



Haut Conseil de la Population et de la Famille



**Pour une meilleure
prévention de l'IVG
chez les mineures**

Rapport présenté par
Israël NISAND et Laurent TOULEMON

Décembre 2006

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. L'IVG CHEZ LES MINEURES	5
1.1. Situation des mineures face à l'IVG en France	5
1.2. Une prévention insuffisamment efficace chez les jeunes	6
➤ L'absence de contraception :	6
➤ Le mauvais usage de la contraception :	7
2. LES OBSTACLES A UNE CONTRACEPTION EFFICACE	9
2.1 L'insuffisance des actions d'information	9
2.2. Le coût de la contraception	10
2.3. La prescription médicale obligatoire	10
3. DES MESURES POUR UNE MEILLEURE PREVENTION DE L'IVG DES MINEURES	13
3.1. Un accès informé, confidentiel et gratuit à la contraception	13
➤ Des actions d'information auprès des jeunes, notamment dans les établissements scolaires :	13
➤ Des mesures pour faciliter l'accès effectif des mineurs à la contraception :	14
3.2. Des expérimentations réussies	14
➤ INFO-ADO :	14
➤ L'exemple d'une vallée reculée : la vallée de la Bruche en Alsace	15
3.3. Une prise en charge généralisable	15

CONCLUSION

ANNEXE : EPIDEMIOLOGIE DE L'IVG EN FRANCE

RAPPORTEURE :

Marie FONTANEL, Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

INTRODUCTION

Le contrôle des naissances est un droit fondamental des femmes consacré par la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse. Chaque femme connaît en moyenne une grossesse non prévue dans son existence et l'interrompt une fois sur deux.

La légalisation de l'avortement n'a pas entraîné sa banalisation, pas plus qu'elle n'a conduit au relâchement de la contraception. L'avortement en France joue essentiellement un rôle palliatif lors de l'échec de la contraception. Pour la grande majorité des femmes (sept sur dix), le recours à l'IVG est accidentel. La loi de 1975, revue et modifiée en 2001, est globalement bien appliquée.

On observe ainsi **une stabilisation du nombre des IVG dans notre pays depuis 1990, à hauteur de 200 000 par an**, après une baisse dans les années 1980 qui traduisait probablement une meilleure utilisation et un meilleur accès à la contraception¹, sauf chez les mineures où le recours plus fréquent à l'IVG en cas de grossesse, maintient le nombre des IVG à un niveau élevé.

On compte en **2004 13 400 interruptions volontaires de grossesses commencées avant 18 ans**². Les adolescentes de France voient leur taux d'IVG se maintenir au fil des années, et même probablement augmenter depuis dix ans.

Or l'IVG et la contraception d'urgence sont devenues anonymes et gratuites alors que la contraception orale, le choix préventif le plus efficace, reste toujours payante, ou remboursable sur la sécurité sociale des parents, ce qui restreint les possibilités de confidentialité pourtant nécessaires à cet âge. **Le choix de la France apparaît donc mal adapté puisqu'il est exclusivement curatif au lieu d'être surtout préventif.** Tout le monde peut s'accorder sur l'idée qu'il vaut mieux prévenir les IVG chez les jeunes plutôt que d'avoir à les réaliser, que ce soit du point de vue éthique, psychologique ou économique.

*"Il faut tenter de donner sens à la trajectoire d'une adolescente qui inverse les étapes de sa propre maturité"*³.

"Elle a encore besoin de protection, et elle a déjà besoin d'indépendance. Elle vit encore sous le regard de ses parents, et elle vient de laisser se constituer un lien qui doit

¹ Les problèmes d'exhaustivité perturbent l'appréciation exacte de l'évolution en niveau, mais l'analyse du phénomène et de sa transformation au cours des deux dernières décennies est possible. L'imprécision relative des statistiques nationales empêche donc de chiffrer avec exactitude cette baisse et la stabilisation qui l'a suivie. Voir cependant Annick VILAIN, 2006, « les interruptions volontaires de grossesse en 2004 », Études et résultats, n° 522, septembre 2006.

² Dont 1 200 ont lieu après 18 ans, à la suite d'une conception avant le 18ème anniversaire. En 2004 on a compté 12 200 IVG effectuées sur des jeunes filles avant leur majorité et 17 400 sur des femmes âgées de 18 ou 19 ans, soit 29 600 IVG de femmes de moins de 20 ans, in Annick VILAIN, 2006, « les interruptions volontaires de grossesse en 2004 », Études et résultats, n° 522, septembre 2006.

³ MOLENAT F. *Mères vulnérables, les maternités s'interrogent*. Ed. Stock, 1992.

*échapper à leur regard. Sa jeunesse a besoin d'eux, et sa pudeur a besoin d'ombre. Ainsi naît l'intime, ce noyau autour duquel l'identité personnelle se déploie et se développe*⁴.

L'objet de ce rapport est **de proposer des mesures préventives** qui devraient permettre d'améliorer la situation des adolescentes qui, dès le début de leur vie sexuelle, risquent de se voir confrontées à une grossesse non désirée et donc de diminuer leur recours à l'IVG. Ces mesures devraient avoir des répercussions à terme sur le nombre global d'IVG en France, l'amélioration de l'éducation et de l'information des adolescentes n'étant pas sans conséquence sur la gestion ultérieure de leur fécondité.

⁴ LEMPERT B. *Pour que la loi protège l'intime*. In : 12^{es} Journées Nationales d'Etudes sur l'Avortement et la Contraception, ANCIC, Marseille, 6-7/6/1997.

1. L'IVG CHEZ LES MINEURES

1.1. Situation des mineures face à l'IVG en France

Parmi les femmes confrontées à une grossesse non désirée et à la décision de l'interrompre⁵, on peut isoler une catégorie de risque épidémiologique particulier, celui des mineures. Bien que cela n'ait pas été totalement démontré⁶, il est vraisemblable que les IVG les plus susceptibles de laisser des séquelles psychologiques sont celles des jeunes de moins de 18 ans.

Près de trois grossesses sur cinq commencées avant 18 ans aboutissent à une interruption volontaire, soit 13 400 IVG en 2004.

De plus, le nombre d'enfants nés de mères de 18 ans et moins était en 1987 de 6 043 et de 646 pour les mères de moins de 16 ans. Depuis, le nombre de conceptions chez les adolescentes a baissé, mais, quand elles surviennent inopinément, ces grossesses aboutissent moins souvent à une naissance⁷.

