

Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?

Nathalie Bajos¹, Caroline Moreau¹, Henri Leridon¹, Michèle Ferrand²

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 569/IFR 69, Institut d'études démographiques, U14 et Paris XI

² Institut de recherche sur les sociétés contemporaines et Institut national d'études démographiques

Cet article a été publié dans *Population et sociétés*, n°407/décembre 2004, Institut national des études démographiques

Le 21 décembre 1974, le Parlement adoptait la loi Veil, promulguée le 17 janvier 1975, autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sous certaines conditions. Le texte imposait un réexamen après 5 ans et, le 31 décembre 1979, le Parlement confirmait la loi de 1974. Fin 1982, le remboursement de l'acte par la sécurité sociale était voté. Plus récemment, la loi du 4 juillet 2001 a assoupli certaines dispositions (voir encadré).

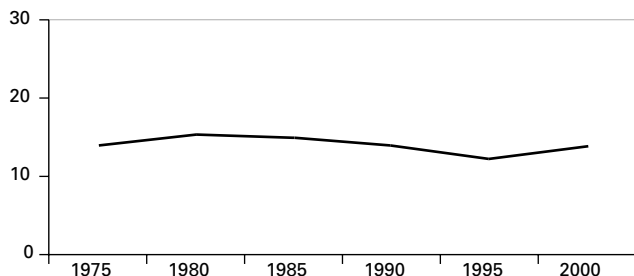
Le vote de 1974 traduisait l'évolution de l'opinion, qui s'était progressivement ralliée à l'idée d'une loi « libérale », la décision étant laissée explicitement à la femme que sa grossesse « plaçait dans une situation de détresse ». L'interruption volontaire de grossesse reste un acte médical particulier en ce qu'il engage des questions éthiques et philosophiques spécifiques : le droit à la vie, le droit de disposer de son corps, la relation à la maternité et au désir d'enfant, les rapports de couple, etc. En contrepartie de la liberté de décision laissée à la femme, la loi a donné la possibilité au médecin – fait exceptionnel – de refuser de pratiquer cet acte.

Considérant l'IVG comme un ultime recours, les législateurs espéraient que le développement parallèle de la pratique contraceptive (légalisée par la loi Neuwirth de 1967 et dont le remboursement avait été voté quelques jours avant la loi Veil) conduirait à une diminution progressive du recours à l'avortement. Trente ans après la promulgation de la loi, l'IVG reste pourtant aussi fréquente qu'à la fin des années soixante-dix (figure).

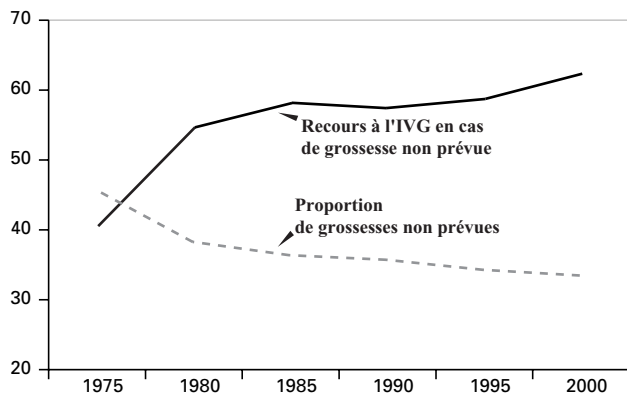
Figure 1

Fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France

a) Nombre annuel d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans



b) Proportion de grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesses non prévues)



Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

Un paradoxe : la contraception a progressé, mais le nombre d'IVG n'a pas baissé

Ainsi, en dépit d'une diffusion massive de la contraception médicale (pilule et stérilet), le recours à l'IVG est resté étonnamment stable depuis 1975 : le taux oscille autour de

14 avortements annuels pour 1 000 femmes de 15 - 49 ans, soit environ 200 000 IVG chaque année 5⁽¹⁾ (figure 1) ; on estime que près de 40 % des femmes y auront recours dans leur vie. Cette stabilité globale semble, toutefois, masquer une hausse des taux chez les moins de 25 ans [1]. Il ne faudrait pas en déduire que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG. Mais la liaison est complexe, le recours à l'IVG étant un processus résultant de la succession de plusieurs événements. Il faut d'abord que la femme ait des rapports sexuels alors qu'elle ne souhaite pas être enceinte, ensuite, qu'elle n'utilise pas de méthode pour éviter une grossesse ou qu'elle connaisse un échec de contraception. Face à une grossesse non prévue, il faut qu'elle choisisse de l'interrompre plutôt que de la poursuivre, et qu'elle accède à temps au système de soins dans le contexte prévu par la loi : terme de la grossesse, lieu de l'intervention, etc. Dans une telle succession d'événements, la stabilité du nombre d'IVG peut traduire soit la stabilité de chacun d'eux, soit des évolutions contraires qui se compenseraient globalement.

