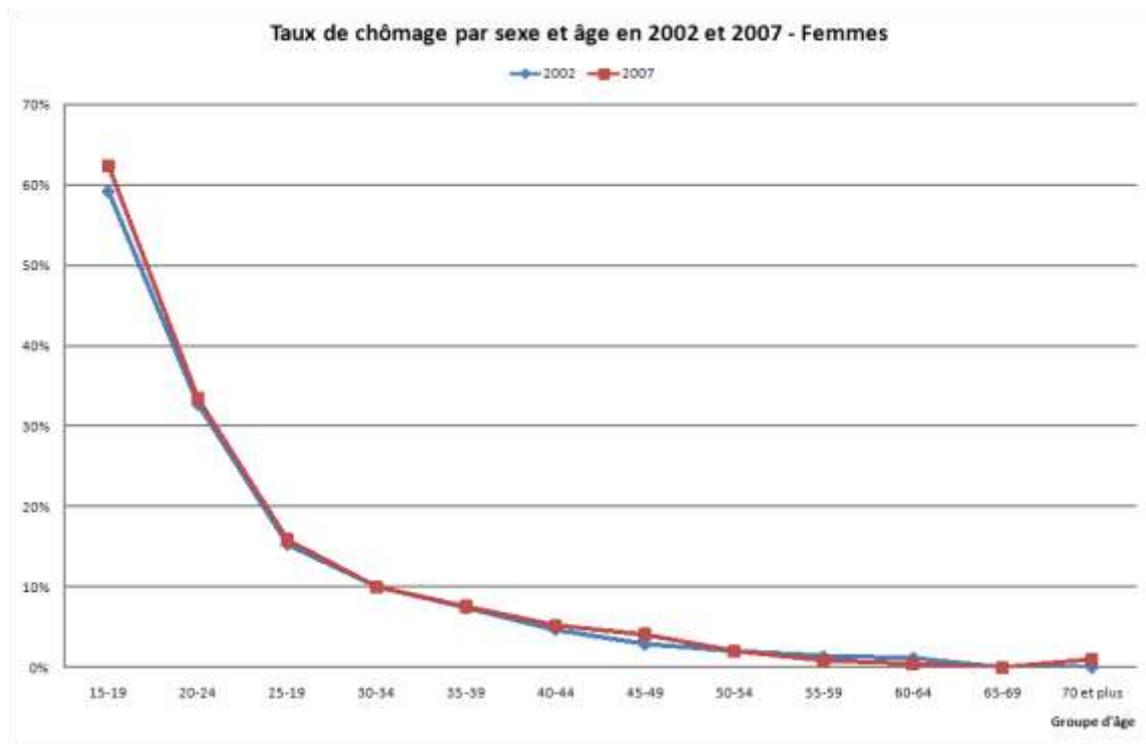
c) Un taux de chômage élevé

Le taux global de chômage en 2007 était de 11,7%.

Dans la tranche d'âge 20-24 ans le chômage était à plus de 30% en 2007 chez les femmes polynésiennes.

Chez les femmes métropolitaines ce taux s'élevait à 22,5% en 2009 pour les 15-24 ans.

Figure 2 : données ISPF : taux de chômage selon les recensements de 2002 et 2007 chez les femmes polynésiennes



Il est à noter qu'il n'existe pas d'allocation chômage en Polynésie française et que le coût de la vie y est plus élevé qu'en métropole.

De plus, une étude effectuée en septembre 2009 par l'Agence Française de Développement (AFD) et par l'Institut de la Statistique en Polynésie française (ISPF) a montré que sur les deux îles les plus peuplées, Tahiti et Moorea, 27,6% de la population dispose d'un revenu en dessous du seuil de pauvreté (50).

d) L'importance des dispensaires

Il existe, dans chaque commune de Tahiti et dans de nombreuses îles de la Polynésie française, un dispensaire (12)(51).

Il s'agit de structures financées par le territoire et la commune, dont le but est d'assurer les soins courants et la médecine préventive.

Il y a en permanence du personnel paramédical, infirmière ou sage femme, aidé par des tournées médicales périodiques.

Ce type de structures s'adresse aux personnes en difficulté sociale.

Les consultations y sont en général gratuites et sans rendez-vous.

Il est à noter qu'il existe à Tahiti le « Centre de la Mère et de l'Enfant », qui est le seul à faire office de centre de planification.

2.2.5) Les particularités socioculturelles en Polynésie française

Pour interpréter les résultats des formulaires, il faut tenir compte des spécificités locales.

a) Une obésité inquiétante

L'obésité touche particulièrement les polynésiens, de plus en plus influencés par la culture américaine.

En effet une étude de 2002 retrouvait les chiffres de 39% d'obésité et de 30% de surpoids (contre respectivement 11,3% et 41,6% en France métropolitaine en 2003). Une étude plus récente annonçait même 42% d'obèses et 29% de personnes en surpoids en Polynésie française en 2008 (52).

Cette obésité était significativement plus élevée chez les femmes et augmentait inversement à la position sociale.

b) Un système de couverture sociale particulièrement protecteur

Les polynésiens bénéficient d'un système de soins particuliers, appelé Caisse de Prévoyance Sociale (CPS), qui prend en charge, en tiers payant, 100% des frais liés à l'IVG (sur une base forfaitaire de 40000 FCp, soit 335 euros), mais aussi ceux inhérents à la grossesse avec des allocations prénatales, des allocations de maternité, des indemnités journalières liées à la maternité égale à 100% du salaire et une prise en charge à 100% des frais médicaux pendant la grossesse.

La CPS permet, pour les autres types de soins et consultations médicales, une couverture à 98%.

c) Des traditions favorables à l'adoption

Le mode d'adoption spécifique à la Polynésie française génère, depuis l'origine du peuplement des îles du Pacifique, un taux important d'adoption. Un mineur sur 10 vit sans ses parents biologiques.

En effet, en 2007, 8000 enfants de moins de 18 ans vivaient sans leurs parents biologiques, dont 48 % étaient adoptés (49).

La famille polynésienne est élargie et solidaire. Si un couple considérait qu'il avait trop d'enfants, il pouvait donner son nouveau né à un ami ou à un parent qui ne pouvait pas avoir d'enfants ou qui avait les moyens et l'envie de s'en occuper (53).

Il existe de nos jours un litige entre cette adoption traditionnelle, basée sur la possibilité du choix des adoptants, sur un lien de confiance et sur le respect entre les deux familles de l'enfant « fa'a'amu », et l'adoption plénière.

Ainsi, même si la grossesse n'était pas désirée, certaines femmes pourraient choisir de la poursuivre dans le but de confier leur enfant par la suite, que ce soit dans le cadre officiel et légal ou dans le cadre officieux et courant des « enfants fa'a'amu ».

d) Des religions influentes

La religion a une influence très importante en Polynésie française (30)(54)(54).

Les derniers chiffres officiels datant de 1971 recensaient 50,5% de protestants, 34,5% de catholiques puis les 15 % restants se répartissaient entre les églises mormones et adventistes, témoins de Jéhovah ou pentecôtistes.

C'est principalement le pouvoir des religions sur la population polynésienne qui retarda la légalisation de l'IVG jusqu'à 27 ans après la loi Veil de 1975.

Il est donc à supposer que les femmes qui consultent pour une demande d'IVG sont imprégnées de cette morale religieuse qui interdit vigoureusement l'avortement (55)(56)(57).

2.2.6) L'analyse statistique

Le test utilisé est celui de Fisher (effectifs théoriques souvent inférieurs à 5 ne permettant pas un test de Chi-2).

Le niveau de significativité du « p » a été décidé à 0,2 au lieu de 0,05 car il s'agit plus dans cette étude peu puissante de considérer « p » comme un indicateur de la probabilité d'existence d'un lien entre deux variables plutôt que de prouver qu'il y ait un lien entre deux variables selon un seuil rigoureux de « p ».

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale portant sur une période de 9 mois.

Les 48 questionnaires ont été pris en compte avec une pondération à 1 pour chaque formulaire.

Un logiciel de traitement statistique SPAD a été utilisé tant pour la partition des variables continues que pour les modalités.

Pour les tests statistiques (Fisher) c'est le logiciel R 2.12.2 (R Development Core Team. R 2011) qui a été utilisé.

3) RÉSULTATS

Entre le 6 juillet 2010 et le 15 avril 2011 nous avons recueilli 48 questionnaires concernant les IVG tardives soit 10,4% des IVG totales sur l'établissement (453 IVG sur exactement la même période selon le service de gestion des statistiques du CHPf).

Les résultats des tris simples et croisés sont présentés dans l'ordre du questionnaire avec d'abord des données personnelles qui, mises en lien donnent des informations utiles à notre sujet.

Ensuite, les résultats nous permettent d'aller plus loin avec les réponses données sur les raisons conduisant à des IVG tardives.

Enfin, un choix de partition de la population étudiée cherche à mettre en évidence deux grands groupes à risque.

3.1) La situation personnelle et comportements par rapport à l'IVG et la contraception

Les données sur la composition de la population interrogée sont déjà riches en informations.

En croisant ces données sur la population avec celles de type social et médical, nous percevons des comportements éclairant les conditions et raisons conduisant aux demandes tardives d'une IVG.

3.1.1) L'âge

L'âge moyen des patientes était de 24,6 ans, avec un intervalle de confiance compris entre 22,3 et 26,9 ans, et une médiane à 21,5 ans.

Les mineures représentaient 21% de la population. Associées au 18-19 ans elles représentaient 42 % des patientes.

Un quart des femmes était âgé de plus de 30 ans et un tiers entre 20 et 30 ans.

Tableau 1 : moyenne et intervalle de confiance des 48 femmes selon l'âge

	moyenne	intervalle de confiance	minimum	maximum
âge(ans)	24,6	[22,3-26,9]	15	43

Figure 3 : répartition du nombre des patientes par tranche d'âge

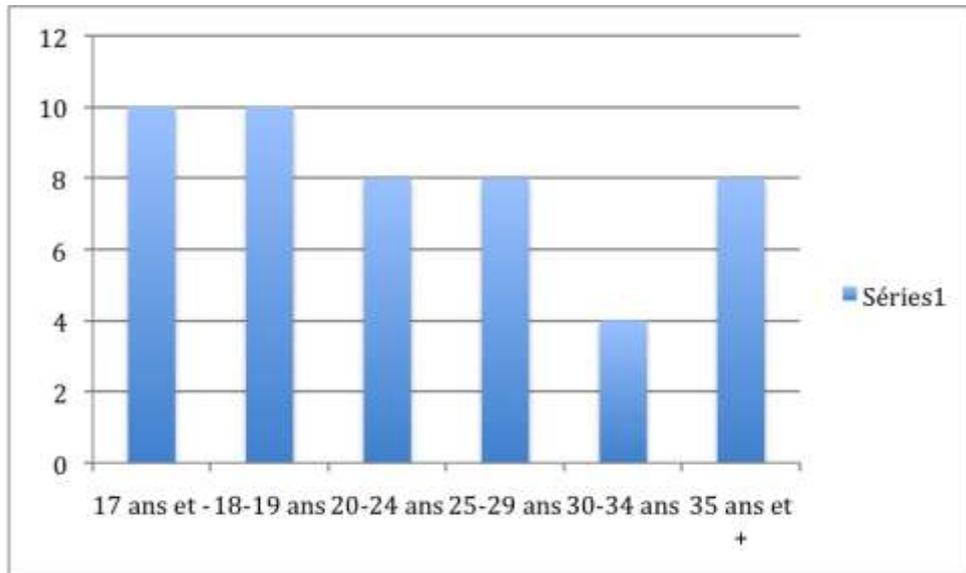
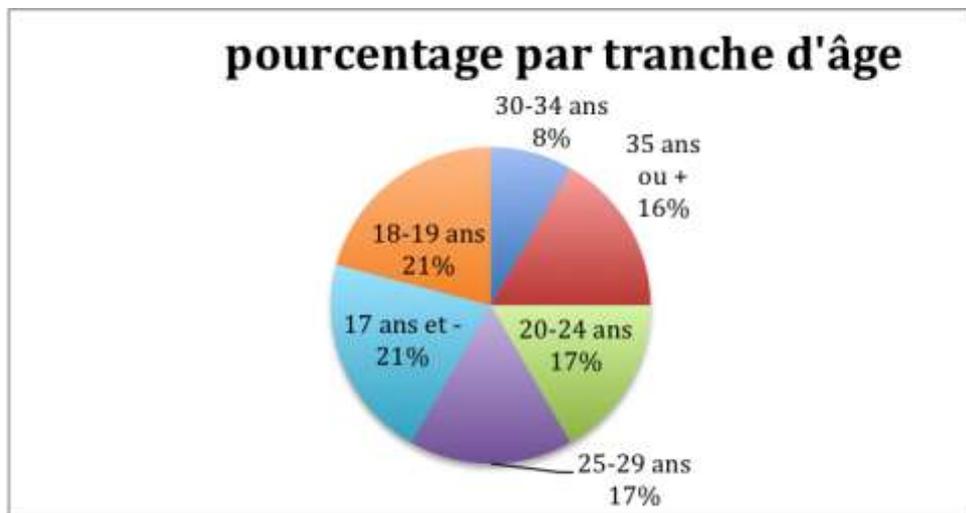


Figure 4 : répartition en pourcentage des patientes par tranche d'âge



Les mineures et les jeunes femmes jusqu'à l'âge de 19 ans étaient moins enclines à utiliser un contraceptif que les femmes plus âgées, avec respectivement 80% et 70 % d'absence de contraceptif (p 0,19).

Probablement en lien avec ce chiffre, on notait le même constat pour ce qui était des lycéennes et étudiantes.

En effet 76, 47 % des femmes scolarisées n'utilisaient aucune contraception.

La pilule restait le contraceptif de choix quelque soit l'âge.

Tableau 2 : les différents modes de contraception en fonction de l'âge

	pilule		préservatif		stérilet		implant		néant	
	nb	%	nb	%	n b	%	nb	%	nb	%
âge (ans)										
17 et -	1	10%	1	10%					8	80%
18-19	3	30%							7	70%
20-24	2	25,%	1	12,5%					5	62,5%
25-29	3	37,5%							5	62,5%
30-34	3	75%	1	25%					0	0%
35 et +	1	12,5%			1	12,5%	1	12,5%	5	62,5%

Tableau 2 bis : test de Fisher : contraception selon l'âge

	Moins de 19 ans		20 à 29 ans		30 ans et plus		p
Contraception	5	25%	6	37.5%	7	58.3%	
Pas de contraception	15	75%	10	62.5%	5	41.7%	

Les mineures se tournaient davantage directement vers la structure hospitalière (40%), alors les femmes de plus de 35 ans se dirigeaient plutôt vers le gynécologue et le médecin généraliste (37,5%).