Evolution des IVG des mineures par rapport à la population générale⁸

	1980	1990	1995	1997	2004
IVG - de 18 ans		8 751	8 331	9 022	12 219
Total IVG déclarées	245 000	197 406	179 648	192 000	210 664
IVG pour 100 conceptions avant 18 ans	51	60		68	61
IVG pour 100 conceptions (ensemble des femmes)	23	21	20	21	22
Accouchements de mineures	10 614	5 357		4 170	4 500

Lorsque l'IVG est pratiquée chez les jeunes, elle est plus souvent tardive que pour l'ensemble des femmes qui avortent. Or on sait que l'IVG tardive comporte plus de risque.

De plus, un jeune âge à la première grossesse est un facteur de risque de recours répété à l'IVG⁹.

⁵ Cf. annexe sur l'épidémiologie de l'IVG en France.

⁶ car peu de travaux scientifiques se sont focalisés sur ce sujet.

⁷ BROUARD N., KAFE H. *Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ?* Population et Sociétés, 2000, 361 : 1-4. VILAIN A., 2006, *les interruptions volontaires de grossesse en 2004*, Études et résultats, n° 522.

⁸ HASSOUN D. *Les conditions de l'interruption de grossesse en France*. Contracept. Fertil. Sex., 1997, 25, 915-20. BROUARD, KAFE, op. cit (1980, 1990, 1997), VILAIN 2006, op. cit ; et données du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Service du droit des femmes), Sources SESI (INSEE).

⁹ KAMINSKI M., CROST M., GAREL M. *Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG*. Contracept. Fertil. Sex., 1997, 25, 152-8.

Si la libéralisation de l'avortement n'a pas produit d'augmentation des IVG, la diffusion large, en revanche, d'une contraception médicalisée et efficace n'a pas fait diminuer aussi rapidement qu'on aurait pu l'espérer le nombre d'avortements, tout particulièrement chez les mineures.

1.2. Une prévention insuffisamment efficace chez les jeunes

Les échecs de la contraception sont fréquents chez les adolescents. La première raison tient à leur fertilité élevée. Une étude comparative des échecs de contraception chez les adultes et les adolescentes¹⁰ montre deux particularités :

- une absence totale de contraception plus fréquente chez les adolescents (9,4 % contre 3,6 % chez les adultes) ;
- une proportion d'échec du préservatif significativement plus élevée chez les adolescentes (17,8 % contre 11,5 % chez les adultes).

Ainsi, chez les adolescents, la contraception n'est pas suffisamment efficace, soit qu'elle soit totalement absente, soit qu'elle soit mal maîtrisée.

➤ L'absence de contraception

Les deux facteurs sociologiques qui influencent le comportement contraceptif des jeunes sont¹¹ :

- l'aspect occasionnel des rapports où 38 % des filles ne prennent aucune contraception (contre 6 % en cas de partenaire stable) ;
- l'information par les parents, qui multiplie par deux le recours à la contraception lors du premier rapport.

L'âge médian du premier rapport sexuel est situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons ; après avoir baissé dans les années 1980, il est stable depuis 10 ans¹².

Parmi les jeunes sexuellement actifs, 87 % déclarent avoir mis un préservatif la première fois. Mais il est moins utilisé ensuite : 80 % des garçons et 53 % des filles déclarent l'avoir utilisé lors de leur dernier rapport sexuel (avant l'entretien d'enquête). Les jeunes vivant avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) ont davantage recours au préservatif (89 %) que les jeunes issus de familles monoparentales (83 %) ou recomposées (82 %), et déclarent avoir eu moins de rapports sexuels que ces derniers. On peut donc dire que l'éducation pour la santé se fait principalement dans le milieu familial où peut se produire un

¹⁰ ZUFFEREY M.M., SCHMIDT N. *L'échec contraceptif chez 720 adolescentes demandant une interruption de grossesse*. Méd. et Hyg., 1992, 50, 1277-84.

¹¹ Le recours à la contraception se développe chez les jeunes Allemands, Epidemiologisches Bulletin, 1998, 41, 289-90, cité par APM, ap/eh/APM ac 98 21IJ1850.

¹² Baromètre santé-jeunes 1997-1998, Comité Français d'Education pour la Santé, BP 51, 92174 - Vanves cedex. Interrogés par téléphone, 4 115 jeunes âgés de 12 à 19 ans, scolarisés ou non, ont parlé de leur vie affective et sexuelle. Les résultats ont été comparés à ceux obtenus par l'INSERM sur 12 391 élèves de collèges et lycées entre 1988 et 1993.

échange sur les règles de vie. "Le rôle de la famille n'a pas été suffisamment pris en compte jusqu'à présent dans les stratégies de prévention mises en place en direction des adolescents"¹³.

Près de 96 % des jeunes sont sous contraception lors du premier rapport sexuel à la fin des années 1990, et 65 % ont pris la pilule dans les douze mois suivant les premiers rapports. Cependant le recours à la contraception n'est pas systématique dans des situations instables. Les peurs des jeunes au début de leur vie amoureuse concernent plus la permanence de la relation avec leur partenaire que les écueils constitués par la grossesse non désirée ou les MST. Les méthodes les plus efficaces ne sont pas bien adaptées à une activité sexuelle irrégulière et il est donc difficile de promouvoir chez les jeunes une contraception qui fasse partie de la vie de tous les jours.

Les jeunes filles surestiment largement certains risques, en particulier les risques de stérilité ultérieure ou de cancer et sont peu nombreuses à connaître les effets positifs sur la santé de la contraception orale. Il y a donc un rejet de la pilule sur la base de connaissances imprécises voire erronées qui accroît le risque de grossesse non désirée, en particulier par l'utilisation de moyens peu efficaces de contraception.

➤ Le mauvais usage de la contraception :

Les IVG consécutives à des échecs du préservatif ne remettent pas en cause sa performance contraceptive mais montrent que le **préservatif utilisé isolément dans un but contraceptif constitue une méthode insuffisamment efficace chez les jeunes**. Alors que certains auteurs s'attendaient à une diminution des IVG chez les jeunes grâce aux campagnes pour la prévention des MST, c'est au contraire une augmentation qui a pu être mesurée, par exemple en Suisse où, en 1989, pour 30 % des adolescentes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse, un préservatif avait été le seul moyen de contraception.