Les femmes exposées au risque de grossesse ne sont pas plus nombreuses aujourd'hui que dans les années 1970 : l'âge au premier rapport sexuel n'a que légèrement diminué [2], la fréquence des rapports sexuels est restée stable et la proportion de femmes sans enfant également. Quant aux femmes exposées au risque de grossesse non prévue, elles sont moins nombreuses qu'il y a quelques années en raison d'une plus grande diffusion de la contraception moderne : en 1978, 52 % des femmes « au risque » utilisaient une méthode médicale (pilule ou stérilet) et la proportion est aujourd'hui de 82 % [3]. Il en est résulté une diminution du nombre de grossesses non prévues qui représentaient 46 % des grossesses vers 1975, 36 % quinze ans plus tard, 33 % aujourd'hui⁽²⁾ (figure 1).

Un recours plus fréquent l'IVG en cas de grossesse non prévue

Si l'on considère que l'évolution des conditions d'accès à l'IVG n'a guère eu d'impact sur la demande des femmes, la stabilité des taux d'IVG semble bien alors traduire une hausse de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue. Alors que 4 grossesses non prévues sur 10 (41 %) se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de 6 sur 10 aujourd'hui (62 %) (figure 1) [3]. La tendance semble particulièrement marquée chez les très jeunes femmes : en dépit d'une baisse significative des conceptions, elles recourent plus souvent à l'IVG depuis une dizaine d'années [4].

Cette modification de l'usage de l'IVG s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes caractérisé notamment par l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins. La contraception et, en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de maternité choisie, contribuant ainsi à redéfinir la parentalité au féminin, comme au masculin. L'enfant doit aujourd'hui être « programmé » dans un contexte affectif stable et au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents. En outre, les grossesses non prévues ne surviennent pas dans les mêmes circonstances qu'auparavant. Les relations sexuelles hors contexte de conjugalité sont plus fréquentes et l'âge à la première maternité plus tardif. Celle-ci survient 9,5 ans en moyenne après les premiers rapports sexuels, contre 5,5 ans il y a 25 ans. Les couples sont par ailleurs confrontés plus souvent à des phases d'instabilité socio-économique qui touchent plus particulièrement les femmes. Tout se passe comme si la nouvelle norme procréatrice et l'évolution des trajectoires socio-affectives se conjugaient pour augmenter la propension à avorter en cas de grossesse non prévue. Celle-ci annule

⁽¹⁾ La France se situe à un niveau moyen en Europe, derrière les pays scandinaves et de l'Europe de l'Est, mais devant les pays d'Europe de l'Ouest, en particulier les Pays-Bas où le taux annuel est de 7 pour mille.

⁽²⁾ L'utilisation massive du préservatif (souvent sans pilule) en début de vie sexuelle pourrait, cependant, entraîner davantage d'échecs dans les premiers mois d'utilisation [5]

statistiquement l'effet de la hausse de l'utilisation de la contraception moderne, qui a entraîné une diminution du nombre de grossesses accidentelles.

Y-a-t-il des femmes à risque ou des situations à risque d'IVG ?

Les informations enregistrées dans le bulletin d'IVG⁽³⁾ permettent de dresser un profil socio démographique succinct des femmes recourant à l'IVG [1]. Le taux de recours à l'IVG augmente d'abord avec l'âge de la femme pour atteindre un maximum à 20 - 24 ans (27,4 p. 1 000) et il décroît ensuite. Toutes les catégories sociales sont concernées. Quant aux femmes (assez peu nombreuses) recourant de façon répétée à l'IVG, elles semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières [6].

Tableau 1

Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998)

Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,1
Pilule	23,1
Stérilet	7,0
Préservatif	19,3
Méthode naturelle	19,1
Autre méthode	3,4
Total	100,0

Source : Enquête Cocon 2000

Note : l'enquête Cocon a été réalisée avec le soutien de l'Inserm, l'Ined et la laboratoire Wyeth-Lederlé.