Les femmes situées entre ces deux tranches d'âges utilisaient préférentiellement le dispensaire (37,5%).

Tableau 3 : première personne consultée selon la tranche d'âge

	Centre Mère-Enfant		Dispensaire		Gynécologue		Hôpital		Médecin généraliste	
	N b	%	Nb	%	N b	%	N b	%	Nb	%
Age (ans)										
17 et -	2	20%	1	10%	1	10%	4	40%	2	20%
18-19	2	20%	1	10%	2	20%	2	20%	3	30%
20-24	1	12,5%	3	37,5%	1	12,5%	1	12,5%	2	25%
25-29	1	12,5%	3	37,5%	2	25%	1	25%	1	12,5%
30-34	1	25%			1	25%	1		1	25%
35 et +			2	25%	3	37,5%			3	37,5%

Tableau 3 bis : test de Fisher : première personne consultée en fonction de la tranche d'âge

	Moins de 19 ans		20 à 29 ans		30 ans et plus		p
Centre de 1^{er} recours	11	55%	11	68.8%	7	58.3%	
Gynécologues	3	15%	3	18.8%	4	33.3%	
Hôpital	6	30%	2	12.5%	1	8.3%	

3.1.2) Le terme

Le terme moyen, au moment de la première consultation, était de 87,90 jours, soit 12,56 SA, avec un intervalle de confiance entre 83,92 et 91,88 jours et une médiane de 84,5 jours, soit 12,07 SA.

Près de 40 % des femmes consultaient à 12 SA et un tiers à 11 SA.

23% se présentaient à 13 SA.

Une patiente a consulté à 14 SA et une autre à 25 SA.

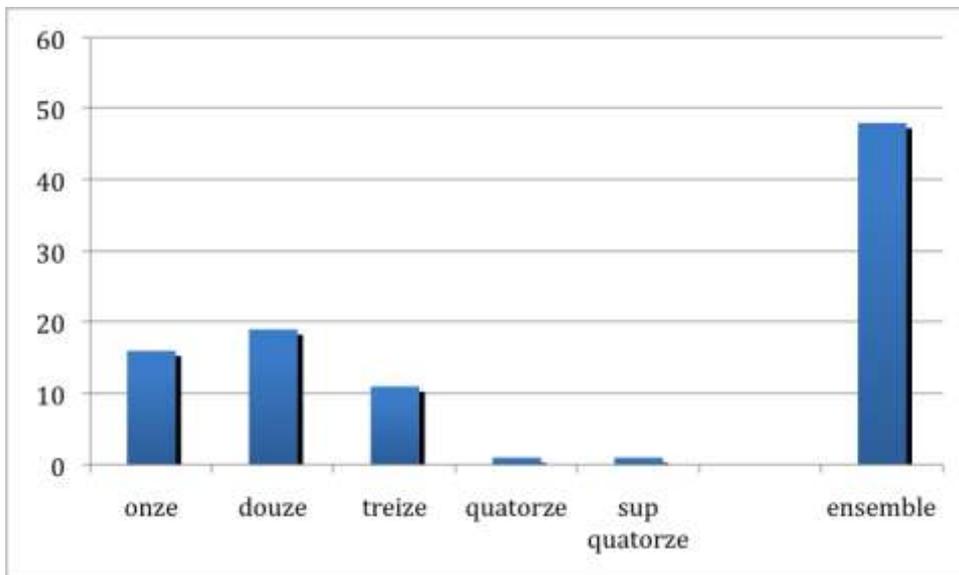
Tableau 3 : moyenne et intervalle de confiance selon le terme le jour de la consultation IVG

	moyenne	intervalle de confiance	minimum	maximum
terme(jours)	87,9	[83,92-91,88]	76	176

Tableau 4: répartition des femmes en semaines d'aménorrhée le jour de la demande

Terme en SA	Effectifs	Pourcentages
onze SA	16	33,33
douze SA	19	39,58
treize SA	11	22,92
quatorze SA	1	2,08
supérieur à quatorze SA	1	2,08
Ensemble	48	100,00

Figure 5: nombre de femmes en fonction du terme en semaines d'aménorrhées le jour de la demande



3.1.3) Le délai entre la découverte de la grossesse et la première consultation

Près de deux tiers des patientes mettaient une semaine ou moins à consulter à partir du moment où elles avaient connaissance de leur grossesse.

La moyenne en jours du délai pour consulter était de 14,15 avec un intervalle de confiance entre 9,41 et 18,89 jours.

Tableau 4 : moyenne et intervalle de confiance du délai entre la découverte de la grossesse et la consultation au centre IVG en jours.

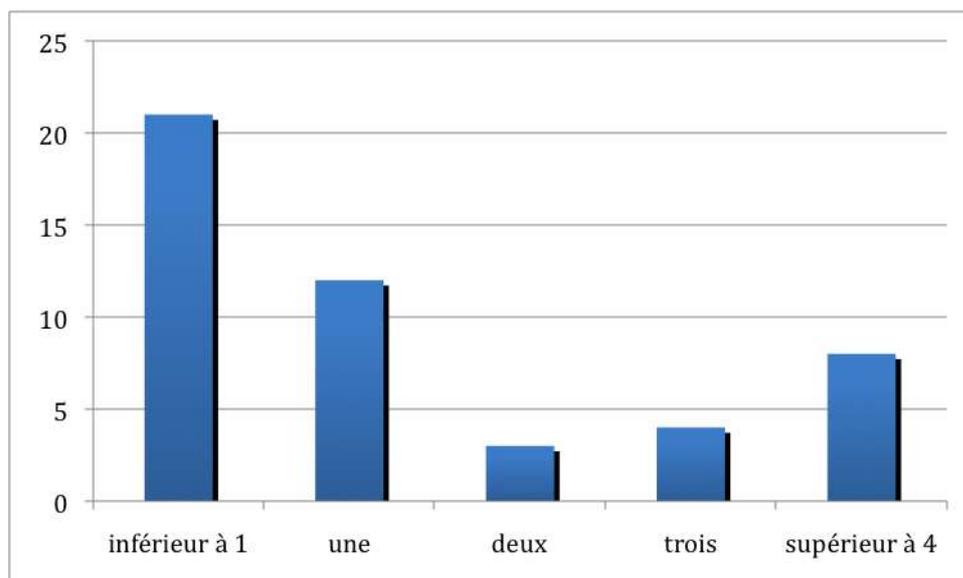
	moyenne	intervalle de confiance	de minimum	maximum
délai(jours)	14,15	[9,41-18,89]	0	62

Tableau 5 : délai entre la découverte de la grossesse et la première consultation en semaines

Délai pour consulter	Effectifs	Pourcentages
Moins d'une semaine	21	43,75
Une semaine	12	25

Deux semaines	3	6,25
Trois semaines	4	8,33
Plus de quatre semaines	8	16,67
Ensemble	48	100,00

Figure 6 : nombre de femmes en fonction du nombre de semaines entre la découverte de la grossesse et la première consultation



Les femmes découvraient leur grossesse en moyenne à 73,56 jours soit à 10,51 SA avec un intervalle de confiance compris entre 67,73 et 79,39 jours.

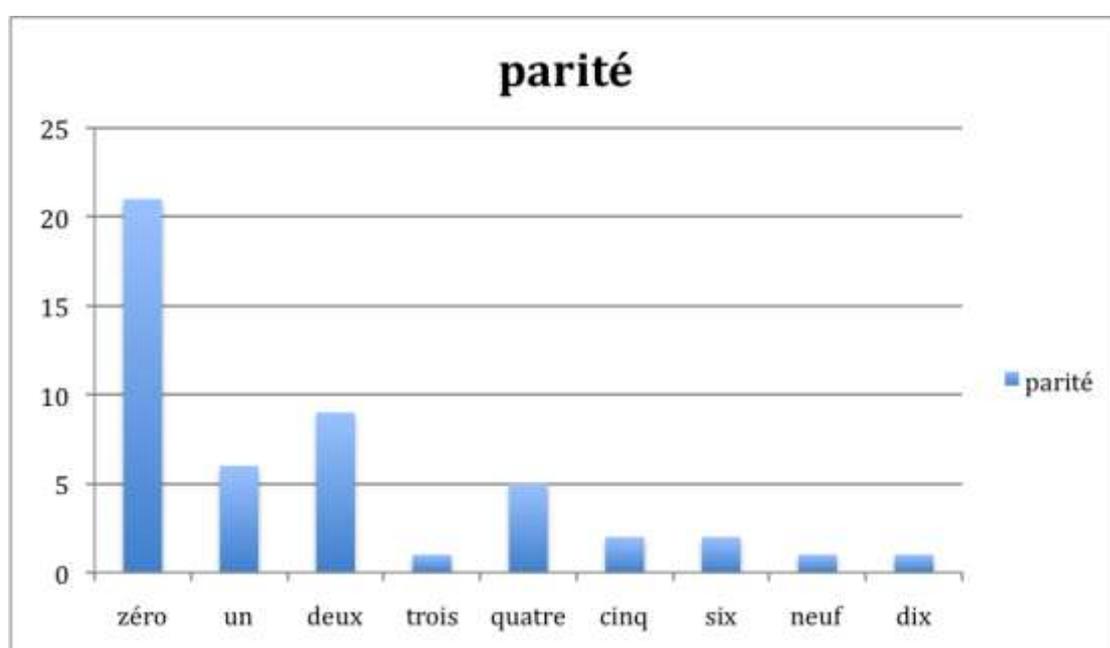
Tableau 6 : moyenne et intervalle de confiance du terme en jours à la découverte de la grossesse

découverte terme(jours)	moyenne	intervalle de confiance	minimum	maximum
	73,56	[67,73-79,39]	28	168

3.1.4) La parité, soit le nombre de grossesses antérieures à celle en cours

La parité moyenne était de 1,83 avec un pourcentage de 44 % de nullipares.

Figure 7 : nombre de femmes en fonction de leur parité avant la grossesse en cours



Les nullipares utilisaient moins la contraception que les femmes ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses, la pilule restant toujours le contraceptif de choix quelque soit la parité (p 0,13).

Tableau 7 : contraception en fonction de la parité

	pilule		préservatif		DIU		implant		néant	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
nullipare	3	14,29%	2	9,52%					16	76,19%

primipare	3	50%							3	50%	
deux	3	33,33%	Nullipares		Multipares	1	11,11%		5	55,55%	
Sup à 2	4	33,33%	5	23,8%	13	48,1%					
Pas de contraception	4	33,33%	1	8,33%				1	8,33%	6	50%
			16	76,2%	14	51,9%	0,13				

Tableau 7 bis : test de Fisher : contraception en fonction de la parité

Un tiers des femmes qui étaient nullipares consultaient directement à l'hôpital.

La moitié des primipares se dirigeaient vers leur médecin généraliste.

Les multipares se distribuaient principalement entre le dispensaire, le gynécologue et le médecin généraliste.

Tableau 8 : première personne consultée en fonction de la parité

	Centre Mère- Enfant		Dispensaire		Gynécologue		Hôpital		Médecin généraliste	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
parité										
nullipare	4	19%	3	14,3%	3	14,3%	7	33,3%	4	19%
primipare	1	16,7%			1	16,7%	1	16,7%	3	50%
deux	1	11,1%	4	44,4%	2	22,2%	1	11,1%	1	11,1%
sup à deux	1	8,3%	3	25%	3	25%	1	8,3%	4	33,3%

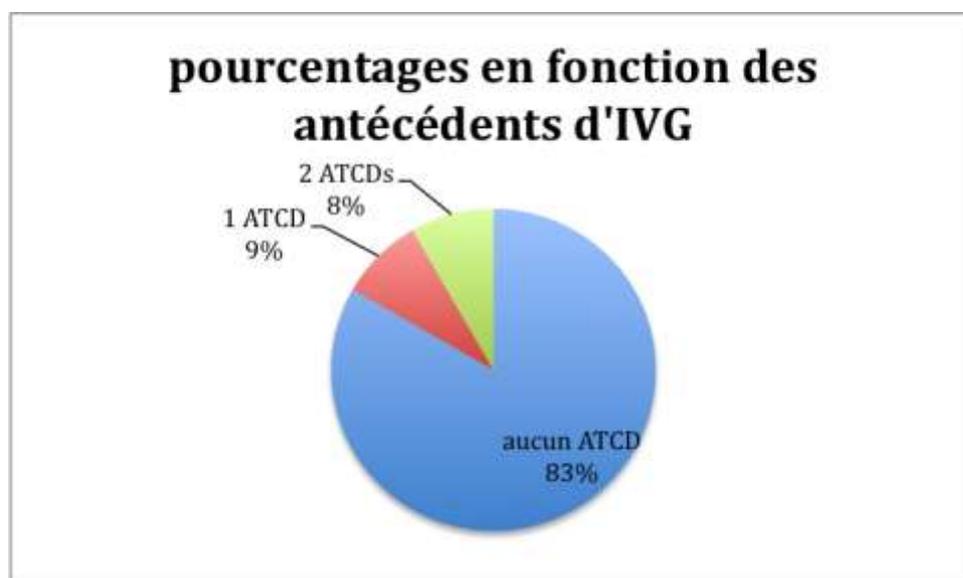
Centre de 1^{er} recours	11	52.4%	18	66.7%	0.07
Gynécologues	3	14.3%	7	25.9%	
Hôpital	7	33.3%	2	7.4%	

Tableau 8 bis :
test de Fisher :
première
personne
consultée en
fonction de la
parité

3.1.5) les antécédents d'IVG

Pour 83% des patientes, il s'agissait d'une première demande d'IVG.
Pour 8% des femmes, c'était une 3^e demande.

Figure 8 : pourcentages de femmes selon leur ATCD d'IVG



Les femmes qui avaient déjà eu une IVG étaient davantage couvertes par un contraceptif que les autres, soit respectivement 62,5% contre 32,5% (p 0,13).

Tableau 9: contraception en fonction du nombre d'antécédents d'IVG

contraception	pilule	préservatif	DIU	implant	Aucune
----------------------	---------------	--------------------	------------	----------------	---------------

ATCD d'IVG	N	%	Nb	%	N	%	Nb	%	Nb	%
0 ATCD	9	22,5%	2	5%	1	2,5%	1		27	67,5%
1 ATCD	2	50%	1	25%					1	25%
2 ATCDs	2	50%							2	50%

Tableau 9 bis : test de Fisher : contraception et ATCD d'IVG

Alors que les femmes n'ayant jamais effectué d'IVG se répartissaient dans les différentes structures de prise en charge, celles qui avaient déjà effectué deux IVG se dirigeaient pour 75 % vers leur gynécologue (p 0,54).