Des proportions similaires ont été observées en Grande Bretagne¹⁴ où l'échec du préservatif est donné comme responsable de 43 % des IVG. Les IVG dues à l'échec du préservatif comme contraception sont passées aux Etats-Unis¹⁵ de 15 % à 32 % en quelques années. Il est bien sûr difficile de distinguer dans ces études le réel échec de la méthode car l'utilisation du préservatif est souvent alléguée par les jeunes confrontés à une grossesse non désirée.

En Allemagne, la proportion des jeunes qui n'ont recours à aucun moyen de contraception lors du premier rapport a baissé en 15 ans notamment chez les filles (de 29 % en 1980 à 11 % en 1998¹⁶). Pour 68 % des filles et 55 % des garçons, le préservatif est cité

¹³ SUBTIL M.P. *Les situations familiales des adolescents influencent leur état de santé*. Le Monde, 23/11/98.

¹⁴ GRIFFITHS M. *Contraceptive practices and contraceptive failure among women requesting termination of pregnancy*. Brit. J. Fam. Plan., 1990, 16, 16-18.

¹⁵ HENSHAW S.K., KOST K. *Abortion patients in 1994-1995 : Characteristics and contraceptive use*. Family Planning Perspectives, 1996, 28 : 140-7 & 158.

¹⁶ sondage effectué sur 2 476 adolescents entre 14 et 17 ans par EMNID à la demande de la centrale fédérale pour l'information sanitaire publié par le bulletin de l'institut Robert Koch d'épidémiologie.

comme le moyen contraceptif de prédilection, alors que 16 % des jeunes ne prennent que la pilule et que 16 % utilisent les deux. Néanmoins, la préférence pour le préservatif cède du terrain en faveur de la pilule : questionnés sur leurs derniers rapports, 40% des filles et 52% des garçons ont indiqué avoir utilisé un préservatif, contre des taux respectifs de 73% et 65% pour la pilule. De même, la contraception devient habituelle lorsque la fréquence des rapports augmente (1% des filles et 3% des garçons n'ont pas utilisé de contraceptifs lors des derniers rapports).

Pour les adolescents, le préservatif seul n'assure pas une prévention efficace des grossesses non désirées ; c'est donc l'utilisation simultanée de la pilule et du préservatif qui doit être recommandée.

2. LES OBSTACLES A UNE CONTRACEPTION EFFICACE

La politique de prévention par la contraception n'est aujourd'hui pas adaptée à la situation spécifique des mineures qui présente trois caractéristiques :

- une vulnérabilité et une sous-information au commencement de leur vie amoureuse ;
- le besoin de confidentialité, voire de secret autour de la vie sexuelle, amplifié dans certaines situations familiales jusqu'à devenir un impératif vital lorsque la culture ou la religion prohibent toute relation sexuelle en dehors du mariage ;
- l'absence ou la faiblesse des ressources financières.

Or, à ce jour, seules l'IVG et la contraception d'urgence (la « pilule du lendemain ») assurent la confidentialité et la gratuité dans notre pays, sauf à se rendre dans un centre de planification familiale.

Le manque d'informations des adolescentes, le coût de la contraception et le principe de la prescription obligatoire constituent donc bien des obstacles¹⁷ à une contraception efficace.

2.1 L'insuffisance des actions d'information

“On apprend aux jeunes à traverser les rues sans se faire renverser, mais on ne leur apprend pas à débuter leur vie sexuelle sans rencontrer les écueils que celle-ci peut receler”.

Si l'IVG de la femme adulte cache souvent une ambiguïté face à la reproduction et un désir inconscient de grossesse, voire un accident de contraception, en revanche, l'IVG de la femme jeune recouvre habituellement un manque de connaissances qui est confirmé par de nombreuses enquêtes.

En classe de troisième, deux tiers des jeunes filles pensent que les premiers rapports ne sont pas fécondants, et les trois quarts sont persuadées qu'il est impossible d'être fécondée lorsqu'on a un rapport pendant les règles.

De plus, cette situation est largement corrélée au milieu social et culturel d'origine. Quand le milieu familial ouvert peut suppléer à la carence informative, les jeunes filles sont moins exposées à la grossesse non désirée. L'inégalité est accrue dans les familles où, en cas de grossesse, il n'est absolument pas possible d'en parler.

¹⁷ en dehors des obstacles psychologiques pour lesquels une prévention s'avère difficile voire impossible car ils illustrent souvent l'ambiguïté des femmes face à leur désir de grossesse. De plus des obstacles dans les contraintes de la vie courante peuvent rendre difficile l'adoption d'un comportement contraceptif efficace. BAJOS N., FERRAND M. (eds) et l'équipe GINÉ. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris : INSERM, 2002, 348 p. Coll. Questions en santé publique.

2.2. Le coût de la contraception

Le deuxième obstacle à l'utilisation d'une contraception efficace est constitué par son coût.

En France, un certain nombre de pilules contraceptives sont remboursées à 65 % ainsi que les examens complémentaires générés par la surveillance médicale de cette thérapeutique. Certaines pilules récentes, les pilules dosées à 20 microgrammes par exemple, ne sont pas remboursées.

Le dispositif intra-utérin (stérilet) est également remboursé à 65 %, mais sur la base d'un tarif forfaitaire bien inférieur au tarif réel. Les consultations médicales de prescription, ou de pose pour le stérilet, sont remboursées dans les mêmes conditions.

Si les mineures et les femmes sans couverture sociale peuvent obtenir gratuitement leurs moyens contraceptifs dans les centres de planification familiale, il n'en va pas de même dans les autres structures d'accueil volontiers fréquentées par les jeunes, en particulier chez les médecins traitants, qui sont souvent le seul médecin qu'ils connaissent.

Les préservatifs, en revanche, ne sont pas du tout pris en charge par la Sécurité sociale.

2.3. La prescription médicale obligatoire

La prescription médicale obligatoire pour l'obtention d'une contraception orale a été contestée en Grande Bretagne et aux Etats-Unis¹⁸. Cette obligation peut constituer un obstacle à l'accès à la contraception, en particulier chez les jeunes qui craignent l'examen gynécologique et n'ont souvent pas l'argent nécessaire pour payer les honoraires du médecin. Le manque d'ordonnance pour un renouvellement de pilule figure parmi les causes d'IVG. Un bilan avantages/inconvénients sur cette nécessité d'une prescription médicale est donc proposé à juste titre par Buekens et Kaminski¹⁹, car les risques liés à la contraception sont faibles et les contre-indications formelles rares.