Au moment où est survenue la grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 28 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22 % une méthode naturelle, 19 % le préservatif (tableau 1). Mais l'échec peut survenir même en cas d'utilisation d'une méthode réputée efficace : 23 % des femmes prenaient la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à un oubli de prendre les comprimés.

Les raisons à l'origine des échecs sont variées [3,5]. Au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception dans certains groupes, et de l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse, ces raisons renvoient à la non reconnaissance sociale de la sexualité de certaines femmes, des jeunes en particulier, qui obère leur entrée dans une démarche contraceptive. Les échecs viennent aussi de ce que la méthode utilisée n'est pas toujours adaptée aux conditions de vie sociale, affective et sexuelle des femmes. La norme contraceptive qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité, relayée par la pilule dès que la relation se stabilise ; la contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est stable, ou supposée telle ; et le stérilet n'est prescrit que lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint [3]. Loin de faiblir, cette norme s'est encore renforcée au cours de la dernière décennie. Mais les logiques sociales gouvernant la vie des femmes ne cadrent pas nécessairement, à un moment donné de leur trajectoire personnelle, avec les impératifs de cette norme. Ainsi la pilule, dont l'efficacité théorique est la plus élevée de tous les moyens contraceptifs (à l'exception de la stérilisation et des implants) n'est pas forcément la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière (il est difficile de se protéger quotidiennement d'un risque que l'on n'encourt pas quotidiennement) ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale. Derrière ce constat, c'est la question de la prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription qui se trouve posée. Une véritable implication des femmes dans le choix de leur contraception permettrait sans doute de réduire l'écart entre l'efficacité théorique d'une méthode et son efficacité pratique.

Soulignons aussi qu'une femme ayant eu recours à l'IVG sur deux avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG, ce qui invite à porter une attention particulière aux phases de transitions contraceptives : début, arrêt, suspension. Enfin, le recours à la contraception d'urgence en cas d'échec reste peu fréquent [3] et on ne connaît pas encore l'impact que pourra avoir la diffusion de cette méthode sur le recours à l'IVG.

⁽³⁾ La loi de 1975, toujours en vigueur sur ce point, prévoit qu'un bulletin soit rempli lors de chaque IVG renseignant sur quelques caractéristiques sociodémographiques et médicales.

Une décision tenait compte du contexte affectif et matériel

Quand la grossesse non prévue survient dans le contexte d'une relation affective stable, la femme informe presque toujours son partenaire (97 % des cas), et huit fois sur dix les partenaires sont d'accord sur la décision à prendre. En cas de relation instable ou de rupture, 17 % des partenaires ne sont pas informés ; quand ils le sont, il y a accord dans 56 % des cas et en cas de désaccord, c'est plus souvent la femme qui souhaite l'IVG.

Les logiques sociales qui sous-tendent la décision d'interrompre la grossesse dépendent de la phase du cycle de vie. Ainsi, pour les femmes de moins de 25 ans, l'engagement scolaire est un élément déterminant. Ce constat rejoint les conclusions de nombreux travaux qui montrent que, dans les pays industrialisés, une maternité précoce apparaît comme un frein au déroulement d'une scolarité et donc à une bonne insertion professionnelle ultérieure. A l'inverse, quand les études ne représentent guère un investissement rentable, le choix d'une maternité précoce peut représenter un moyen d'acquiescer un statut et une identité sociale ; il en est de même quand on se réfère au niveau d'études du partenaire. Dans la même logique, l'IVG apparaît comme un moyen de reporter une maternité survenue trop tôt pour les femmes dans une situation professionnelle débutante. A 25 - 34 ans, âge habituel de la maternité, c'est le contexte affectif qui apparaît déterminant ; pour les mères d'au moins deux enfants, l'IVG est clairement le moyen d'éviter une naissance « de trop » ; enfin, chez les femmes de 35 ans et plus, la trajectoire professionnelle semble aussi déterminante que le contexte affectif.

Finalement, la décision d'avorter, loin de correspondre à un comportement « égoïste » qui conduirait la femme à interrompre sa grossesse seulement parce que celle-ci intervient à un moment qui ne lui convient pas, traduit l'attention portée aux conditions d'accueil de l'enfant. Il s'agit donc d'une anticipation par les femmes et les hommes de leur capacité d'engagement dans une parentalité où le contexte relationnel et matériel soit favorable, face aux aléas des parcours de vie.