Tableau 10 : répartition chez les premiers consultants en fonction du nombre d'antécédent d'IVG

	Centre Mère-Enfant		Pas d'ATCD d'IVG		ATCD d'IVG		p	Hôpital		Médecin généraliste	
	N	%	N	%	N	%		N	%	Nb	%
Centre de 1^{er} recours	25	62,5%	4	10,0%	4	50,0%					
Gynécologues	7	17,5%	3	7,5%	3	37,5%					
Hôpital	8	20,0%	1	2,5%	1	12,5%	0,54				
0 ATCD	7	17,5%	9	22,5%	7	17,5%		8	20%	9	22,5%
1 ATCD			1	2,5%				1	2,5%	2	5,0%
2 ATCD					3	7,5%				1	2,5%

Tableau 10 bis : test de Fisher : première personne consultée et ATCD d'IVG

	Pas d'ATCD d'IVG		ATCD d'IVG		p
Contraception	13	32,5%	5	62,5%	
Pas de contraception	27	67,5%	3	37,5%	

Parmi les 8 patientes qui avait déjà eu un IVG :

- 1 avait 18 ans
- 3 avaient entre 20 et 24 ans
- 1 avait 26 ans
- 2 avaient entre 30 et 34 ans
- 1 avait 40 ans

5 des 8 femmes avaient déjà des enfants, soit les deux tiers.

19 des 40 femmes qui n'avaient jamais eu d'IVG avaient déjà des enfants, soit 47,5%.

3.1.6) La situation professionnelle

40% des patientes étaient au chômage.

35,42% des patientes étaient encore scolarisées.

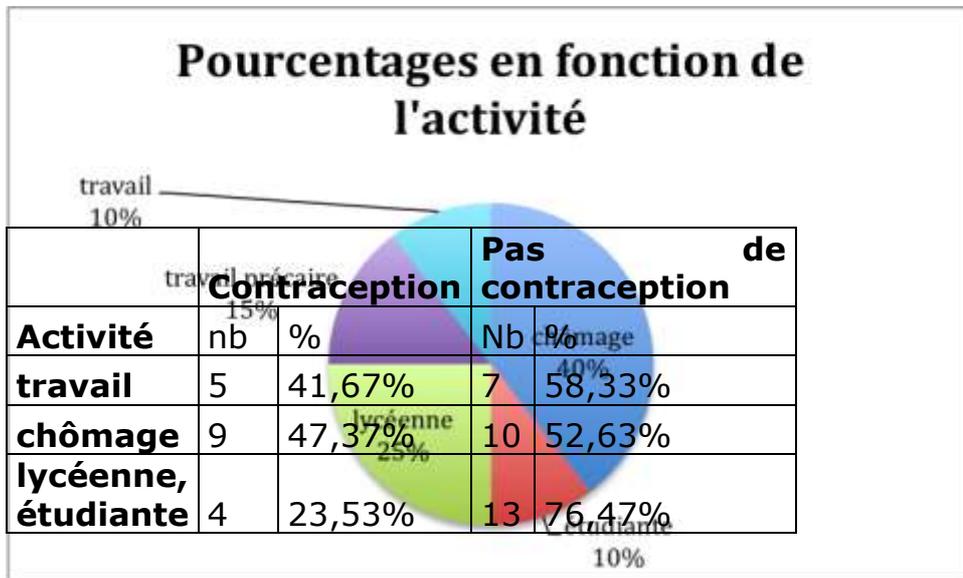
Près de 15% des femmes étaient en travail précaire.

Seules 10% d'entre elles avaient un travail fixe.

Tableau 11 : distribution des femmes selon leur activité

activité	Effectifs	Pourcentages
chômage	19	39,58
étudiante	5	10,42
lycéenne	12	25
précaire	7	14,58
travail	5	10,42
Ensemble	48	100,00

Figure 2 : distribution des femmes en pourcentage selon leur activité



Le travail ne semblait pas influencer la prise de contraceptif avec des taux quasi identiques de prise de contraceptif entre femmes sans emploi et femmes actives.

Les lycéennes et étudiantes étaient moins enclines à utiliser un contraceptif (p 0,35).

Tableau 12 : prise de contraceptif en fonction de l'activité

Tableau 12 bis : test de Fisher : contraception et activité

	Travail		Chômage		Etudiante		p
Contraception	5	41.7%	9	47.4%	4	23.5%	
Pas de contraception	7	58.3%	10	52.6%	13	76.5%	

Les personnes qui travaillaient étaient prises en charge pour la moitié par un gynécologue, alors qu'elles n'étaient que 11% lorsqu'elles étaient au chômage (p 0,10).
Les étudiantes se dirigeaient plutôt vers le dispensaire (40%).

Tableau 13 : première personne consultée en fonction de l'activité

	Centre Mère- Enfant		Dispensaire		Gynécologue		Hôpital		Médecin Généraliste	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
activité										
travail	1	8%	2	17%	6	50%	2	17%	1	8%
chômage	2	11%	5	26%	2	11%	4	21%	6	32%
lycéenne	3	25%	1	8%	1	8%	3	25%	4	33%
étudiante	1	20%	2	40%	1	20%			1	20%

Tableau 13 bis : test de Fisher : première personne consultée et activité

	Travail		Chômage		Etudiante		p
Centre de 1^{er} recours	4	33.3%	13	68.4%	12	70.6%	0.10

Gynécologues	6	50.0%	2	10.5%	2	11.8%	
Hôpital	2	16.7%	4	21.1%	3	17.6%	

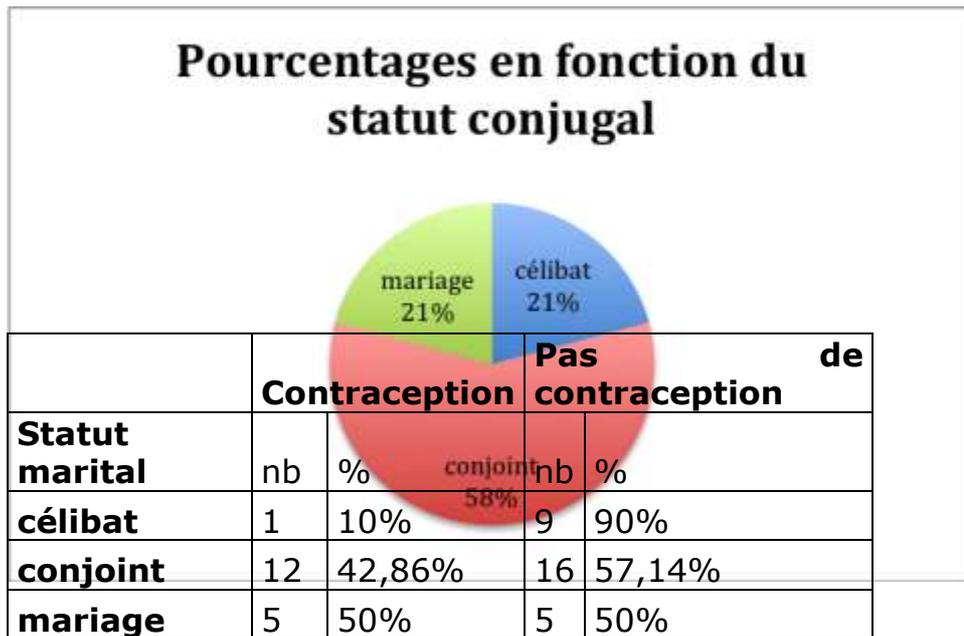
3.1.7) La situation conjugale

Quasiment 80% des femmes étaient en couple, 21% étaient mariées alors que presque 60% étaient en union libre.

Tableau 14 : répartition des femmes en fonction de leur situation conjugale

Situation conjugale	Effectifs	Pourcentages
célibat	10	20,83
conjoint	28	58,33
mariage	10	20,83
Ensemble	48	100,00

Figure 3 : répartition des femmes en pourcentages selon leur statut conjugal



Le statut de célibataire défavorisait l'utilisation de contraceptif, 90% des personnes célibataires n'étant pas couvertes par une contraception alors que les femmes mariées n'étaient que 50% dans ce cas (p 0,06).

Tableau 15 : contraception en fonction su statut conjugal

Tableau 15 bis : test de Fisher : contraception de statut conjugal

	Célibat	Couple	p

Contraception	1	10%	17	44.7%	0.06
Pas de contraception	9	90%	21	55.3%	

3.1.8) la situation géographique

La majorité des patientes habitait sur Tahiti et ce dans des conditions considérées comme salubres et convenables.

Tableau 16 : répartition géographique des patientes selon leur île d'origine

Situation géographique	Effectifs	Pourcentages
Marquises	1	2,08
Moorea	4	8,33
Rimatara (Australes)	1	2,08
Rurutu (Australes)	1	2,08
Tahiti	40	83,33
Tubuai (Australes)	1	2,08

Ensemble	48	100,00
----------	----	--------

Difficulté d'accessibilité	Effectifs	Pourcentages
non	34	70,83
oui, évacuation sanitaire,	5	10,42

Près de 30% des patientes disaient avoir pris du retard dans leur demande à cause d'un problème logistique d'accessibilité à la structure de prise en charge :

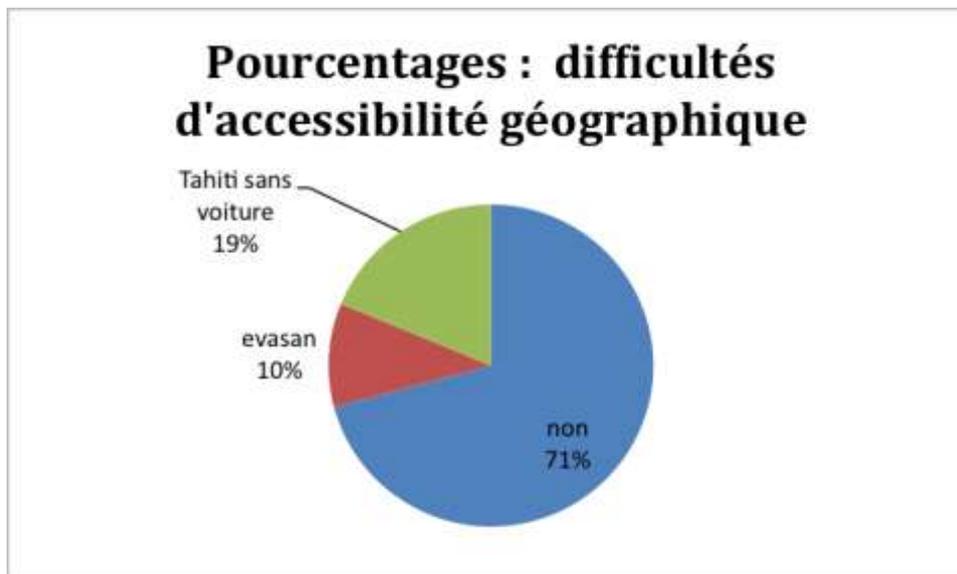
-18,75% habitaient Tahiti mais n'avaient pas de moyen de locomotion.

-10,42% ont pris du retard à cause de l'organisation de l'évacuation sanitaire depuis une île éloignée de Tahiti.

Tableau 17 : difficulté d'accessibilité au centre IVG

île éloignée		
oui, Tahiti, mais pas de voiture	9	18,75
Ensemble	48	100,00

Figure 4 : distribution des femmes en pourcentages : difficulté d'accessibilité géographique au centre IVG



Alors que 24,24% des femmes qui avaient mis moins de 2 semaines à consulter ne souffraient pas d'éloignement géographique, 40% de

celles qui avaient mis 2 semaines ou plus à consulter s'étaient trouvées face à des problèmes logistiques pour se rendre au centre IVG.

Tableau 18 : délai de consultation après la découverte de la grossesse en fonction des problèmes d'éloignement géographique

délai de consultation (semaines)	éloignement		pas d'éloignement	
	Nb	%	Nb	%
moins de 2 semaines	8	24,24%	25	75,76%
2 semaines ou plus	6	40%	9	60%

Tableau 18 bis : test de Fisher : délai de consultation après la découverte de la grossesse et éloignement géographique

Délai de consultation	Eloignement géographique		Pas d'éloignement géographique		p
Une semaine et moins	8	57.1%	25	73.5%	
Plus d'une semaine	6	42.9%	9	26.5%	

3.1.9) Le mode de contraception

Une grande majorité des femmes n'avait pas de contraception au moment de la conception, soit 62,5%.

Parmi celles qui avaient un moyen de contraception, 25% ont déclaré leur grossesse suite à un oubli de pilule.

Parmi les 13 femmes qui prenaient la pilule, une seule affirmait ne pas avoir eu d'oubli.

Il y a eu 3 cas d'échec du préservatif et 1 cas de grossesse sous pilule.

La grossesse sous stérilet s'était déroulée chez une femme dont la pose était supérieure à 5 ans.

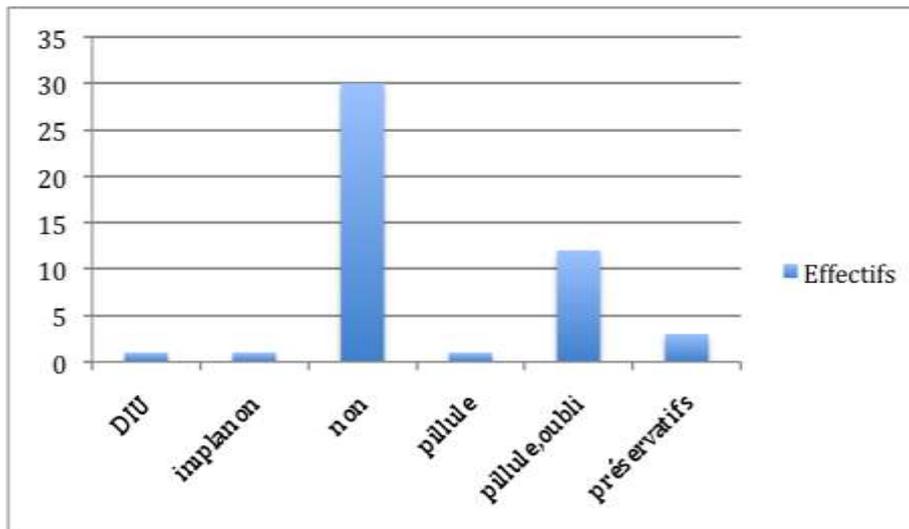
La femme qui avait un IMPLANON® le possédait depuis 6 ans et n'avait pas consulté de peur de la douleur lors du retrait.

Tableau 19 : répartition des modes de contraception

contraception	Effectifs	Pourcentages
DIU	1	2,08
implant	1	2,08
non	30	62,50
pilule	1	2,08
pilule, oubli	12	25,00
préservatifs	3	6,25
Ensemble	48	100,00

Aucune des 48 patientes ne dit avoir utilisé une contraception d'urgence.