Une large information sur la contraception d'urgence, tout particulièrement auprès des jeunes, a accompagné la mise sur le marché de celle-ci. On a même su, à cette occasion, créer une filière directe de remboursement des pharmaciens pour qu'ils la délivrent gratuitement. Si on avait voulu que les jeunes se servent de cette méthode de manière systématique et itérative, on n'aurait pas procédé autrement. En effet, pour la contraception

¹⁸ TRUSSELL J., STEWART F., POTTS M. *Should oral contraceptives be available without prescription ?* Am. J. Public Health, 1993, 83: 1094-9.

¹⁹ BUEKENS P., KAMINSKI M., *Méthodes contraceptives et avortement. Des progrès importants mais des questions encore non résolues.* In : La santé des femmes. SAUREL-CUBIZOLLES M.J., BLONDEL B., Flammarion, Paris, 1996.

d'urgence (dont l'efficacité est insuffisante²⁰), la gratuité et l'anonymat se sont rapidement diffusés, sans que l'on ait eu la même démarche pour la contraception réelle (de loin la plus efficace). Les pharmaciens en attestent qui voient revenir plusieurs fois par semaine les mêmes jeunes femmes, après chaque rapport. Cette simplicité d'accès devrait servir de modèle à la délivrance de la contraception pour les mineures.

Le nombre de femmes ayant leur premier rapport sans contraception efficace pourrait être diminué en facilitant la délivrance de la première contraception orale et en limitant les circonstances où une ordonnance médicale est indispensable, tout particulièrement pour la première utilisation, qui survient souvent dans une relative urgence.

Cependant, dans l'état actuel des connaissances, ce serait une erreur de dispenser systématiquement les jeunes femmes du contact médical préalable à la contraception orale : l'évaluation des risques repérés lors de l'entretien avec le médecin et le choix du type de contraception orale adaptée à la patiente constituent bel et bien une démarche d'ordre médical.

²⁰ Son efficacité n'est que de 85 % lorsqu'elle est prise dans les 12 heures qui suivent le rapport et elle tombe à 54 % lorsqu'elle est prise dans les 48 heures.

3. DES MESURES POUR UNE MEILLEURE PREVENTION DE L'IVG DES MINEURES

3.1. Un accès informé, confidentiel et gratuit à la contraception

Les IVG chez les mineures pourraient être évitées par des actions d'information auprès des jeunes, notamment dans les établissements scolaires, et par un accès effectif à la contraception.

➤ Des actions d'information auprès des jeunes, notamment dans les établissements scolaires

Il y a schématiquement quatre acteurs qui peuvent jouer un rôle dans l'information des jeunes sur ces sujets :

- les parents ;
- les enseignants ;
- le corps médical ;
- et les structures sociales de prévention.

Il est aisé de démontrer que, pour des raisons psychologiques évidentes, ni les parents, ni les enseignants désignés par les parents pour éduquer leurs enfants ("pro-parents") ne sont les mieux placés pour aborder aisément et au bon moment (c'est-à-dire avant les premières expériences sexuelles) les questions de contraception et pour donner aux jeunes les conseils élémentaires sur les précautions à prendre pour éviter les grossesses non désirées. Les parents ont avant tout un rôle d'éducation à la morale. Or les informations qui doivent alors être délivrées constituerait une véritable licence si elles émanaient de la bouche des parents.

C'est donc un corps médical au sens large qui doit remplir ce rôle, après avoir été formé pour le faire. Car, le médecin de famille (connu par l'enfant) est rarement consulté dans ce contexte et ce pour trois raisons :

- les jeunes ignorent l'existence du secret professionnel et redoutent que le médecin de famille parle aux parents de leur sexualité naissante ;
- les jeunes ne peuvent disposer de l'argent nécessaire pour payer une consultation médicale, si modique soit-elle ;
- les jeunes femmes redoutent par-dessus tout l'examen gynécologique malheureusement souvent imposé par des médecins insuffisamment préparés à la contraception de cette classe d'âge.

Il faut pallier ces trois causes d'échec de l'approche médicale traditionnelle.

➤ Des mesures pour faciliter l'accès effectif des mineurs à la contraception

Les exigences de confidentialité, de gratuité et de proximité pour l'accès des adolescents à la contraception peuvent être satisfaites, mieux qu'aujourd'hui, par la mise en place de dispositifs concertés au plan départemental, entre les divers acteurs de santé concernés.

Les centres de planification et d'éducation familiale jouent un rôle fondamental dans ce domaine. Mais pour une grande partie des mineures, particulièrement dans certaines zones géographiques, ces centres sont difficiles d'accès, d'autant que leur mode de fonctionnement n'offre pas toujours la souplesse requise.

L'objectif serait d'augmenter le nombre de lieux permettant un accueil gratuit et confidentiel des jeunes en quête d'informations, de conseils, et d'orientation. Consultation médicale et délivrance sur ordonnance de produits et dispositifs contraceptifs seraient également gratuits.

Dans tous les cas, pour être efficace, la prise en charge des frais devrait être assurée selon un processus similaire à celui imaginé pour la pilule du lendemain.

Des expériences innovantes mais limitées existent déjà et ont démontré leur efficacité ; il faut les généraliser à l'ensemble du territoire.

3.2. Des expérimentations réussies

➤ INFO-ADO

Ce type de structure (avec cette dénomination) a été initié au CHI de Poissy en 1992 pour desservir les 17 communes qui relèvent de cet hôpital intercommunal. Les établissements scolaires qui en ont bénéficié ont vu le taux d'IVG chez leurs jeunes diminuer notablement. Depuis la création d'INFO-ADO, chaque année, des milliers d'élèves assistent aux interventions dans les lycées et collèges et consultent sur place de manière à bénéficier de la confidentialité nécessaire à leur intimité.

Une structure INFO-ADO a également été créée au CHU de Strasbourg en novembre 1998, qui touche la moitié de la classe d'âge 14-15 ans dans les établissements scolaires de la communauté urbaine de Strasbourg. Trois structures publiques, bien repérées par les jeunes, les reçoivent gratuitement en milieu hospitalier pour les conseiller et leur donner gratuitement contraceptifs et préservatifs. L'achat des préservatifs et des contraceptifs nécessaires se fait sur la dotation de l'établissement. Les personnes qui interviennent dans les classes sont volontaires et les jeunes sont reçus par des internes de médecine générale (futurs généralistes) et des sages-femmes spécifiquement formés à cet accueil.