Une prise en charge sanitaire encore problématique

Pour le corps médical l'interruption volontaire de grossesse est un acte peu gratifiant sur le plan professionnel. Quelle que soit la technique utilisée (chirurgicale et encore plus médicamenteuse), l'acte lui-même est considéré comme sans enjeu scientifique ou technique particulier et il est confié le plus souvent à des médecins ayant un statut professionnel précaire. La difficulté de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux dépasse largement la seule diminution du nombre de spécialistes en gynécologie-obstétrique. Elle participe du dysfonctionnement du système de prise en charge des IVG en France, qui a été récemment mis en évidence à partir d'une analyse de l'offre de soins [7]. Les problèmes rencontrés par certaines femmes, liés à l'insuffisance des capacités d'accueil, sont accentués par l'absence d'accompagnement dans leurs démarches : les filières d'accès au système de soins apparaissent parfois trop complexes. Les médecins généralistes sollicités pour une demande d'IVG semblent moins bien informés que les spécialistes sur les procédures à suivre [3]. On ne peut toutefois réduire les problèmes rencontrés par certaines femmes au seul manque d'information des professionnels concernés, car leurs pratiques renvoient aussi à leurs représentations de la légitimité de la demande des femmes [5]. Les femmes sont encore trop souvent confrontées à des propos culpabilisants de la part des professionnels de santé.

Avant le vote de la loi de juillet 2001, plusieurs milliers de femmes devaient chaque année se rendre à l'étranger pour avorter au-delà du délai légal de 12 semaines d'aménorrhée (14 aujourd'hui). Ces femmes ressentaient très fortement la stigmatisation due au fait qu'elles allaient faire dans un autre

LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LOI DU 4 JUILLET 2001

- L'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures.
- Le délai légal est allongé de 2 semaines (porté à 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée).
- La prescription du RU486 (avortement médicamenteux) par les médecins de ville est autorisée sous conditions.
- L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire, la présence d'un adulte référent est requise.
- Les médecins libéraux peuvent prescrire une contraception à une mineure sans autorisation parentale.

pays ce qui était interdit dans le leur, alors même que l'IVG y est légalisée, vivant comme une injustice cette situation. Les démarches et les problèmes financiers auxquels certaines étaient confrontées rendaient encore plus difficiles le parcours et le vécu de l'IVG [5]. On ne sait pas encore précisément comment la situation a évolué depuis 2001, mais les réactions de certains professionnels de santé au moment du vote de la loi laissent présager quelques difficultés dans ce domaine. On ignore aussi si la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville, autorisée depuis juillet 2004, permettra de pallier les difficultés de prise en charge des IVG à l'hôpital.

La légalisation de l'avortement, en France comme dans d'autres pays, a considérablement amélioré les conditions sanitaires de sa prise en charge, entraînant ainsi une réduction spectaculaire des complications graves et des décès : on compte aujourd'hui moins d'un décès par an lié à la pratique d'un avortement en France (0,3 décès pour 100 000 IVG) [8]. Précisons aussi que la légalisation de l'avortement n'a pas eu d'impact démographique. La fécondité française a fortement baissé de 1964 à 1976. Mais depuis 30 ans, le nombre d'enfants souhaité est resté inchangé et les femmes ont toujours autant d'enfants. Bien que la légalisation de l'IVG fasse l'objet d'un très large consensus dans l'opinion, les conditions d'application de certaines dispositions légales demandent toujours à être soutenues. En France, et encore plus fortement dans d'autres pays (aux États-Unis, notamment), certains groupes cherchent à empêcher la pratique d'IVG, ces agissements étant sanctionnés par la loi depuis 1992. Pour ces minorités, les objections

morales au principe de l'IVG sont incontournables et leur objectif reste la remise en cause des lois libérales. Par ailleurs, des réticences existent toujours chez certains médecins, soit sur le principe, soit sur telle ou telle disposition légale. Mais au total, c'est moins une remise en cause du droit à l'IVG que l'on peut craindre qu'une dégradation progressive de sa prise en charge.