Figure 5 : distribution en nombre du mode de contraception de chaque femme



Les femmes qui avaient découvert leur grossesse à 11 SA ou plus étaient 45% à avoir une contraception pendant leur grossesse contre 30,77% chez les femmes qui avaient découvert leur grossesse avant 11 SA.

Tableau 20 : contraception en fonction de la date de découverte de la grossesse

contraception de date découverte	oui		non	
	Nb	%	Nb	%
onze SA et plus	10	45,45%	12	69,23%
moins de onze SA	8	30,77%	18	54,55%

3.1.10) Le premier professionnel médical ou social contacté

Les structures médicales ou sociales consultées avant cette première consultation au centre IVG étaient pour (p 0,03) :

-60,41% les centres de premier recours: Centre de la Mère et de l'Enfant, dispensaire, médecin généraliste

-54,16% dans un centre public : Centre de la Mère et de l'enfant, dispensaire, hôpital

-20,83% les gynécologues

-18,75% directement l'hôpital

Tableau 21 : distribution des femmes selon le premier professionnel contacté avant la consultation au centre IVG

Premier consultant	Effectifs	Pourcentages
centre mère - enfant	7	14,58
dispensaire	10	20,83
gynécologue	10	20,83
hôpital	9	18,75
médecin généraliste	12	25,00
Ensemble	48	100,00

Figure 6 : nombre des femmes selon la première structure de soin consultée

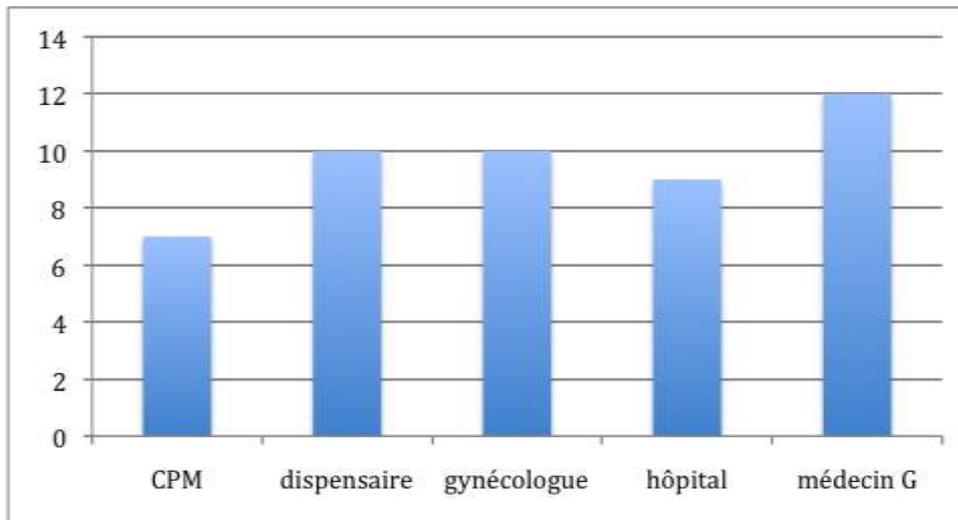


Tableau 21 bis : test de Fisher : première personne consultée

Moyen de recours	Centre de 1 ^{er} recours		Gynécologue		Hôpital		p
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	
Observés	29	60.4 %	10	20.8%	9	18.8 %	0.03
Théoriques	16	33.3 %	16	33.3 %	16	33.3 %	

3.2) Les causes de l'âge tardif de la demande

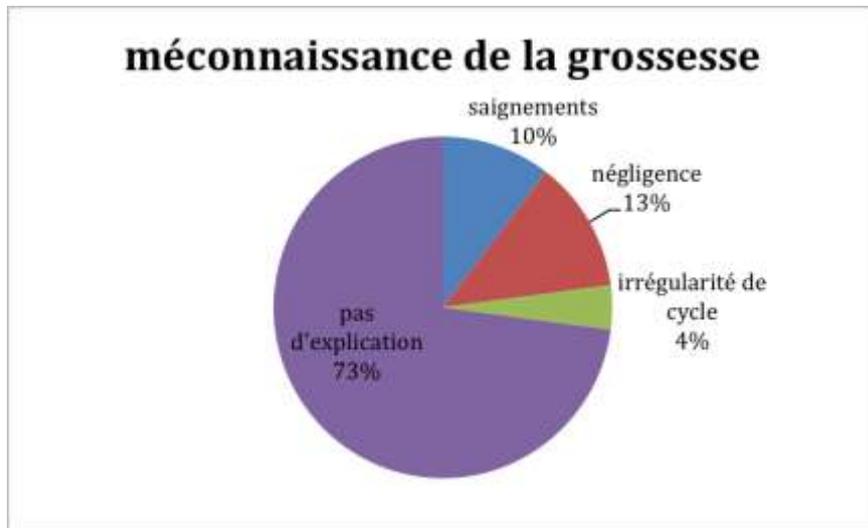
3.2.1) La méconnaissance de la grossesse

27% de femmes disaient avoir tardé pour consulter car elles ignoraient leur grossesse.

Pour 10% des patientes cela était dû à des saignements persistants pendant la grossesse et pour 4% à une irrégularité des cycles.

La négligence des signes sympathiques de grossesse et du retard de règles concernait 13% des patientes.

Figure 7 : méconnaissance et raisons de la méconnaissance de la grossesse en pourcentages



On ne montrait pas que l'irrégularité de règles était en lien avec une date de découverte de grossesse plus tardive puisque 26,09% des femmes qui découvraient leur grossesse à 11 SA et plus se plaignaient de règles irrégulières contre 36% pour celles dont le diagnostic était inférieur à 11 SA.

Tableau 22 : irrégularité des règles selon la date de la découverte de la grossesse en SA

irrégularité de règles	oui		non	
	Nb	%	Nb	%
date de découverte inférieur à 11 SA	9	36,00%	16	64,00%
11 SA et +	6	26,09%	17	73,91%

Alors que seules 8% des femmes qui découvraient leur grossesse avant 11 SA avaient des saignements pendant leur grossesse, elles étaient 21,74% à 11 SA ou plus (p 0,23).

Tableau 23 : saignements pendant la grossesse selon la date de découverte de la grossesse

saignements pendant la grossesse	oui		non	
	Nb	%	Nb	%
date de découverte inférieur à 11 SA	2	8,00%	23	92,00%
11 SA et +	5	21,74%	18	78,26%

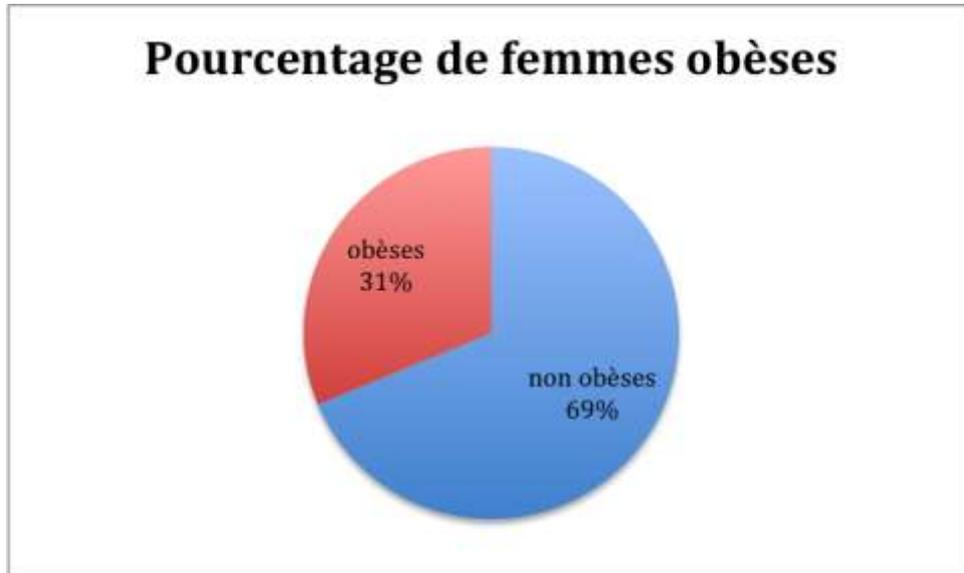
Tableau 23 bis : test de Fisher : saignements pendant la grossesse et retard de découverte de la grossesse

	Moins de 11 SA		Plus de 11 SA		p
Saignements	2	8 %	5	21.7 %	
Pas de saignements	23	92 %	18	78.3 %	

3.2.2) L'obésité

On observait un taux de 31% de femmes obèses.

Figure 8 : obésité en pourcentages



26% des personnes qui se présentaient à 11 SA et plus étaient obèses contre 36% en deçà de 11 SA.

Tableau 24 : obésité en fonction de la date de découverte de la grossesse en SA

obésité de date découverte	oui		non	
	Nb	%	Nb	%
inférieur à 11 SA	9	36,00%	16	64,00%
11 SA et +	6	26,09%	17	73,91%

Les femmes obèses étaient 53% à utiliser une contraception contre 30% chez les femmes non obèses.

Parmi les 15 femmes qui étaient obèses, 4 prenaient la pilule, 2 utilisaient le préservatif, une l'IMPLANON® et une autre le stérilet.

3.2.3) Le délai de rendez-vous pour la première consultation

Le délai moyen pour obtenir un rendez vous était de 3,08 jours, avec un intervalle de confiance entre 1,88 et 5 jours et une médiane de 2 jours.

Tableau 25 : moyenne et intervalle de confiance du temps mis pour avoir un rendez-vous en jours

Rendez-vous(jours)	moyenne	intervalle de confiance	minimum	maximum
	3,08	[1,88-5]	0	27

3.2.4) La méconnaissance des délais légaux de l'IVG et des structures de prise en charge

Plus de la moitié (58,33%) des patientes disait avoir été mal informée, tant sur les délais de l'IVG que sur les structures de prise en charge.

Cependant, seules trois d'entre elles ont suggéré une solution à ce problème : faire passer l'information via les médias. Voici les suggestions de chacune d'entre elles : « séquences télévisuelles et brochures », « en parler à la télévision », « davantage d'informations par les médias ».

Tableau 26 : répartition des femmes selon leur niveau d'information sur l'IVG

Problème d'information	Effectifs	Pourcentages
non	20	41,67
oui	28	58,33
	48	100,00

Alors que les femmes qui consultaient avant 2 semaines n'étaient que 48,48% à se dire mal ou non informées vis-à-vis des délais et centres IVG, elles étaient 80% parmi celles qui avaient mis 2 semaines ou plus .

Tableau 27 : délai de consultation en fonction du niveau d'information

	mauvaise information		bonne d'information	
	Nb	%	Nb	%
délai de consultation de moins de 2 semaines	16	48,48%	17	51,52%
Plus de 2 semaines	12	80%	3	20%

Tableau 27 bis : test de Fisher : délai de consultation en fonction du niveau d'information

Délai de consultation	Problème d'information		Pas de problème d'information		P
	Nb	%	Nb	%	
Une semaine et moins	16	57.1%	17	85%	0.05
Plus d'une semaine	12	42.9%	3	15%	

Les mineures et les 18-19 ans étaient respectivement 70% et 60% à se dire mal informées contre 50% chez les 25-29 ans et 37,5% chez les femmes âgées de 35 ans ou plus (p 0,75).

Tableau 28 : niveau d'information en fonction des tranches d'âge

	mauvaise information		bonne information	
	Nb	%	Nb	%
âge				
17 ans et -	7	70%	3	30%
18-19 ans	6	60%	4	40%
20-24 ans	4	67,00%	2	33,00%
25-29 ans	5	50,00%	5	50,00%
30-34 ans	3	75%	1	25%
35 ans et +	3	37,50%	5	63%

Tableau 28 bis : test de Fisher : tranches d'âges et niveau d'information

	Moins de 19 ans		20 à 29 ans		30 ans et plus		p
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Problème d'information	13	65%	9	56.2%	6	50%	0.75
Pas de problème d'information	7	35%	7	43.8%	6	50%	

3.2.5) Les pressions extérieures allant à l'encontre de la décision d'IVG prise par la patiente

Parmi les 48 patientes, seules 3 ont subi une pression de leur famille, 2 une pression venant de leur conjoint et une une pression religieuse.

3.2.6) Le refus de parler de la situation à sa famille

23% des femmes qui consultaient disaient avoir pris du retard vis-à-vis de la prise de rendez-vous car elles n'osaient pas évoquer la grossesse et la décision d'IVG avec leur entourage familial.

Tableau 29 : répartition des femmes selon leur refus ou non d'informer leurs proches de leur grossesse

Refus d'informer la famille	Effectifs	Pourcentages
non	37	77,08
oui	11	22,92
Ensemble	48	100,00

Deux des onze personnes qui disaient avoir pris du retard de part un refus d'informer la famille de la grossesse avaient mis deux semaines ou plus à consulter.

Tableau 30 : délai pour consulter en fonction du refus ou non d'informer les proches de la grossesse

	refus d'informer		pas de refus		
	Nb	%	Nb	%	
délai de consultation de moins de 2 semaines	9	27,27%	24	72,73%	33
2 semaines ou plus	2	13,33%	13	86,67%	15

26% des femmes qui diagnostiquaient leur grossesse à 11 SA et plus avaient pris du retard de part leur refus d'informer leurs proches de la grossesse contre 20% pour celles qui étaient à moins de 11 SA. Nous pouvons ainsi penser que si l'information est disponible dans les familles elle pourra avoir un impact renforcé.

Tableau 31 : terme au moment de la découverte de la grossesse en fonction du refus d'informer les proches de la grossesse

Terme à la découverte	refus d'informer		pas de refus	
	Nb	%	Nb	%
inférieur à 11 SA	5	20,00%	20	80,00%
11 SA et +	6	26,09%	17	73,91%

9 des 11 patientes qui refusaient de se confier à leur entourage étaient soit mineures soit âgées de 18 ou 19 ans.

Tableau 32 :test de Fisher : refus d’informer les proches par tranche d’âge

	Moins de 19 ans		20 à 29 ans		30 ans et plus		p
Refus d'information	9	45%	2	12.5%	0	0%	0.006
Pas de refus d'information	11	55%	14	87.5%	12	100%	

3.2.7) Les raisons incitant à demander l'IVG alors que la grossesse serait souhaitée

Un quart des femmes affirmait prendre cette décision du fait de leur scolarité.

La moitié des patientes évoquait une incapacité financière à élever l'hypothétique enfant.

23% des patientes évoquaient également une contrainte venant de leur emploi qui les aurait incitées à effectuer l'IVG.

Deux patientes affirmaient subir une pression de leur famille et cinq de leur conjoint pour effectuer cet acte alors que ce n'était pas leur souhait.