➤ L'exemple d'une vallée reculée : la vallée de la Bruche en Alsace

La vallée de la Bruche ne dispose d'aucune structure de planification familiale ; pour les adolescentes qui y résident, il est donc plus difficile d'obtenir une contraception en toute confidentialité. Cette situation rurale se traduit souvent par des grossesses non désirées dont la prise en charge est de plus tardive donc difficile.

Pour améliorer cette situation, une expérience a été mise en œuvre en 2002, visant à installer un système de prévention de la grossesse non désirée chez les adolescentes reposant sur les professionnels de santé qui y travaillent. Les généralistes intéressés et les douze pharmaciens de la vallée ont été réunis par un gynécologue participant à l'action Info-Ado. Participait également à cette réunion la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de Sélestat, caisse responsable de la Vallée de la Bruche.

Sur un fonds expérimental de la Sécurité sociale, il a été décidé de prendre en charge en tiers payant (non signalé aux parents) les consultations médicales nécessaires et les médicaments ainsi que les préservatifs.

Un protocole a été établi à l'intention des médecins participant à l'expérience. Il comprend :

- une participation à l'information dans les écoles ;
- l'absence d'examen gynécologique quand celui-ci n'est pas rendu nécessaire par la situation clinique ;
- des réponses aux questions posées par la jeune fille ;
- des explications sur les modalités d'utilisation des contraceptifs et des préservatifs ;
- l'identification des ordonnances par le sigle Info-ado pour que les pharmaciens puissent poursuivre la prise en charge adaptée ;
- l'acceptation d'un paiement direct par la Sécurité sociale pour ces consultations.

De même, les pharmaciens participant à cette action se sont engagés à fournir :

- un accueil le plus discret possible des jeunes filles munies d'une telle ordonnance ;
- des explications sur l'usage des produits délivrés ;
- le remboursement en tiers payant sous le même sigle informatique que la contraception d'urgence.

3.3. Une prise en charge généralisable

L'ensemble de cette prise en charge (même s'il est encore trop tôt pour évaluer son efficacité) est généralisable rapidement à tout le territoire national sous la forme de réseaux de prévention de l'IVG chez les jeunes femmes. Ces réseaux permettraient ainsi de ne pas se contenter de proposer des solutions que dans les villes.

Par ailleurs, des structures telles que celles mises en place par le Mouvement Français pour le Planning Familial, s'ajoutant aux centres de planification²¹ déjà existants, doivent être suggérées dans toutes les maternités du pays. Ces structures²² doivent comporter deux volets complémentaires :

- une **campagne annuelle d'information dans les établissements scolaires** alentour (d'ailleurs prévue par la loi en 2001). Le ministère de l'Education Nationale devrait vérifier que les établissements ont constituer leurs ressources de formation pédagogique dans ce domaine au niveau des classes de 3^{ème}, voire de 4^{ème} dans certains établissements (à l'estimation des directeurs d'établissement) ;
- un **accueil quotidien aux heures ouvrables, sans rendez-vous et sans qu'il soit nécessaire de donner son nom, par un médecin ou une sage-femme**, préparés à recevoir des adolescents qui viennent seuls ou à plusieurs (les internes de médecine générale doivent être formés à cet accueil qu'ils auront à réaliser plus tard lorsqu'ils seront installés comme omnipraticiens, de même que les élèves sages-femmes). Ce médecin (ou cette sage-femme) ne fait pas d'examen gynécologique, sauf s'il y a une demande ou une nécessité clinique. Il conseille, oriente, répond aux questions et aux angoisses que provoquent les premières expériences. **Il dispose de préservatifs gratuits acquis par l'hôpital à cet effet²³ ainsi que de contraceptifs œstro-progestatifs qui eux aussi sont délivrés gratuitement par la pharmacie hospitalière.** Cette dépense est d'ailleurs largement compensée par la baisse des IVG et une fongibilité entre ces deux comptes devrait être envisagée pour motiver les hôpitaux à peaufiner la prévention dans leur bassin d'intervention. Il n'y a pas de trace administrative de la consultation qui ne donne pas lieu à un remboursement de Sécurité sociale.

Bien que la pression des maladies sexuellement transmissibles ait ouvert une voie dans l'amélioration de l'information des jeunes du fait de la gravité des enjeux²⁴, il reste toujours une forte réticence des parents et des enseignants qui se traduit par la crainte d'initier des comportements sexuels plus prématûrement qu'ils n'auraient eu lieu spontanément. C'est pourquoi certains établissements scolaires ne sollicitent pas les interventions d'Info-Ado, ou les déguisent en prévention SIDA.

L'incitation des chefs d'établissements scolaires par le ministère de l'Education nationale à accepter de telles formations (qui surclassent, et de loin, l'efficacité du distributeur de préservatifs) est donc indispensable.

²¹ Ce terme est inadéquat pour les jeunes de même que le terme de "Planning Familial" car on est loin de penser à planifier les naissances à cet âge et le mot « famille » renvoie les jeunes à d'autres connotations. Il faut de plus que ces structures aient une base publique, ou prenant appui sur un service public dépendant de préférence de l'Etat.

²² Il n'est pas question de remplacer les structures de proximité très efficaces mais d'augmenter l'effort public en matière de prévention.

²³ sur la dotation globale de l'établissement.

²⁴ Les établissements scolaires, sous couvert de prévention des MST, ont été plus ouverts aux interventions des personnels de santé et les parents d'élèves ont mieux accepté ces interventions pour l'information de leurs enfants.

Le type de message transmis par les médecins, les sages-femmes, les infirmières, les psychologues, etc. qui participent au programme Info-ado a donc été soigneusement élaboré pour éviter trois écueils :

- celui de venir enseigner une technique ;
- celui de prétendre réaliser une “éducation sexuelle” ;
- celui de ne présenter la sexualité que sous la forme des risques auxquels elle expose.

Le discours mis en œuvre dans les écoles doit donc être véritablement humaniste et :

- replacer la relation sexuelle dans le contexte amoureux qui est le sien surtout chez les jeunes ;
- évoquer les différences de modalités de séduction entre garçons et filles et valoriser le consentement mutuel ;
- faire apparaître la prise de responsabilité en matière sexuelle comme étant un signe de maturité ;
- aborder de manière informative (voire médicale) les sujets qui intéressent les jeunes tels que l'homosexualité, la masturbation, la jouissance sexuelle, la virginité, les violences sexuelles et l'inceste.