RÉFÉRENCES

- [1] Villain A, et Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2002, Études et résultats n° 348, octobre 2004, Drees
- [2] Bozon M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Population & sociétés n° 391, juin 2003
- [3] Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête Cocon, Population 2004, 59 (3-4), p. 409-18
- [4] Kafé H, Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Population & Sociétés n° 361, octobre 2000
- [5] Bajos N, Ferrand M, l'équipe Gine. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues, Éditions Inserm, collection Santé publique, 2002
- [6] Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans trois centres français, contraception, fertilité, sexualité, 1996, 24(1), p. 72-6
- [7] Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, février 1999
- [8] Anaes. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, Paris, Anaes, mars 2001

APPEL À COMMUNICATIONS

« Journées de veille sanitaire »

Organisées par l'Institut de veille sanitaire

29-30 novembre 2005, Cité des sciences, Paris

Contexte

Depuis sa création, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a organisé des journées scientifiques dans le but de faire connaître la teneur de ses travaux. Mais la veille sanitaire est l'affaire de tous, et si la loi en confie la responsabilité à l'InVS, le champ est universel et les opérateurs multiples. De plus, les résultats doivent être connus de tous ceux qui ont besoin, les décideurs pour agir, les citoyens pour être informés, mieux prendre en compte et participer à l'élaboration des politiques de santé.

Objectifs et public cible

Dans ce contexte, l'InVS a souhaité élargir le champ de ses journées scientifiques et mettre en place les « Journées de veille sanitaire ».

Ces journées se proposent d'être un lieu privilégié d'échanges entre les différents acteurs de la veille sanitaire (professionnels de santé publique, professionnels de soins, chercheurs, décideurs, citoyens) et de mettre en lumière l'importance des collaborations.

Pour atteindre cet objectif, ces journées seront organisées autour de sessions plénières, de sessions parallèles thématiques et de présentations affichées.

Thèmes

Aucun thème relatif à la veille sanitaire et à l'épidémiologie d'intervention n'est exclu. Cependant, quatre grands axes seront privilégiés :

Veille sanitaire et utilisation de systèmes d'information

Quelle utilisation peut-on faire des données recueillies par des systèmes d'information dont l'objectif premier n'est pas orienté vers la surveillance ou l'alerte ?

Veille sanitaire et recherche

Comment la recherche et la veille sanitaire s'enrichissent-elles mutuellement pour aboutir à la mise en place de nouveaux systèmes de surveillance et à l'identification de nouveaux facteurs de risque ?

Veille sanitaire et place des citoyens

Quel rôle les citoyens revendiquent-ils ? Quel rôle leur accorde-t-on ?

Veille sanitaire et dimension internationale

Quelles coopérations faut-il mettre en œuvre pour construire des réseaux européens et internationaux de surveillance et d'alerte ?

Informations générales

Journées de veille sanitaire

Dates : **mardi 29 novembre 2005** de 9 h à 18 h

mercredi 30 novembre 2005 de 9 h à 18 h

Lieu : Cité des sciences, Paris

Organisateur : Institut de veille sanitaire

Comment proposer une communication ?

Les participants désirant présenter une communication sont invités à soumettre un résumé au comité des journées. Celui-ci ne doit pas dépasser 400 mots, il doit être dactylographié avec double interlignage et doit :

- > comporter le titre de la communication en lettres minuscules ;
- > suivre le plan IMRD : introduction, méthodes, résultats, discussion ;
- > ne pas contenir de graphiques, tableaux, abréviations, figures, références bibliographiques ;
- > contenir le nom, le prénom des auteurs, l'organisme auquel ils appartiennent ;
- > mentionner l'adresse complète de l'auteur correspondant (numéro de téléphone, adresse électronique, etc.) ;

Les auteurs doivent également mentionner sous quel thème ils souhaitent que leur communication soit présentée et leur préférence pour une présentation orale ou affichée.

Les résumés doivent être envoyés par courriel à :

appelcommunicationJS2005@invs.sante.fr au plus tard le 30 avril 2005.

Les auteurs recevront :

- > un accusé de réception de leur résumé ;
- > la décision du Comité des journées fin mai 2005.

Évaluation des résumés

Tous les résumés seront évalués par un comité de pairs qui jugera la pertinence du thème, la qualité scientifique et la clarté du texte. L'auteur principal recevra une réponse quant à l'acceptabilité du résumé et le mode de présentation retenu (orale ou affichée).

Les résumés sélectionnés pour communication (orale ou affichée) feront l'objet d'une publication distribuée aux participants lors des journées.