Deux patientes disaient avoir peur d'une grossesse compliquée de par leurs antécédents de césarienne et de grossesse à risque.

Trois autres considéraient avoir eu assez d'enfants.

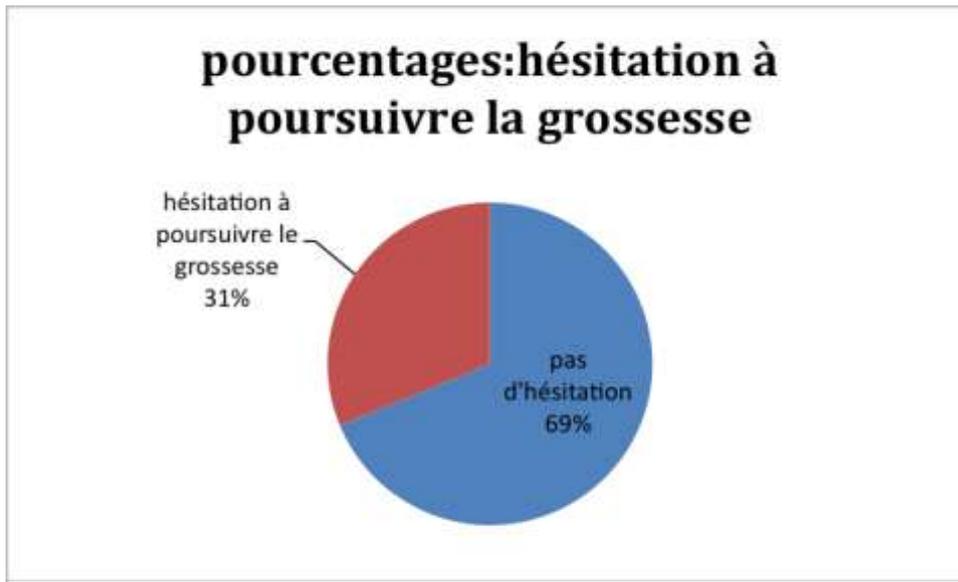
Deux patientes se disaient trop jeunes et une trop âgée pour assumer cette grossesse.

Enfin trois autres évoquaient un conflit conjugal dont une évoquait clairement des violences conjugales.

3.2.8) L'hésitation à poursuivre la grossesse

Près d'un tiers des femmes affirmait également que leur indécision vis-à-vis de l'IVG a influencé le délai de consultation.

Figure 9 : hésitation à poursuivre la grossesse ou non en pourcentages



Une femme disait hésiter à effectuer une adoption.

Les femmes qui mettaient 2 semaines ou plus à consulter avaient davantage tendance à hésiter vis-à-vis de l'IVG que les autres (40% versus 27,27%)

Tableau 33 : délai de consultation en fonction de l'hésitation à poursuivre la grossesse

	hésitation		pas d'hésitation	
	Nb	%	Nb	%
délai de consultation				
moins de 2 semaines	9	27,27%	24	73,73%
2 semaines ou plus	6	40%	9	60%

Tableau 33 bis : test de Fisher : délai de consultation et hésitation à poursuivre la grossesse

Délai de consultation	Hésitation à poursuivre la grossesse		Pas d'hésitation		P
	Une semaine et moins	9	60%	24	
Plus d'une semaine	6	40%	9	27.3%	

3.3) Une partition intéressante

Le logiciel SPAD a mis en évidence, via une partition, deux grands groupes de femmes dans notre étude.

Le premier est composé de 30 individus que l'on appellera « femmes défavorisées ».

Le second se compose de 15 individus que l'on nommera « les très jeunes femmes ».

3.3.1) Les « femmes défavorisées »

Composé de 30 individus, ce groupe représente 62,5% de la population étudiée.

Nous l'appelons « femmes défavorisées » car parmi les femmes qui décidaient l'IVG pour des problèmes financiers, 91,67% appartenaient à cette classe.

Ces femmes étaient en majorité non scolarisées (90%).

100% des femmes entre 25 et 29 ans se trouvaient dans ce groupe.

Tableau 34 : partition : premier groupe de population de 30 femmes

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test	Probabilité	Poids
problème financier	oui	73,33	50,00	91,67	4,02	0,000	24
refus d'informer la famille	non	96,67	77,08	78,38	3,85	0,000	37
scolarité	non	90,00	75,00	75,00	2,73	0,003	36
parité	deux	30,00	18,75	100,00	2,39	0,009	9
Age (ans)	25-29 ans	26,67	16,67	100,00	2,16	0,016	8
obésité	oui	43,33	31,25	86,67	2,07	0,019	15
obésité	non	56,67	68,75	51,52	-2,07	0,019	33
scolarité	oui	10,00	25,00	25,00	-2,73	0,003	12
conjoint	célibat	3,33	20,83	10,00	-3,50	0,000	10
refus d'informer la famille	oui	3,33	22,92	9,09	-3,85	0,000	11
problème financier	non	26,67	50,00	33,33	-4,02	0,000	24
activité	lycéenne	3,33	25,00	8,33	-4,19	0,000	12
Age (ans)	mineure	0,00	20,83	0,00	-4,35	0,000	10
parité	nulle	16,67	43,75	23,81	-4,75	0,000	21

3.3.2) Les « très jeunes femmes »

Dans ce groupe de 15 individus, soit 31,25% des femmes de l'étude, les personnes sont repérées par des attributs liés au jeune âge.

100% d'entre elles étaient nullipares.

100% des mineures appartenait à cette classe.

91,67% des lycéennes se trouvaient également dans ce groupe.

90,91% des personnes qui avaient pris du retard dans leur décision, de par un refus d'informer la famille de la situation, appartenait aussi à ce groupe.

80% des célibataires s'y trouvaient également.

66,67 % des personnes qui disaient décider l'IVG pour des problèmes de scolarité étaient admises aussi dans ce groupe

Tableau 35 : partition : deuxième groupe de population de 15 femmes

Libellés des variables	Modalités caractéristiques	% de la modalité dans la classe	% de la modalité dans l'échantillon	% de la classe dans la modalité	Valeur-Test	Probabilité	Poids
parité	nulle	100,00	43,75	71,43	5,33	0,000	21
Age (ans)	mineure	66,67	20,83	100,00	4,91	0,000	10
activité	lycéenne	73,33	25,00	91,67	4,84	0,000	12
problème financier	non	100,00	50,00	62,50	4,72	0,000	24
refus d'informer la famille	oui	66,67	22,92	90,91	4,44	0,000	11
conjoint	célibat	53,33	20,83	80,00	3,27	0,001	10
obésité	non	100,00	68,75	45,45	3,11	0,001	33
scolarité	oui	53,33	25,00	66,67	2,64	0,004	12
contraception	non	86,67	62,50	43,33	2,07	0,019	30
parité	deux	0,00	18,75	0,00	-2,00	0,023	9
conjoint	mariage	0,00	20,83	0,00	-2,19	0,014	10
parité	sup trois	0,00	22,92	0,00	-2,38	0,009	11
scolarité	non	46,67	75,00	19,44	-2,64	0,004	36
obésité	oui	0,00	31,25	0,00	-3,11	0,001	15
refus d'informer la famille	non	33,33	77,08	13,51	-4,44	0,000	37
problème financier	oui	0,00	50,00	0,00	-4,72	0,000	24

4) DISCUSSION

Entre le 6 juillet 2010 et le 15 avril 2011, 48 patientes se sont présentées au CHPf pour une première demande d'IVG dans une situation les conduisant à une IVG tardive. Elles représentaient 10,4% de l'ensemble des IVG demandées au CHPf sur cette même période. Elles ont toutes répondu à un questionnaire qui visait à essayer de comprendre les conditions et raisons qui les avaient amenées à consulter si tardivement.

Nous discuterons tout d'abord de la validité de notre étude.

Ensuite, il conviendra de traiter rapidement les facteurs qui se sont révélés être peu importants dans la prise de décision d'une demande d'IVG tardive, à savoir des données qui, a priori, en Polynésie française pouvaient avoir une influence pour notre sujet d'étude : l'obésité, le poids des religions et les pratiques de l'adoption.

Puis, grâce à la partition statistique effectuée, nous pourrons d'abord analyser les deux groupes révélés : « les femmes défavorisées » et « les très jeunes femmes ». Ce repérage sera un préalable avant d'accorder une large place à la connaissance des facteurs véritablement éclairant sur les comportements à risque en matière d'IVG en proposant des préconisations pour les prévenir.

4.1) La valeur statistique de l'étude

4.1.1) L'échantillon

L'échantillon n'était constitué que de 48 femmes, ainsi il est difficile de prouver une différence significative avec $p < 0,05$ avec les tests statistiques.

Cependant, étant donné que nous avons récupéré des questionnaires pour 100% des femmes se présentant au centre IVG du CHPf avec un terme supérieur ou égal à 11 SA et que le CHPf prend en charge 80% des IVG en Polynésie française, on peut dire que la population étudiée était représentative des femmes demandant une IVG tardive en Polynésie française sur la période observée.

Sur la totalité des IVG effectuées (tardives ou non), il reste 12 % d'IVG effectuées à l'hôpital d'Uturoa et 8% réalisées à la clinique Cardella à Tahiti.

Sachant que seuls le CHPf et l'hôpital d'Uturoa prennent en charge les IVG tardives, le pourcentage de prise en charge des IVG tardives au CHPf est probablement plus élevé que celui qui est annoncé pour les IVG totales.

Ainsi, l'échantillon représentait plus de 80% de la population totale étudiée, soit presque toute femme faisant une demande d'IVG qui serait effectué au delà de 12 SA en Polynésie française.

4.1.2) Les biais

a) Les biais de sélection

En ne prenant en compte que la population qui se dirige vers le CHPf il est possible d'avoir créé un biais de sélection.

En effet, sur les IVG totaux, 12% des IVG sont effectués à l'Hôpital d'Uturoa.

Y sont pris en charge les femmes qui viennent des îles éloignées de Tahiti.

Ainsi, les chiffres annoncés, pour les difficultés d'accessibilité géographique aux structures de prise en charge que rencontraient les femmes, étaient peut être biaisés.

De plus, ces femmes n'avaient peut être pas les mêmes caractéristiques socio-économiques.

b) Les biais d'évaluation

Une seule sage femme a interrogé toutes les patientes avec le même questionnaire.

Ainsi ne se pose pas le problème de différence de récupération des données entre différents opérateurs.

Cette affirmation est valable sous condition que la sage femme qui remplit ces formulaires l'effectue de manière exacte et identique pour chaque consultation.

c) Les biais d'attrition

Il n'a pas été vérifié si les femmes qui se rendaient à la première consultation de demande d'IVG réalisaient l'IVG de manière effective par la suite.

Ainsi il a pu être négligé dans les résultats statistiques une perte d'effectif.

Il aurait été judicieux d'effectuer un suivi de ces femmes après la première consultation également pour savoir quel type de contraception elles utilisaient en post-IVG et si elles consultaient à distance pour une nouvelle demande d'IVG.

d) Les biais de confusion

Il existe de nombreux facteurs de confusion du fait qu'il ne s'agisse pas d'une étude comparative et qu'elle porte sur un petit échantillon.

On ne peut pas prouver qu'une différence de pourcentage entre deux variables soit réellement significative ou qu'elle n'est pas influencée par une autre variable.

Cette étude reste observationnelle.

Malgré les précautions liées au domaine statistique, cette étude reste utile de par les informations qu'elle produit et les analyses qu'elle permet afin de préparer la prévention.

Elle est, en Polynésie française, la première sur ce sujet délicat.

4.2) Les facteurs peu décisifs pour les demandes d'IVG tardives

4.2.1) L'obésité

Une étude randomisée effectuée en France en 2006 sur 5535 femmes (58) montrait que les femmes obèses de moins de 30 ans utilisaient moins de contraception orale et avaient de manière significative plus de grossesses non désirées que les femmes non obèses.

Cela fut expliqué par le fait que malgré une fécondité moindre les méthodes de contraception seraient moins efficaces chez elles. De plus, le problème de l'augmentation du risque cardio-vasculaire, lors d'une prescription d'oestro-progestatifs chez les femmes obèses, était rarement résolu par une prescription de stérilet ou de progestatifs seuls.

L'étude portant sur les femmes polynésiennes ne montrait pourtant qu'un pourcentage d'obèses de 31% alors que ce taux est de 39% dans la population générale.

De plus elles n'utilisaient pas moins la contraception que les femmes non obèses.

Cependant, malgré leur obésité, la moitié de celles qui avaient une contraception utilisait la pilule.

Malgré ce que l'on aurait pu penser, l'obésité n'avait pas non plus augmenté leur date de découverte de la grossesse.

Ainsi, il ne semble pas que le grand nombre de femmes obèses en Polynésie joue un rôle dans le nombre important d'IVG tardives.

Il est à noter que leur contraception ne semble pas adaptée à leur pathologie.

Il serait en effet important de sensibiliser les patientes et leurs médecins au risque cardio-vasculaire que représente la prise d'œstrogènes et de favoriser chez elles des dispositifs intra utérins et les progestatifs seuls (58).

4.2.2) Le poids du religieux et des pratiques polynésiennes de l'adoption

L'influence des Eglises ayant repoussé la législation sur l'IVG en Polynésie française jusqu'à 27 ans après la loi Veil en France métropolitaine nous aurions pu penser que la religion poussait les femmes polynésiennes à hésiter davantage sur leur demande d'IVG.

Or, seule une femme sur les 48 questionnées dit avoir subi une pression religieuse dans sa décision d'IVG.

Ainsi, la religion semble tenir une part beaucoup moins importante que ce que nous aurions pu penser chez les femmes qui demandent une IVG tardive en Polynésie française.

De même, la banalisation de l'adoption, via la coutume des enfants « fa'a'amu », aurait pu favoriser une réflexion plus intense concernant l'IVG chez les femmes interrogées dans notre étude.

Pourtant, seule une femme dit avoir hésité à faire l'IVG en vue d'une adoption.

De la sorte, nous ne pouvons pas retenir cette coutume de l'enfant « fa'a'amu » comme étant impliquée dans le retard de la prise de décision des femmes qui consultaient à 11 SA ou plus dans la période étudiée.

4.3) Une partition utile

Grâce à la partition nous avons pu déterminer deux grandes populations parmi ces femmes qui effectuaient une demande tardive d'IVG : les « femmes défavorisées » et les « très jeunes femmes ».

Ces deux groupes présentaient des conditions spécifiques au regard de notre problématique, les préconisations étaient aussi adaptées aux individus les composant.

4.3.1) Le groupe des » femmes défavorisées »

La moitié des patientes disait décider l'IVG pour des contraintes financières.

40% des femmes étaient au chômage.