Au total, ces interventions sont donc complexes (et ne se réduisent pas à une simple approche technique de contraception ou de prévention des MST). Elles nécessitent une réelle formation pour ceux ou celles qui ont le goût d'informer et ne se sentent pas gênés de parler de sexualité devant des classes d'adolescents et de répondre à des questions parfois délicates. Une formation de formateurs, au niveau régional, devrait être suggérée au travers des conférences régionales de la naissance ou des réseaux de périnatalité.

Il est bien sûr très difficile de chiffrer l'impact réel de telles actions (car cela supposerait des sondages ou une enquête qui risqueraient de faire perdre la notion de totale gratuité et de désintéressement), mais la simple observation de l'origine scolaire des jeunes filles qui sollicitent une IVG, confirme un réel impact de ce type de programme. De plus, la logique d'une telle action de prévention primaire est de considérer que chaque IVG évitée à cet âge justifie l'ampleur de l'effort.

Tous les centres chargés en France des IVG pourraient avoir à leur actif des actions de prévention et être évalués aussi sur ce point. Cette seule mesure incitative aurait un effet considérable sur l'ensemble du corps médical.

Préparer les jeunes gens à leur future vie sexuelle plutôt que de les consoler au passage dans les salles d'opération des hôpitaux, constitue un objectif facile à partager avec l'ensemble de la société française.

CONCLUSION

Ces mesures préventives devraient permettre de diminuer le nombre d'IVG des mineures, et probablement le nombre global d'IVG en France, l'amélioration de l'éducation et de l'information des adolescentes n'étant pas sans conséquence sur la gestion ultérieure de leur fécondité.

Elles mettraient fin à l'incohérence de notre système qui revient à faciliter le recours à la pilule du lendemain ou à l'IVG mais pas à la contraception en amont.

Il convient toutefois de rappeler que, malgré une politique plus volontariste de prévention des grossesses non désirées, il persistera toujours chez les adolescentes des demandes d'IVG parce que les méthodes contraceptives ne sont ni parfaites ni parfaitement utilisées et qu'il y a une réelle différence entre désir de grossesse et désir d'enfant. Contraception et avortement ne s'opposent donc pas toujours nécessairement.

"Il ne faut ni opposer contraception et avortement, en pensant que l'un est le substitut automatique de l'autre, ni croire qu'ils vont automatiquement de pair. La décision de recourir à l'IVG n'est pas de même nature que celle d'utiliser la pilule ou le stérilet... en matière de régulation des naissances, c'est la motivation qui prime sur la technique. De ce fait, elle l'emporte aussi le plus souvent sur la loi, quand celle-ci se borne à faciliter ou restreindre "l'accès aux différentes techniques"²⁵.

"Il n'y a pas de contradiction entre une pratique contraceptive rigoureuse et répandue et une résistance à une baisse rapide du nombre des avortements. Une grossesse refusée n'est pas nécessairement le fruit d'une conception involontaire ; elle peut résulter d'une pression de l'entourage à laquelle la femme a finalement cédé"²⁶.

On a pu calculer que si l'on augmentait la prévalence de la contraception de 50 % on ne diminuerait que de 32 % le nombre d'IVG²⁷. Ce chiffre montre que l'attention doit être prioritairement dirigée sur l'accès des jeunes à une contraception efficace. Mais l'avortement reste bien l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales. Ces considérations justifient la vigilance des pouvoirs publics sur l'accès correct à l'IVG des mineures dans le secteur public.

²⁵ TOULEMON L., LERIDON H. *Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements*. Population, 1992, 1, 1-46

²⁶ BLAYO C. *Le point sur l'avortement en France*. Population et Sociétés, 1997, 325 : 1-4.

²⁷ WESTOFF C.F. - *Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion*. Family Planning Perspectives, 1988, 20

ANNEXE

EPIDEMIOLOGIE DE L'IVG EN FRANCE

1. Le recueil d'information sur l'IVG en France

L'IVG est, en France, le seul acte médical ou médico-chirurgical, dont la réalisation nécessite une déclaration pour ne pas être illégal. Les bulletins statistiques individuels, anonymes, sont adressés sous plis confidentiels par les établissements hospitaliers aux médecins inspecteurs régionaux des DRASS.

L'article 16 de la loi de 1975 charge l'INED, en liaison avec l'INSERM, d'analyser et de publier les statistiques de l'IVG en France à partir du document de déclaration obligatoire anonyme théoriquement rempli lors de chaque IVG.

La France dispose ainsi d'informations statistiques qui permettent de décrire l'évolution du recours à l'IVG depuis 1976, certes avec quelques imperfections²⁸ mais avec cependant une bonne pertinence²⁹. Bien que l'obligation de déclarer les IVG ne soit pas toujours respectée³⁰, il est possible d'estimer la sous-déclaration par divers recouplements de discontinuités territoriales et temporelles et d'obtenir ainsi un nombre approximatif des IVG réalisées chaque année sur le territoire français. La sous-déclaration quantifiée à partir des statistiques d'activité hospitalière était en 1997 de 12 % pour l'ensemble de la métropole ; elle se répartissait en 5 % dans le secteur public et 25 % dans le secteur privé avec d'importantes variations selon les régions³¹.

Le rapprochement des bulletins d'IVG et des statistiques d'activité hospitalière a permis d'évaluer à entre 25 000 et 45 000 par an les IVG non déclarées en 1997. Depuis la situation s'est détériorée et on estime le nombre d'IVG en 2002 à 207 000, alors que 137 000 bulletins sont collectés. Le ministère de la santé et des solidarités n'assure plus la saisie régulière des bulletins d'IVG. Les données récentes se fondent donc sur la statistique annuelle d'établissements (SAE) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)³². Comme l'exhaustivité de ces sources s'est améliorée depuis 1995, la récente remontée du nombre d'IVG n'est pas certaine.

²⁸ KAMINSKI M., CROST M. *Les interruptions volontaires de grossesse : des caractéristiques stables*. Solidarité Santé, 1997, 2, 85-95.

²⁹ BLAYO C., *Le point sur l'avortement en France*. Population et Société, Bulletin mensuel de l'INED, 325, 1997.

