

Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge

Annick Vilain, Marc Collet, Muriel Moisy (DREES)

Depuis les années 1990, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est en légère progression et s'établit à 14,7 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans en 2007. Il a augmenté de manière régulière parmi les mineures et les jeunes femmes de moins de 25 ans. En 2007, près d'une IVG sur deux a concerné une jeune fille de moins de 25 ans. Les femmes étrangères, les femmes célibataires et celles sans activité professionnelle sont surreprésentées parmi les femmes ayant recours à l'IVG. Les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif. Par ailleurs, la diffusion de la contraception d'urgence n'a pas permis d'infléchir le recours à l'IVG.

Les conditions et les modalités de réalisation de l'IVG ont beaucoup évolué au cours des années 2000. La moitié des IVG sont désormais médicamenteuses. Depuis que cette pratique a été autorisée en ville en 2004, près d'une IVG médicamenteuse sur six est réalisée en cabinet libéral. Il n'en demeure pas moins que 90 % de l'ensemble des IVG sont encore prises en charge dans un établissement de santé.

La part du secteur public dans la prise en charge des IVG en établissement n'a cessé de croître : en 2007, 76 % des IVG sont réalisées dans un établissement public, contre 60 % en 1990. Le délai médian de prise en charge à l'hôpital (8 jours et demi à partir de la prise de rendez-vous) est stable depuis 2002. Il y aurait toutefois des goulots d'étranglement localisés dans certaines régions.

Les premiers résultats issus de l'enquête 2007 menée par la DREES auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG montrent par ailleurs que l'accompagnement psychologique et le fonctionnement en réseau ne sont pas encore généralisés. Plus d'un établissement sur trois a établi des conventions avec des médecins libéraux pour réaliser les IVG en ville.

En France, la loi Veil autorise depuis 1975 les femmes à interrompre leur grossesse avant dix semaines de gestation. Des modifications ont été introduites par la loi du 4 juillet 2001 et le décret n° 2004-336 du 1^{er} juillet 2004 : le délai maximal légal pour l'IVG est passé de 10 à 12 semaines de grossesse et le recours aux IVG médicamenteuses a été élargi à la médecine de ville, dès lors que la grossesse n'excède pas 5 semaines et que l'acte est pratiqué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention (encadré 1).

Le taux de natalité français est l'un des plus forts d'Europe et le taux de diffusion de la contraception l'un des plus élevés du monde. Mais paradoxalement, le taux de recours à l'IVG progresse légèrement en France et figure parmi les plus élevés d'Europe (encadré 2). Selon l'INED, 40 % des femmes vivant en France auront recours à une IVG au moins une fois au cours de leur vie¹. D'autre part, malgré les efforts consentis pour développer des services d'IVG sur l'ensemble du territoire, certains problèmes relatifs à l'accès et au choix du mode et du lieu de prise en charge semblent persister.

ENCADRÉ 1

ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES IVG À LA SUITE DE LA LOI DE 2001

Les principales modifications introduites par la loi de juillet 2001 et le décret de 2004

Concernant les IVG, la loi prévoit :

- un allongement des délais légaux de 10 à 12 semaines de grossesse ;
- un aménagement du parcours : suppression pour les majeures de l'obligation de la consultation psychosociale préalable ; fin de l'obligation d'autorisation parentale pour les mineures ;
- l'obligation d'organiser l'activité dans les établissements de santé ;
- la suppression du délit de propagande et de publicité et le renforcement du délit d'entrave ;
- l'ouverture de l'IVG médicamenteuse à la médecine de ville (décrets d'application en 2004), puis aux centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiales (CEPF) ;
- la fin du quota maximum d'IVG dans les établissements de santé privés.

Concernant la contraception, la loi prévoit :

- la reconnaissance d'un droit d'accès des mineurs à la contraception sans autorisation parentale ;

1. Estimation réalisée d'après les bulletins d'IVG 2002.

- la délivrance gratuite de la contraception d'urgence aux mineures;
- l'accès gratuit et anonyme des mineures à la contraception dans les CPEF;
- la généralisation de l'éducation sexuelle en milieu scolaire;
- l'information sexuelle aux personnes handicapées;
- un cadre légal pour la stérilisation à visée contraceptive.

Démarche et délai de prise en charge

• La réalisation d'une IVG est encadrée par un protocole bien défini. Deux consultations médicales sont obligatoires avant l'IVG, séparées par un délai de réflexion d'au moins une semaine. Le médecin peut réduire ce délai en cas de risque de dépassement du délai légal. À l'issue de la première consultation médicale, le médecin remet à la femme une attestation de consultation médicale ainsi qu'un guide pratique, consultable dans le dossier « Contraception-IVG » sur le site du ministère en charge de la santé.