Ces chiffres sont concordants avec des études socio-économiques effectuées dans divers pays (« socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision » or « reasons women give for abortion : a review of littérature ») (34)(33) qui mettent en évidence de grandes difficultés financières chez presque la moitié des patientes qui se présentent pour une demande d'IVG.

Plusieurs obstacles financiers se dressent devant ces femmes en situation de précarité.

Tout d'abord, le coût de la consultation en vue de la prescription médicale obligatoire pour les contraceptifs peut poser un problème.

L' « American Journal of Public Health » concluait en 1993(59) que malgré les effets secondaires et contre indications possibles aux différents contraceptifs, il était plus avantageux, sur le plan de la santé publique, de permettre la vente libre des contraceptifs plutôt que de faire face aux conséquences des IVG. La condition de cette vente libre serait une amélioration du packaging avec une simplification des notices permettant aux femmes de faire attention d'elles mêmes aux contre indications et aux effets secondaires et d'utiliser les contraceptifs de manière correcte et efficace.

Ainsi faut il se poser la question de la nécessité de la prescription médicale obligatoire si elle constitue une barrière économique à la prise de contraception.

Ou bien, il serait possible de fournir un nombre annuel de consultations destinées au suivi gynécologique en tiers payant aux patientes en difficulté comme cela se fait dans le cadre du « pass contraception » chez les lycéennes en île de France.

Il existe déjà en France un système de prise en charge des frais de la pilule du lendemain, pourquoi ne pas étendre ce système à la contraception chez les femmes en difficulté ?

Enfin, il faudrait organiser en Polynésie des centres de planification familiale comme il peut en exister en France métropolitaine, où les personnes en difficulté sociale pourraient bénéficier d'un suivi et d'une contraception gratuite. Le Centre de la Mère et de l'Enfant situé à Pirae, près de la capitale Papeete, est le seul organisme faisant office de planning familial. Il ne peut manifestement pas subvenir à tous les besoins en terme de prévention des IVG et IST (Infections Sexuellement Transmissibles) et de prise en charge de la contraception chez les personnes en difficulté.

4.3.2) Le groupe des « très jeunes femmes »

Il paraît indispensable de cibler les actions préventives vers les mineures et très jeunes femmes (60)(61)(62).

En effet, dans notre enquête, les mineures et les 18-19 ans représentaient 42% des patientes qui se présentaient pour une IVG à 12 SA ou plus.

Ces jeunes femmes étaient pour la plupart scolarisées, lycéennes ou étudiantes.

L'IVG était souvent décidée pour des raisons de scolarité.

La majorité d'entre elles n'utilisait pas de contraception, avec respectivement 80% et 70% d'absence de contraception pour les mineures et les 18-19 ans (contre 62,5% pour les autres tranches d'âge).

Les contraceptifs utilisés étaient soit la pilule, soit le préservatif. Dans 100% des cas les jeunes femmes avouaient soit un échec de l'usage du préservatif, soit un oubli de pilule.

Elles étaient souvent célibataires et nullipares.

Or, 90% des femmes qui étaient célibataires n'utilisaient pas de contraception contre 50% chez les femmes mariées. 76% des nullipares étaient sans contraceptif contre 50% pour celles qui avaient déjà eu un enfant.

Le refus d'informer la famille de la grossesse était selon elles une cause fréquente de retard à consulter pour une demande d'IVG.

Les mineures se disaient pour 70% mal informées sur les structures et conditions de prise en charge de l'IVG.

Ces chiffres et caractéristiques sont compatibles avec ceux annoncés dans le rapport des docteurs Nisand et Toulemonon : « pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures » publié en 2006 (61), à savoir :

- une absence de contraception supérieure aux adultes
- les rapports occasionnels défavorisent chez elles la prise de contraception
- un mauvais usage de la contraception important.

Ainsi, les comportements des mineures en Polynésie française face à l'IVG semblent quasi similaires à celles des jeunes femmes françaises.

En revanche, les IVG des mineures en France ne représentaient que 6,35% des IVG totaux en 2006 (14) quelque soit le terme alors qu'elles représentaient 13% des IVG totaux en Polynésie française en 2009.

Dans notre étude, elles étaient 21% parmi celles qui consultaient pour une IVG tardive.

A la vue des difficultés que paraissent rencontrer ces jeunes femmes il est possible de proposer plusieurs actions préventives dans le domaine de la contraception et de l'information, nous les spécifierons dans les discussions plus en aval (63).

4.4) Les facteurs décisionnels des IVG tardives et préconisations

4.4.1) L'éloignement géographique

Une étude américaine portant sur 390 patientes avait été effectuée en 2002 afin de déterminer les facteurs qui amenaient les patientes à consulter au second trimestre par rapport à celles qui demandaient leur IVG au premier trimestre de grossesse (31).

Ils en conclurent que les problèmes logistiques (difficulté à trouver un centre IVG, problème de transport, logement loin de la structure de prise en charge) tenaient une grande place dans le délai de consultation pour la demande d'IVG.

En effet, 63% des femmes, qui faisaient une demande au second trimestre, affirmaient qu'un problème logistique les avait retardées dans leur démarche, contre 30% chez celles qui consultaient au premier trimestre.

Dans notre étude en Polynésie française, alors que 24% des femmes qui avaient mis moins de 2 semaines à consulter disaient avoir souffert d'un problème d'accessibilité au centre IVG, elles étaient 40% chez celles qui avaient mis 2 semaines ou plus à consulter à partir de la découverte de leur grossesse.

Pour 19% des patientes il s'agissait d'un problème de transport sur Tahiti.

Il paraît donc indispensable de multiplier les centres de prise en charge sur Tahiti tels que des centres de planifications ou des salles de consultation dans les dispensaires, qui en plus d'organiser la prévention des IVG s'occuperaient de la première consultation de demande d'IVG et organiseraient le transport et la prise en charge au centre IVG le plus proche.

Pour 10% des femmes s'était posé le problème de transport vers Tahiti depuis une autre île de Polynésie en évacuation sanitaire.

Ainsi, il faudrait permettre aux dispensaires localisés sur place de pouvoir pratiquer une première consultation de demande d'IVG avec une échographie de datation (64).

Il devrait être possible d'organiser une évacuation sanitaire plus rapide pour les femmes dont le terme est proche du délai légal.

Enfin, il faudrait multiplier les centres IVG.

En effet, il n'existe que 2 centres qui prennent en charge les IVG tardives : à Uturoa dans les îles de la Société et à Pirae près de la capitale Papeete, sur l'île de Tahiti, pour un territoire grand comme l'Europe.

Or, il existe un hôpital aux Marquises (Taioha), un autre à l'Est de Tahiti (Taravao) et un dernier sur l'île sœur de Tahiti : Moorea.

En plus de ces structures hospitalières, deux cliniques existent à Papeete : les cliniques de Cardella et Paofai.

Ainsi, si chacune de ces cinq structures prenait en charge les IVG tardives, cela permettrait de faciliter l'accès aux soins aux patientes et peut être de diminuer les délais de consultation.

4.4.2) Le choix du premier professionnel de santé contacté

L'étude Cocon avait été effectuée en 2000 sur 2 863 femmes vivant en France dont 480 déclaraient une IVG dans les dix dernières années(29). Elle mettait en évidence que le choix du premier professionnel contacté dépendait des caractéristiques sociodémographiques des femmes et qu'il influençait les conditions ultérieures du parcours.

Les femmes qui choisissaient le gynécologue avaient des trajectoires plus simples et plus rapides que celles qui s'orientaient vers le généraliste.

Ceci était expliqué par le problème d'information auprès des généralistes, des procédures en vigueur mais aussi par les caractéristiques socioéconomiques de leur patientèle.

En effet, les femmes les moins diplômées et avec moins de revenus avaient tendance à consulter plutôt le généraliste alors que celles qui avaient de meilleurs revenus et qui étaient plus éduquées allaient davantage chez le gynécologue.

Il est dommage que, dans notre étude au CHPf, la durée et la qualité du parcours effectué, à partir du premier professionnel contacté, n'aient pas été évaluées.

On remarquait que, alors que les femmes sans emploi ne consultaient que pour 11% chez le gynécologue, les femmes actives étaient la moitié dans ce cas.

La structure hospitalière était préférée par les nullipares et les mineures.

Les femmes qui avaient déjà eu des enfants allaient davantage chez les médecins généralistes, au dispensaire et chez le gynécologue, probablement dans le cadre d'un suivi médical supérieur aux mineures et nullipares.

Plus les femmes étaient âgées, plus elles avaient tendance à s'orienter vers le gynécologue.

Les structures de premier recours tels que le dispensaire, le médecin généraliste et le Centre de la Mère et de l'Enfant constituaient 60% des consultations. Elles accueillait préférentiellement les femmes au chômage, étudiantes ou lycéennes.

Ceci s'explique facilement par le coût des consultations qui sont moindres voir nulles dans ce type de structures.

Etant donné que seules 10% des patientes avaient une activité professionnelle stable et que 42 % des femmes avaient 19 ans ou moins, il semble important de favoriser une politique d'information et de prévention dans les structures de premier recours où les personnes les plus à risque paraissent se diriger préférentiellement.

Il faudrait pour cela sensibiliser les professionnels de santé à l'IVG et à sa prévention.

Ils pourraient s'engager dans une information sur la contraception, la contraception d'urgence, l'IVG et le suivi gynécologique via des plaquettes ou des affiches à expliquer aux patientes (65).

Cela pourrait aussi consister en un accès gratuit et facilité à la contraception ou à la contraception d'urgence.

4.4.3) Les pratiques de la contraception

a) L'absence de contraception

Les liens entre contraception et IVG sont évidents (66).

Une étude rétrospective portant sur 163 femmes ayant eu une IVG et 1787 n'en ayant jamais effectué entre 2000 et 2004 en France métropolitaine(67) avait montré que les femmes qui avaient eu une IVG étaient 46% à avoir une contraception avant l'IVG contre 76 % chez les femmes n'en ayant jamais effectué. De plus cette étude avait montré que les femmes défavorisées utilisaient moins la contraception après l'IVG que les autres.

En Polynésie française les deux tiers des patientes qui se présentaient au CHPf n'utilisaient pas de contraception (68). Elles étaient 76% à ne pas prendre de contraceptif chez les nullipares contre 50% chez les femmes qui étaient déjà mères. Cela peut nous laisser penser qu'après une grossesse, le suivi médical permet aux femmes d'avoir plus facilement accès à une contraception.

Cependant, 50% des mères étaient sans contraceptif.

Il serait intéressant dans le cadre de la structure hospitalière après l'accouchement de renforcer l'information sur la contraception et d'inciter les jeunes mères à choisir un mode de contraception avant leur sortie de la maternité, surtout pour celles qui sont défavorisées.

Les célibataires étaient 90% à ne pas prendre de contraception contre 50% chez les femmes mariées.

Les rapports occasionnels inciteraient ainsi les femmes à ne pas prendre de contraceptif.

Il paraît donc indispensable d'informer ces patientes de l'intérêt de l'utilisation de la pilule associée au préservatif dans leur situation(68). C'est le rôle des premières structures de soin, comme le médecin généraliste, de faire passer ce message lors des consultations, mais cela peut aussi faire partie de campagnes de prévention (69)(70)(71).

b) La mauvaise utilisation des contraceptifs

En prolongeant la question de la contraception au niveau de son mode opératoire, notre étude nous a appris que parmi celles qui prenaient une contraception, un quart disait oublier leur pilule de manière fréquente.

Celle qui était sous IMPLANON® ne l'avait pas retiré alors qu'il avait été posé 6 ans auparavant.

Celle qui était sous stérilet avait une date de pose supérieure à 5 ans.

Toutes celles qui utilisaient un préservatif avouaient que l'échec de l'utilisation était responsable de la grossesse en cours.

Il paraît évident qu'il est important, qu'en plus d'augmenter la prise de contraception, de favoriser son bon usage (72).

Une étude effectuée en 2000 en métropole sur 1689 femmes(68) avait montré que la méthode pour laquelle il y avait le moins d'échec était le stérilet, suivie par la pilule et le préservatif.

Une étude mexicaine récente effectuée sur 1311 femmes infertiles (73) montrait qu'il n'y avait pas plus de risque d'occlusion tubaire chez les femmes nullipares utilisant un stérilet que les non utilisatrices de dispositif intra-utérin.

Ainsi, chez les femmes obèses ou chez celles qui ont des difficultés à prendre la pilule sans oublis fréquents, le stérilet pourrait être la solution même en cas de nulliparité (74) (75)(73).

Sinon, il faudrait bien sûr informer, lors de la prescription d'un contraceptif, de la bonne utilisation de ce dernier et de la conduite à tenir en cas de mésusage.

Pour favoriser la bonne utilisation des contraceptifs, il faudrait également bien interroger les patientes sur leur mode de vie et leurs contraintes quotidiennes, voire leurs traits de caractère.

Le bon usage d'un contraceptif commence en effet par le choix judicieux de celui-ci par rapport aux caractéristiques de l'utilisatrice.

c) Le problème des IVG répétitives

Il ne s'agissait pas d'une première demande d'IVG pour 17% des patientes étudiées dans notre enquête (76)(77).

Même si les femmes qui avaient déjà eu une IVG étaient davantage couvertes par une contraception que les autres (62,5% versus 32,5%), un tiers d'entre elles n'utilisait pas de contraceptif.

Leur contraception était soit le préservatif, soit la pilule dont l'utilisation était aléatoire. Ce constat est comparable à d'autres études (78)(79).

En Finlande, une enquête conduite auprès de 1269 femmes en 2002 (« Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion ») (80) montrait que les facteurs de risque d'effectuer des IVG à répétition étaient : l'antécédent d'IVG, la parité, l'âge jeune, le tabagisme et l'absence de présence à la visite de contrôle après l'IVG.

En dehors de la parité, ces facteurs de risque n'ont pas pu être mis en évidence ici.

Cette étude avait montré également que le choix du contraceptif après l'avortement avait un effet important sur le taux d'IVG répétitifs.

L'utilisation du stérilet diminuait de manière significative le taux d'IVG répétitifs, contrairement à l'implant transdermique et à la pilule contraceptive.

Dans les résultats de notre enquête, en Polynésie française, aucune n'utilisait de dispositif intra-utérin.

Il serait donc utile de favoriser ce type de contraception chez ces femmes qui ont des difficultés à utiliser les autres modes de contraception de manière efficace.

De plus, il faut insister auprès des patientes sur la nécessité de la visite de contrôle qui est l'occasion de s'assurer de la couverture contraceptive après l'IVG (81).

d) Les mineures et la prise de contraceptifs

Les jeunes femmes sont le plus souvent lycéennes ou jeunes étudiantes et sont confrontées à un problème financier vis-à-vis du coût des consultations médicales et de l'achat des contraceptifs. De plus, elles ont souvent besoin d'une confidentialité concernant leur vie sexuelle et leur contraception.