³⁰ Un rappel sur la manière de remplir le bulletin obligatoire devrait être diffusé vers les médecins qui pratiquent des IVG ; en effet, nombreux sont ces bulletins qui sont remplis entièrement avant la procédure et sont donc incomplets voire totalement inexacts. En remplaçant la déclaration obligatoire par des enquêtes ciblées et dédiées on sortirait symboliquement l'IVG de cette situation de procédure d'exception pour les médecins qui la pratiquent.

³¹ Rapport sur le bulletin statistique IVG. Sesi, Groupe de travail sur les IVG, Janvier 1997. Les propositions techniques figurant dans ce rapport sont de nature à améliorer le recueil de données sur l'IVG, en particulier la meilleure diffusion des données nationales et un traitement des données à l'échelon régional.

³² Voir PRIOUX F., 2005, « *L'évolution démographique récente en France* », *Population*, n°4, p. 443-487 et ROSSIER Cl., PIRUS Cl., « *Combien d'interruptions volontaires de grossesse en France ? Une analyse de sources de données divergentes* », à paraître dans *Population*.

2. Quelques caractéristiques de l'IVG en France

Ce recueil de données, néanmoins représentatives de ce qui se passe dans la réalité, permet de montrer que **le recours à l'IVG est moins fréquent dans les dernières années, que lors de sa légalisation en 1975 :**

Evolution des IVG pratiquées et déclarées
d'après Chantal Blayo et Clémentine Rossier (INED)

	IVG pratiquées	IVG déclarées	Taux par femme	Taux pour 100 enfants nés
1976	250 000	134 000	0,67	34,8
1994	207 000	163 000	0,49	29,1
2002	207 000	126 000	0,51	26,8

La France se situe à une place moyenne dans l'Europe, avec un taux de 14 IVG par an pour 1000 femmes³³. On avorte plus qu'en Angleterre ou aux Pays Bas (7,4 pour 1000 par an, soit environ 0,3 avortement par femme), mais moins qu'en Suède (17 pour 1000) et qu'en Europe de l'Est. Toutes les catégories socioprofessionnelles ont recours à l'IVG³⁴.

³³ GUIGNON N. *Les interruptions de grossesse en France de 1980 à 1989*. Solidarité santé - Etudes statistiques, 1992, 4. VILAIN A., op. cit. en note 2.

³⁴ BUEKENS P., KAMINSKI M. *Méthodes contraceptives et avortement*. In SAUREL CUBIZOLLES M.J., BLONDEL B. « La santé des femmes », Médecine-Sciences Flammarion, 1996.

Nombre d'IVG par an pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans
dans quelques pays d'Europe en 2003

	Taux d'avortement	
	Pour 1000 par an	Par femme au cours de la vie (estimation)
Grèce (2000)	4,3	0,1
Belgique	6,4	0,2
Espagne	7,3	0,3
Allemagne	6,5	0,2
Pays-Bas	7,4	0,3
Suisse	5,9	0,2
Finlande	9,0	0,3
Italie (2000)	9,6	0,3
Danemark	12,5	0,4
République tchèque	10,6	0,4
Royaume-Uni (2000)	13,4	0,5
France	14,1	0,5
Suède	17,2	0,6
Slovaquie (2002)	15,3	0,5
Slovénie	13,7	0,5
Lituanie	12,9	0,5
Hongrie	22,0	0,8
Lettonie	24,6	0,9
Estonie	31,2	1,1

Sources : OMS-division de la population des Nations unies ; OMS-HFA ; DREES pour les données françaises.
D'après Vilain 2006. Les taux d'avortement par an sont convertis en taux d'avortement au cours de la vie en les multipliant par 35 pour 1000 (de 15 à 49 ans)

Les méthodes efficaces de contraception ont permis une diminution des naissances non désirées et des naissances mal planifiées³⁵. A la fin des années 1980 en France, on peut estimer le nombre de grossesses non désirées ou non planifiées à environ 350 000 par an ayant entraîné 200 000 IVG, auxquelles il faut ajouter 75 000 naissances non désirées et 75 000 naissances mal planifiées³⁶.

L'accès à l'IVG suppose un certain niveau d'information : il existe en effet des inégalités sociales dans la possibilité d'avoir recours à l'avortement et ceci a été démontré en Angleterre³⁷ chez les adolescentes où le pourcentage d'avortements chez les moins de 20 ans est d'autant plus élevé que l'on se trouve dans une région plus favorisée sur le plan économique. Aux Etats-Unis³⁸, le pourcentage de grossesses non planifiées est plus élevé dans les groupes sociaux défavorisés mais, en cas de grossesse non planifiée, le taux

³⁵ LERIDON H., TOULEMON L., *La fin des naissances non désirées*. In: Données sociales. Paris, INSEE, 1990:293-296

³⁶ par absence de contraception, par choix d'une méthode peu efficace ou encore par une mauvaise utilisation d'une méthode efficace.

³⁷ SMITH T. *Influence of socio-economic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies*. Br. Med. J., 1993, 306 : 1232-5.

³⁸ DARROCH FORREST J. *Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptive use*. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, 170 : 1485-9.

d'avortement est plus élevé dans les groupes intermédiaires que dans les groupes défavorisés. L'analyse des femmes concernées montre que ce sont essentiellement les femmes qui vivent seules qui ont recours à l'IVG. Les difficultés sont accrues pour les mineures qui ne savent pas toujours où s'adresser et cachent leur grossesse dans la plus grande solitude jusqu'à risquer de dépasser le délai légal.

Les IVG enregistrées en 1990 (170 428 bulletins) correspondent à des taux de 22 pour 100 naissances (30 pour 100 après correction de la sous-déclaration) et de 13 pour 1000 femmes de 15 à 44 ans³⁹.

En 1990:

- 51 % des femmes ayant eu une IVG étaient célibataires ;
- 10 % avaient moins de 20 ans ;
- 7 % avaient 40 ans et plus ;
- 42 % n'avaient pas d'enfant ;
- 16 % avaient 3 enfants ou plus ;
- 22 % avaient déjà eu une IVG auparavant.

Bien que beaucoup de bulletins manquent pour 2002, ces proportions apparaissent comme très stables depuis 1990.

Entre 1976 et 1994, le nombre des avortements de premier rang n'a cessé de diminuer, ce qui témoigne d'une meilleure maîtrise de la reproduction. On observe, en revanche, une augmentation des avortements répétés et ce pour deux raisons :

- une meilleure déclaration de ceux-ci par les femmes qui ont recours à l'IVG actuellement ;
- une évolution de la structure par âge de la population favorable aux IVG de rang 2 qui surviennent à des âges plus tardifs.