Afin de remédier à ces difficultés, « le pass contraception » a été mis en place en île de France depuis avril 2011.

Pour rappel, les lycéens de seconde reçoivent, via l'infirmière du lycée, un chéquier constitué de cinq coupons : deux donnent un accès gratuit, en tiers payant, à une consultation médicale, deux autres à l'accès gratuit en pharmacie au contraceptif prescrit, soit 2 ordonnances de 3 mois, et un dernier à un examen biologique.

Les parents des lycéens ne sont pas informés des actes ou achats effectués en tiers payant, l'anonymat étant ainsi conservé.

Il serait envisageable d'organiser ce type de prise en charge en Polynésie française en permettant aux mineures et très jeunes femmes d'accéder en tiers payant aux consultations médicales nécessaires à la prise de contraceptif et en leur donnant un accès gratuit au contraceptif prescrit en pharmacie.

Ce « pass contraception » a suscité beaucoup de controverses en France métropolitaine et il faudrait s'attendre au même type de réactions en Polynésie française.

Tout d'abord, le monde religieux pense qu'il s'agit là d'une incitation à la sexualité chez les mineures.

A la vue du poids que représente la religion en Polynésie française, cet obstacle n'est pas à négliger.

Cependant cette étude aura montré que la religion tenait une place minime dans la prise de décision de l'IVG chez les femmes qui se présentaient au CHPf.

Aussi, les parents de ces jeunes femmes se disent évincés de la vie personnelle, de la santé et de la prise médicamenteuse de leur enfant.

On a vu dans cette étude que de nombreuses mineures refusaient de discuter de leur grossesse en cours avec leur famille.

Même si on ne trouvait pas que ce refus retardait la prise en charge, il concernait tout de même 23% des patientes, 82% d'entre elles étant mineures.

Le rapport « pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures » (61) a montré que parler de contraception avec les parents multiplie par deux le recours à la contraception lors du premier rapport.

Ainsi, même s'il ne faut pas freiner la prise de contraceptif à cause d'un refus de l'anonymat souhaité par les jeunes patientes, il est important en parallèle de favoriser le dialogue entre les parents et les enfants sur cette question.

Ceci peut être le rôle du médecin de famille mais aussi de campagnes d'information et de prévention.

4.4.4) L'accès à l'information

a) Le problème de la découverte tardive de la grossesse

Diverses études ont déjà cherché à comprendre pourquoi les femmes pouvaient tarder à consulter pour leur demande d'IVG, notamment une étude anglaise effectuée en 2005 et portant sur 883 femmes qui se présentaient au second trimestre de grossesse (28).

71% des femmes disaient avoir pris du retard dans la suspicion de la grossesse.

Pour 49% d'entre elles cela était dû à des règles irrégulières, pour 42% à des saignements gynécologiques persistants et pour 29 % à l'usage de contraceptif.

Enfin, pour 79% des femmes, il y avait également eu un délai pour se décider à effectuer l'IVG, pour la plupart car elles n'étaient pas sûres de vouloir l'IVG.

Pour ce qui est de l'étude portant sur les femmes ayant fait leur demande au CHPf, seules 27% ont expliqué les raisons de la méconnaissance de leur grossesse : pour 10% il s'agissait de saignements gynécologiques persistants, pour 4% d'une irrégularité de règles et pour 13% d'une négligence de l'aménorrhée et des signes sympathiques de grossesse.

Par ailleurs, un tiers des patientes disait avoir pris du retard dans la prise de rendez-vous du fait de leur hésitation à poursuivre la grossesse.

Alors que seules 8% des femmes qui diagnostiquaient leur grossesse avant 11 SA avaient eu des saignements pendant leur grossesse, elles étaient 22% à 11 SA et plus.

Ni la contraception ni l'irrégularité de règles ne semblaient retarder le diagnostic de grossesse dans cette étude.

Aussi, les femmes qui hésitaient avaient tendance à mettre plus de temps à consulter à partir de la découverte de la grossesse avec 40% d'entre elles qui avaient 2 semaines ou plus d'attente versus 27% chez celles qui ne disaient pas hésiter.

Globalement, les deux tiers des patientes de notre étude avaient mis une semaine ou moins à consulter à partir du moment où elles avaient pris connaissance de leur grossesse.

Le facteur décisif dans l'âge tardif de la demande d'IVG semble donc être le problème de la découverte tardive de la grossesse.

L'enjeu serait donc d'apprendre aux femmes polynésiennes à détecter leur grossesse au plus tôt afin qu'elles puissent effectuer une IVG dans les délais légaux avec la méthode de leur choix.

En leur enseignant aussi les situations à risque de grossesse dans leur vie sexuelle, au mieux elles pourraient utiliser de manière adéquate la contraception d'urgence et au pire surveiller leurs cycles ou effectuer un test de grossesse en vue de réaliser une IVG dans les meilleurs délais.

Encore une fois, il s'agit là d'organiser une information destinée à ces femmes, tant dans les structures scolaires que dans les centres médicaux, voire par le biais des médias.

En terme d'action, il conviendrait concrètement d'organiser une information utilisant des modes de communication adaptés (schémas, dessins, bandes dessinées en français et en polynésien) sur des supports de communication simples comme l'affiche ou le dépliant, dont l'intérêt est de rester disponible au domicile.

b) L'information aux mineures

Dans notre étude, 70% des patientes mineures se disaient mal ou non informées.

De plus, 80% des femmes qui mettaient deux semaines ou plus à consulter étaient mal informées contre 48% chez celles qui avaient consulté avant deux semaines.

Afin de pallier à ce manque il serait possible d'organiser le même type de structure que celle d'« INFO-ADO » initiée à Poissy en 1992 et à Strasbourg en 1998.

Il s'agit d'interventions effectuées de manière confidentielle dans les collèges et lycées dans lesquelles les élèves peuvent discuter de manière ouverte de sexualité et de contraception, le

plus souvent avec des internes de médecine générale et des sages femmes.

A l'issue de ces interventions, il leur est possible de recevoir gratuitement des préservatifs et des contraceptifs.

Il est important durant ces réunions de rappeler quels sont les différents contraceptifs mis à leur disposition et leur bon usage. Sachant que l'échec du préservatif est fréquent (68), il est donc recommandé d'utiliser la pilule et le préservatif.

Mais devant l'oubli fréquent de la pilule, il est important de rappeler les délais et circonstances dans lesquels il est recommandé d'utiliser une contraception d'urgence.

Rappelons qu'aucune des patientes interrogées au CHPf ne disait avoir utilisé une contraception d'urgence alors que 100% de celles qui utilisaient une contraception avouaient l'oubli de leur pilule ou l'échec de préservatif.

Il est à noter qu'il n'existe pas véritablement de centre de planification en Polynésie française où les mineures pourraient bénéficier de conseils et d'une contraception gratuite comme cela se fait en France métropolitaine (64).

Enfin, quand on sait que les deux tiers des 48 patientes interrogées avaient mis une semaine ou moins à consulter à partir du moment de la découverte de la grossesse, il paraît évident que le problème principal est la découverte tardive de la grossesse.

27% de ces femmes avouaient avoir tardé à consulter par méconnaissance de la grossesse et 13% par négligence du retard de règles et des signes sympathiques de grossesse.

L'éducation des mineures, concernant la surveillance de leurs cycles et les signes sympathiques de grossesse, est donc très importante pour avancer la date de demande d'IVG (82).

Aussi il paraît indispensable de mettre en place une campagne d'information annuelle tant dans les établissements scolaires qu'au niveau du territoire polynésien via les médias : distribution de dépliants éducatifs, campagne d'affichage, spots publicitaires à la radio ou à la télévision.

5) CONCLUSION

Le taux élevé d'IVG tardives chez les femmes polynésiennes peut s'expliquer par de nombreux facteurs.

Une situation de précarité se retrouvait chez beaucoup de demandeuses d'IVG dont le terme était à 11 SA ou plus.

En effet, 40% des femmes interrogées étaient au chômage et la moitié décidait l'IVG pour des raisons financières.

Pour les aider à accéder plus facilement aux contraceptifs, on pourrait remettre en question la nécessité de la prescription médicale obligatoire et réfléchir à un système de prise en charge gynécologique, en tiers payant, en libéral ou dans le cadre de centres de planification familiale.

Les moins de 20 ans représentaient 42% des individus de notre étude.

Ces très jeunes femmes avaient une moins bonne couverture contraceptive et étaient moins bien informées que leurs aînées. Nous pourrions leur proposer une prise en charge anonyme et gratuite des consultations et des prescriptions relatives à la contraception. Il serait judicieux, en matière d'information, de cibler les mineures qui se disaient mal informées pour 70%. Elles pourraient être conseillées via un système de prise en charge scolaire et des campagnes d'information adaptées par le biais des médias.

Les problèmes logistiques, tant liés à la configuration géographique de la Polynésie française qu'aux difficultés de transport sur l'île de Tahiti semblaient retarder la prise en charge de ces femmes.

Il conviendrait de multiplier les centres de prise en charge des IVG à proximité des patientes et quand cela est nécessaire, faciliter les déplacements tant en évacuation sanitaire qu'au sein même de l'île de Tahiti.

Les femmes de l'étude, pour la plupart jeunes ou défavorisées se dirigeaient préférentiellement dans des structures médicales de premier recours : dispensaire, médecin généraliste, Centre de la Mère et de l'Enfant. Il paraît indispensable d'améliorer l'information et la prise en charge vis-à-vis de la contraception et des demandes d'IVG dans ces structures.

Dans une politique de prévention, l'amélioration de la couverture contraceptive semble être un point essentiel.

En effet les deux tiers des patientes de notre étude n'utilisaient aucun contraceptif.

La plupart de celles qui avaient une contraception en faisaient une mauvaise utilisation. Il convient donc d'améliorer l'usage des contraceptifs en adaptant le choix du contraceptif à l'utilisatrice, qui doit être formée sur sa bonne utilisation, notamment en cas d'oubli.

Afin d'éviter les IVG répétitives, il faudrait s'assurer de la bonne couverture contraceptive, après une première IVG, en favorisant l'utilisation des dispositifs intra-utérins et en insistant sur l'importance de la visite de contrôle post-IVG.

Un autre point fondamental de la prévention de ces IVG tardives paraît être l'information des patientes sur le sujet de la contraception et des IVG.

Il est à noter que dans notre étude, les femmes consultaient tardivement pour la plupart car elles avaient découvert leur grossesse tardivement. Effectivement, les deux tiers avaient mis une semaine ou moins pour consulter à partir de la découverte de la grossesse.

Il s'agit donc bien là d'un manque d'éducation à la vie sexuelle qui devrait commencer dès l'adolescence et perdurer dans les différentes structures médico-sociales de la société polynésienne.

Cette première étude portant sur le taux élevé d'IVG tardives en Polynésie française aura permis de générer de nombreuses hypothèses quant aux raisons qui poussent un nombre important de femmes polynésiennes à consulter tardivement pour une IVG.

Elle reste cependant une enquête observationnelle portant sur un représentatif, mais petit, échantillon de 48 patientes.

Afin d'améliorer l'étude des femmes qui effectuent une demande d'IVG, il serait intéressant que la direction de la santé en Polynésie française rende la « fiche de recueil IVG » plus exhaustive afin d'examiner de plus près les problèmes auxquelles ces femmes sont confrontées et ainsi proposer des campagnes de prévention adéquates.

BIBLIOGRAPHIE

1. Paccoud G, Vendittelli F, Pons J-C. Modifications de la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse: lecture et interrogations d'acteurs de terrain = Induced abortion in France: new legislation and questions from healthcare providers. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction*. 2002;31(2):152-161.
2. loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
3. loi n°79-1204 du 31 décembre 1979 relative à l'interruption volontaire de grossesse.
4. Pierre F, Carbonne B. [A few practical ideas concerning the application of the law on voluntary pregnancy interruption]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2001 déc;30(8):727-731.
5. Gillon R. Is there a « new ethics of abortion »? *J Med Ethics*. 2001 oct;27 Suppl 2:ii5-9.
6. Gupta S. Early non-surgical abortion--give women the choice. *Human Reproduction*. 1998;13(9):2379 -2381.
7. prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Recommandations et références professionnelles. 2001.
8. W.Ashok P, Kidd A, M.M.Flett G, Fitzmaurice A, Graham W, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks gestation. *Human Reproduction*. 2002;17(1):92-98.
9. Mangione R, Fries N, Godard P, Fontanges M, Haddad G, Mirless V, CFEF. Devenir des foetus présentant une ou plusieurs malformations découvertes avant 14 SA Ou la découverte d'une malformation à l'échographie du premier trimestre est-elle responsable d'interruption volontaire de grossesse? Comparaison avant/après juillet 2001 = Outcome of fetuses with malformations revealed by echography during the first trimester. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008;37:154-162.
10. Jegoudez Mouillier R. prise en charge des interventions volontaires de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée en 2009. 2009;

11. Nisand I. rapport du Pr Nisand sur l'IVG en France. 1999 févr;
12. délibération N°2002-55 APF du 28 mars 2002 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Journal Officiel de la Polynésie française. 2;
13. Regnault JM. la lente application de l'IVG. Histoire de l'Assemblée de la Polynésie française.
14. Aubin C, Jourdin Menninger D. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. inspection générale des affaires sociales; 2009.
15. Mou Y, Renou L, Tourneux M. Annexe 4 : collectivité de Polynésie Française du rapport IGAS sur l'évolution de l'impact de la loi du 4 juillet 2011 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception en Polynésie Française.
16. données IVG en PF de 2003 à 2009.
17. M Koskas, M Jerbi, J Boccara, A Trie, D Jannet, V Lejeune, L Brun, O Camagna, J Milliez, et B Carbonne. Particularités techniques de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction. 34(4):334-338.
18. F Bacle, F Boufassa, J Lambert, P Lefebvre, C Soulat, et L Meyer. Iconographies supplémentaires de l'article : Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 34:339-345.
19. Largeaud M, El Guindi W, Perotti F, Montoya Y, Carles G, Seve B. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 9 à 14 semaines d'aménorrhée: Étude prospective de 105 cas à Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane française). Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction. 2004 avr;33(2):119-124.
20. Guillem P, Racinet C, Leynaud A, Benbassa A, Cans C. Évaluation de la morbidité maternelle après interruption médicamenteuse de grossesse à partir de 12 semaines d'aménorrhée. La Revue Sage-Femme. 2004 juin;3(3):121-132.
21. Loppion A. Le Vécu des méthodes chirurgicale et médicale dans les IVG tardives : étude comparative dans les centres hospitaliers de Rennes et Vannes. 2006;

22. Bianchi-Demicheli F, Kulier R, Perrin E, Campana A. Induced abortion and psychosexuality. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000 déc;21(4):213-217.
23. S Dupont. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction.* 2004;33(2):125-130.
24. Mariutti MG, Furegato ARF. [Protection and risk factors for women's depression after abortion]. *Rev Bras Enferm.* 2010 avr;63(2):183-189.
25. Bianchi-Demicheli F. [Psychiatric and psychological consequences of abortion]. *Rev Med Suisse.* 2007 févr 14;3(98):401-402, 404, 406-407.
26. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2003 déc;23(7):929-958.
27. Clarke L. The person in abortion. *Nurs Ethics.* 1999 janv;6(1):37-46.
28. Lee E, Ingham R. Why do women present late for induced abortion? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2010;24:479-489.
29. Moreau C, Bajos N, Bouyer J, Groupe Cocon. Les conditions d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France = Acces to health care for induced abortions: analysis by means of a french national survey. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie.* 2005;36(1):77-87.
30. Fer Y. religion en Polynésie française : du protestantisme au pentecôtisme-entretien avec Yannick Fer.
31. Drey EA, Foster DG, Jackson RA, Lee SJ, Cardenas LH, Darney PD. Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstet Gynecol.* 2006 janv;107(1):128-135.
32. Perrin E, Bianchi-Demicheli F. L'interruption volontaire de grossesse à l'intersection de différentes problématiques sociologiques.
33. Kirkman M, Rowe H, Hardiman A, Mallett S, Rosenthal D. Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12(6):365-378.

34. Font-Ribera L, Pérez G, Salvador J, Borrell C. Socioeconomic Inequalities in Unintended Pregnancy and Abortion Decision. *J Urban Health*. 2008 janv;85(1):125-135.
35. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: a systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*. 2010;81(5):372-388.
36. Penney G. Treatment of pain during medical abortion. *Contraception*. 2006 juill;74(1):45-47.
37. Bardin CW, Robbins A, O'Connor BM, Spitz I. Medical abortion. *Curr Ther Endocrinol Metab*. 1997;6:305-311.
38. Baird DT. Medical abortion in the first trimester. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2002 avr;16(2):221-236.
39. Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD002855.
40. Nothnagle M, Taylor JS. Medical methods for first-trimester abortion. *Am Fam Physician*. 2004 juill 1;70(1):81-83.
41. Hamoda H, Templeton A. Medical and surgical options for induced abortion in first trimester. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2010;24(4):503-516.
42. Garbin O, Vayssiere C, Bettaharlebuge K, Nisand I. Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 weeks' gestation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2006;129(1):36-40.
43. Briand E. Evaluation des IVG tardives (entre 12 et 14 SA) au CHU de Rennes de janvier 2007 à mars 2009. 2010;
44. Daniel Balvet. L'interruption volontaire de grossesse « tardive », un retour au médico-chirurgical. *Inter Bloc*. 2006;15:4.
45. Say L, Kulier R, Gülmezoglu M, Campana A. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD003037.

46. Kahn JG, Becker BJ, MacIsaac L, Amory JK, Neuhaus J, Olkin I, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception*. 2000 janv;61(1):29-40.
47. Chelly D, Najjar I, Boudaya F, Affes M, Zouaoui B, Sfar E, et al. Two medical abortion regimens for late first-trimester termination of pregnancy: a prospective randomized trial. *Contraception*. 2010;:323-327.
48. ISPF démographie 2009.
49. tama en chiffres 2009.
50. AFD et ISPF. enquête sur les conditions de vie en Polynésie française. 2009.
51. délibération no 83-122 AT du 28 juillet 1983 instituant une carte sanitaire en Polynésie française.
52. Mou Y, Cerf N, Beck F. Alimentation et corpulence en Polynésie française. *Bull Epidemiol Hebd*. 2009;:48-49-50.
53. C.c PP. ADOPTION DES ENFANTS POLYNESEIENS - DAP - Enfants fa'a'amu: ATELIER DE REFLEXION AJPF - DAP et la coutume de l'enfant FA'A'AMU en Polynésie française [Internet]. ADOPTION DES ENFANTS POLYNESEIENS - DAP - Enfants fa'a'amu. 2009 déc [cité 2011 mai 23]; Available from: <http://ajpfadoption.blogspot.com/2009/12/atelier-de-reflexion-ajpf-dap-et-enfant.html>
54. Fer Y. L'évangile relationnel. Genève: Labor et Fides; 2005. p. 85-185.
55. Gill R. Response to: The human embryo in the Christian tradition. *Journal of Medical Ethics*. 2005 déc 1;31(12):713 -714.
56. Lyerly AD, Little MO, Faden RR. A Critique of the 'Fetus as Patient'. *Am J Bioeth*. 2008 juill;8(7):42-W6.
57. Himma KE. A dualist analysis of abortion: personhood and the concept of self qua experiential subject. *J Med Ethics*. 2005 janv;31(1):48-55.
58. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*. 2010;340.

59. Trussell J, Stewart F, Potts M, Guest F, Ellertson C. Should oral contraceptives be available without prescription? *Am J Public Health*. 1993 août;83(8):1094-1099.
60. Munasinghe S, van den Broek N. Abortions in adolescents. *Trop Doct*. 2005 juill;35(3):133-136.
61. Nisand I, Toulemon L. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Haut Conseil de la Population et de la Famille; 2006.
62. Meyrick J. Repeat use of contraceptive crisis services among adolescent women. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001 janv;27(1):33-36.
63. Zabin LS, Sedivy V. Abortion among adolescents: research findings and the current debate. *J Sch Health*. 1992 sept;62(7):319-324.
64. Kulczycki A, Potts M, Rosenfield A. Abortion and fertility regulation. *Lancet*. 1996 juin 15;347(9016):1663-1668.
65. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. service des recommandations professionnelles de l'Anaes. déc 2004.
66. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plan Perspect*. 2003 mars;29(1):6-13.
67. Moreau C, with Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCOON Group. Contraception at the time of abortion : high-risk time or high-risk women? *Human Reproduction*. 2006;21(11):2862-2867.
68. Moreau C, Trussell J, Rodriguez N, Bajos N, Bouyer J. Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey. *Human Reproduction*. 2007;22(9):2422-2427.
69. Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006 juill;74(1):56-60.
70. Rowlands S. Contraception and abortion. *J R Soc Med*. 2007 oct;100(10):465-468.
71. Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*. 2009 oct;80(4):355-362.
72. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*. 2008 janv;77(1):10-21.

73. Hubacher D, Lara-Ricalde R, J.Taylor D, Guerra-Infante F, Guzman-Rodriguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl Med* . 2001 août ;345(8).
74. Goodman S, Hendlish SK, Reeves MF, Foster-Rosales A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*. 2008 août;78(2):143-148.
75. Lähteenmäki P. Postabortal contraception. *Ann. Med.* 1993 avr;25(2):185-189.
76. Kaminski M, Crost M, Garel M. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG = Repeat induced abortions in France : national statistics. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1997;25(2):152-158.
77. Madden T, Westhoff C. Rates of follow-up and repeat pregnancy in the 12 months after first-trimester induced abortion. *Obstet Gynecol*. 2009 mars;113(3):663-668.
78. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 2005 mars 1;172(5):637-641.
79. Palanivelu LM, Oswal A. Contraceptive practices in women with repeat termination of pregnancies. *J Obstet Gynaecol*. 2007 nov;27(8):832-834.
80. Heikinheimo O, Gissler M, Suhonen S. Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*. 2008 août;78(2):149-154.
81. Alouini S, Uzan M, Méningaud JP, Hervé C. Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2002 août 5;104(1):43-48.
82. Stephenson J, Strange V, Allen E, Copas A, Johnson A, Bonell C, et al., the RIPPLE Study Team. The Long-Term Effects of a Peer-Led Sex Education Programme (RIPPLE): A Cluster Randomised Trial in Schools in England. *PLoS Med*. 2008 nov 25;5(11):e224.

ANNEXE 1

FICHE DE RECUEIL IVG

Date de l'intervention :

Identification du praticien :	CACHET
<input type="checkbox"/> C.H.P.F.	
<input type="checkbox"/> Hôpital d'UTUROA	
<input type="checkbox"/> Hôpital de TAIOHAE	
<input type="checkbox"/> Clinique CARDELLA	
<input type="checkbox"/> Clinique PAOFAI	
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	

Age de la patiente au moment de l'intervention :

Date des dernières règles : Date de début de grossesse :

Age de la grossesse (SA) : Terme de la grossesse :

Moyen de datation :

<input type="checkbox"/> Echographie	<input type="checkbox"/> Clinique
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	

Technique utilisée :

<input type="checkbox"/> Chirurgicale	<input type="checkbox"/> Médicale
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Médicale et Chirurgicale

Situation sociale à risque :

<input type="checkbox"/> Divorce, Séparation	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Violence
<input type="checkbox"/> Isolement Matériel	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Plus de 5 enfants	<input type="checkbox"/> Pauvreté
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Mineur / Scolaire

Accord parental :

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Sans objet car majeur

Complications :

<input type="checkbox"/> Rétention du fœtus	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Infection	<input type="checkbox"/> Hémorragie
<input type="checkbox"/> Dispositif intra-Utérin	<input type="checkbox"/> Décès
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Utérus anormal

Existence de la Consultation Sociale : Oui Non

Anesthésie :

<input type="checkbox"/> Péridurale	<input type="checkbox"/> Générale
	<input type="checkbox"/> Autre, préciser :

Contraception proposée :

<input type="checkbox"/> Implanon	<input type="checkbox"/> Pilule
<input type="checkbox"/> Progestérone	<input type="checkbox"/> DIU (stérilet)
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Refus
	<input type="checkbox"/> Ligature des trompes

Parité :

Antécédent IVG :

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> Aucun
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------

ANNEXE 2

Formulaire destiné aux patientes se présentant au delà de 12 SA (y compris au delà de 14 SA)

Questionnaire anonyme et confidentiel

Le but de ce questionnaire est d'essayer de comprendre les raisons de l'âge tardif de votre demande d'IVG afin de trouver des solutions pour anticiper davantage les demandes d'IVG.

1) Votre situation personnelle :

a) Age :

b) Terme actuel (en SA) :

c) Terme au diagnostic de grossesse (en SA) :

d) Parité (nombre des grossesses antérieures et âge à ce moment):

e) ATCDs d'IVG (nombre et âge à ce moment) :

f) Situation sociale :

- professionnelle :

- conjugale : mariage, concubinage, célibat

- localisation et type de logement :

- île :

- ville, quartier :

- maison, appartement (préciser T1, T2, T3 ...) :

- nombre de personnes vivant dans le logement :

- confort : eau, électricité, chambre personnelle :

- difficultés personnelles éventuelles :

g) Mode de contraception au moment de la conception :

si aucun : pourquoi ? (représentation de la contraception, manque d'information, mauvaise tolérance...)

2) Analyse des raisons de l'âge tardif de la demande d'IVG:

a) La ou les raisons de la prise de conscience tardive de la grossesse :

- irrégularité de règles : oui - non

- poids : , taille :

- ovaires poly kystiques : oui - non

- irrégularité existant depuis toujours : oui - non

- irrégularité existant depuis une contraception : oui - non

si oui, laquelle ?

- saignements pendant le début de grossesse : oui - non

- contraceptif pendant la grossesse : oui - non

si oui lequel ?

- déni de grossesse : oui - non

si oui, raisons :

b) Problèmes d'accessibilité aux structures de soins :

- date en SA de votre demande de RDV :

- si problème de disponibilité du médecin de famille, infirmière scolaire ou autre, le préciser :

- difficulté d'accessibilité géographique : oui - non

si oui, raisons :

- éloignement de l'île par rapport aux structures de prise en charge, coût des transports, rareté des transports, préciser :

- si problème d'accessibilité personnel, préciser :

c) Problème d'information :

- méconnaissance des délais des IVG : oui - non

- méconnaissance des structures disponibles : oui - non

- comment avez vous été informé du centre IVG de Mamao ?

- suggestions pour une amélioration de l'information sur l'IVG :

d) Pressions extérieures (je ne désire pas poursuivre la grossesse mais j'ai subi des pressions extérieures) : oui - non

Si oui, nature des pressions :

- pression des parents, familiale, préciser :

- pression du conjoint, préciser :

- pression religieuse, préciser :

- autre, préciser :

**e) Problèmes personnels qui ont retardé la demande d'IVG:
oui - non**

si oui, leur nature (rapport non désiré, inceste, refus d'en parler, hésitation à poursuivre la grossesse, représentation de la grossesse ou de la maternité, autre) :

f) Cas où la grossesse serait désirée mais l'IVG est décidée pour des contraintes extérieures (financières, pression familiale, pression conjugale, professionnelle, de scolarité, autres) :

oui - non

si oui, préciser :

g) Qu'est ce qui aurait permis une prise en charge de votre demande d'IVG à un terme plus précoce, à votre avis ?

Le problème des IVG tardives en Polynésie française**RESUME**

Objectifs : Il existe un taux important d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) tardives (entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée) en Polynésie française. L'objet de cette recherche est d'explorer les raisons qui amènent les femmes polynésiennes à consulter tardivement pour leur demande d'IVG.

Méthode : Les données sont issues d'un questionnaire rempli, sous la tutelle d'une sage femme, lors de la première consultation de demande d'IVG. L'enquête porte sur toutes les femmes s'étant présentées au Centre Hospitalier de Polynésie française à 11 semaines d'aménorrhée entre le 6 juillet 2010 et le 15 avril 2011, soit 48 patientes.

Résultats : Les résultats montrent que ces femmes souffraient de précarité. Les moins de 20 ans représentaient 42% des individus, avec un niveau d'information et une utilisation moindre de la contraception que leurs aînées. Les problèmes logistiques d'éloignement entre les îles et de transport sur l'île de Tahiti retardaient l'accès à la première consultation de demande d'IVG. Les deux tiers des femmes interrogées n'avaient pas de couverture contraceptive et les autres en faisaient presque toutes un mésusage. Le retard de consultation était pour la plupart lié à une découverte tardive de la grossesse puisque les deux tiers des patientes mettaient une semaine ou moins à consulter à partir de la découverte de la grossesse.

Conclusion : L'étude montre que le taux important d'IVG tardives est lié à de nombreux facteurs socioéconomiques. Ces résultats rendent compte de la nécessité d'une politique de prévention portant tant sur la contraception, l'information et l'éducation à la sexualité que sur la multiplication des centres médico-sociaux avec une meilleure prise en charge des patientes en leur sein.

MOTS-CLES

IVG tardive, Polynésie française, contraception