Evolution du rang des IVG d'après Chantal Blayo et Clémentine Rossier (INED)
en nombre moyen d'avortements par femme au cours de sa vie

	1er rang	> 1er rang
1976	0,60	0,07
1994	0,37	0,12
2002	0,39	0,12

Depuis 1994, la hausse de la natalité s'accompagne d'une stabilité du nombre des avortements.

³⁹ KAMINSKI M., CROST M., *Les interruptions volontaires de la grossesse*. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1991, 20: 767-773.

L'enquête INSERM-INED-CNRS de 2000 montrait⁴⁰ que 75 % des femmes de 20 à 44 ans utilisaient une contraception, tandis que 23 % de ces femmes n'avaient pas besoin de contraception (grossesse ou désir de grossesse, absence de rapport ou stérilité). Seules 2 % des femmes étaient exposées à un risque de grossesse, ne voulaient pas d'enfant, et malgré tout, n'utilisaient pas de contraception.

A la fin des années 1990, 96 % des femmes utilisaient une méthode de contraception lors du premier rapport sexuel, contre à peine plus de la moitié (52 %) dans les années 1970 et 77 % vers 1990⁴¹. L'augmentation était due principalement à l'usage plus fréquent du préservatif chez les jeunes (dont on sait qu'il est insuffisant dans cette population pour assurer une bonne efficacité). Les méthodes contraceptives fiables (pilule et DIU) ont en outre remplacé les méthodes traditionnelles et « naturelles » (retrait). La première prise de pilule intervenait souvent dès avant les premiers rapports dans les années 1980 ; les campagnes de prévention contre le risque d'infections sexuellement transmissibles et de sida ont conduit à une diffusion massive du préservatif comme protection des premiers rapports. Au total, l'adoption de la pilule suit souvent de près les premiers rapports sexuels et l'utilisation de la pilule a augmenté chez les jeunes femmes⁴².

Si les différentes méthodes ont des efficacités diverses, c'est plus la motivation des utilisatrices qui conditionne l'efficacité réelle. Malgré une augmentation de l'accessibilité à certaines contraceptions encore peu utilisées (pilule du lendemain, contraception locale), il restera toujours un nombre incompressible de grossesses non désirées.

Chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et une fois sur deux, elle décide de l'interrompre⁴³, plus souvent lorsqu'elle vit seule ou n'a pas d'emploi.

Les femmes qui ont recours à l'avortement au même titre qu'à un autre moyen de contraception sont plus jeunes au premier avortement et courent un risque plus grand d'avortement répété. La probabilité de subir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements antérieurs. Chez les femmes qui ont avorté en 1976, cette probabilité passe de 15 % si elles en étaient à leur premier avortement, à 22 % et 28 % si elles avaient pour la 2^{ème} ou la 3^{ème} fois, et ces deux dernières fréquences sont stables. En 2002, il semble que cet effet soit moins prononcé : la diffusion de la contraception a permis une baisse de la part des femmes ayant recours à l'IVG une fois dans leur vie, mais la part des IVG itératives est constante depuis 1994.

⁴⁰ BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N., 2004, « *La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000 : présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon* », *Population*, n° 3-4, p. 409-418.

⁴¹ ROSSIER Cl., LERIDON H. et l'équipe Cocon, 2004, « *Pilule et préservatif, substitution ou association ? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000* », *Population*, n 3-4, p. 449-478. Voir aussi BUEKENS P., KAMINSKI M., *Méthodes contraceptives et avortement. Des progrès importants mais des questions encore non résolues*. In : La santé des femmes. SAUREL-CUBIZOLLES M.J., BLONDEL B., Flammarion, Paris, 1996.

⁴² BAJOS N., LERIDON H., JOB-SPIRA N., 2004, « *La contraception et le recours à l'avortement en France dans les années 2000 : présentation et premiers résultats de l'enquête Cocon* », *Population*, n°3-4, p. 409-418

⁴³ TOULEMON L., LERIDON H. *Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : Contraception, grossesses accidentelles et avortements*. Population, 1992, 1, 1-46.

Probabilité d'un avortement supplémentaire⁴⁴

Nombre d'IVG antérieures	1976	1985	2002
1	0,15	0,18	0,28
2	0,22	0,22	0,23
3	0,28	0,28	0,25

Ces chiffres montrent le rôle de l'avortement dans notre pays où il est plus palliatif d'échec de contraception que substitué à celle-ci.

Dans les pays où la contraception est peu diffusée, la probabilité d'avoir un deuxième avortement est proche de 60 % (Hongrie), et la part des avortements de rang "2 et plus" est toujours supérieure à 50 %. Même aux Pays-Bas, qui ont un plus faible taux d'avortement par femme (0,3 IVG par femme au cours de sa vie), la répétition de l'avortement chez les femmes qui en ont subi un est de niveau comparable à celui observé en France. L'ambivalence vis-à-vis de la grossesse ou de la naissance d'un enfant est souvent associée au choix de méthodes moins efficaces ou à une moins bonne observance des règles d'utilisation du contraceptif (par ailleurs efficace) utilisé.

A un âge donné, et quel que soit cet âge, la probabilité d'avoir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà subis mais aussi avec l'âge lors du premier avortement : avoir eu un premier avortement à 15-17 ans, ou deux avortements à 20 ans, c'est appartenir à un groupe de femmes plus enclines que d'autres à recourir à ce mode de prévention des naissances. Chez les femmes ayant avorté en 1979, alors qu'elles étaient âgées de 20 à 25 ans, la probabilité de subir un nouvel avortement dans les 12 années qui suivent a été de l'ordre de 20 % si l'avortement de 1979 était le premier, de 26 % si c'était le deuxième et de plus de 40 % si c'était le troisième. Cet effet a diminué dans les années récentes, sauf pour les femmes de moins de vingt ans.

Quoiqu'il en soit, le nombre de femmes qui subiront au moins une fois dans leur vie un avortement est stable depuis une dizaine d'années.

Pour la grande majorité des femmes (7 sur 10), le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie.

⁴⁴ BLAYO C. *La conjoncture démographique en France. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976.* Population, 1995, 3, 779-810. ROSSIER Cl., TOULEMON L., « *Évolution des caractéristiques des interruptions de grossesse entre 1990 et 2002 en France et effets de la loi de 2001* », exploitation en cours.