• La femme doit ensuite confirmer sa demande d'IVG par écrit au cours de la seconde consultation. Le plus souvent, la date de l'IVG est fixée à l'issue de cette consultation. Si la technique envisagée nécessite une anesthésie, une consultation pré-anesthésique est obligatoire avant l'intervention.

• Les consultations-entretiens ne sont plus obligatoires pour les femmes majeures mais restent néanmoins proposées aux femmes; la première avant l'intervention et l'autre après, afin de permettre à la patiente de parler de sa situation, de l'intervention et de recevoir des informations sur la contraception.

• Une IVG ne peut être pratiquée que par un médecin. Celui-ci peut refuser mais il doit alors en informer immédiatement l'intéressée et lui communiquer en même temps le nom de praticiens réalisant des IVG.

Coût de la prise en charge

Selon l'arrêté du 4 août 2009, le prix limite du forfait pour une hospitalisation de moins de 12 heures pour une IVG chirurgicale avec anesthésie générale est de 383,32 euros dans les établissements publics et privés ex-dotation globale. Dans ces mêmes établissements, le forfait pour une IVG médicamenteuse est de 257,91 euros; il est fixé à 191,74 euros en ville.

L'IVG est remboursée par l'assurance maladie, à 80 % si elle est pratiquée en établissement et à 70 % pour une IVG médicamenteuse pratiquée en médecine de ville ou en consultation externe d'un établissement hospitalier.

ENCADRÉ 2

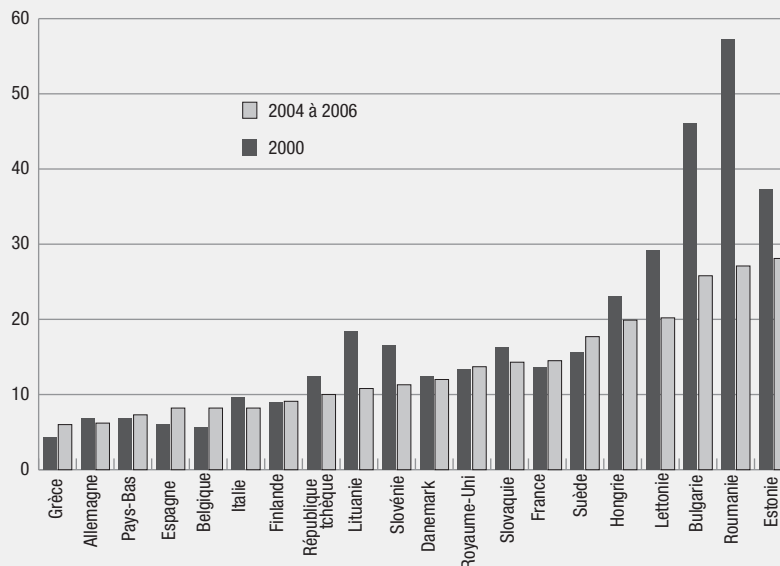
LES NOUVEAUX PAYS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE RECOURENT DAVANTAGE À L'IVG

En dehors de l'Irlande et de Malte, où l'avortement n'est pas autorisé par la loi, la législation des pays de l'Union européenne fixe le délai de réalisation d'une IVG à 10 semaines de grossesse au Danemark, en Grèce, en Italie, en Norvège et en Slovénie, 12 semaines en Autriche et en Italie, 18 semaines en Suède, 24 semaines en Grande-Bretagne. Dans les autres pays, le délai est de l'ordre de 12 semaines. En Autriche, au Luxembourg, au Portugal et à Chypre, aucune donnée n'est encore disponible. En Pologne, le taux d'IVG est très faible (moins de 0,1 %). À Chypre et aux Pays-Bas, le délai de gestation pendant lequel l'IVG est autorisée n'est pas précisé.

L'IVG médicamenteuse se pratique dans 17 pays, parfois seulement depuis quelques années.

Dans les pays qui autorisent les IVG, les taux d'IVG varient de 6,0 à 26,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Europe (27 pays). L'Europe de l'Est enregistre les taux les plus élevés, mais ils diminuent fortement depuis le début des années 2000, tandis qu'ils augmentent légèrement dans certains pays d'Europe de l'Ouest, comme l'Espagne et la Belgique.

Taux d'IVG pour 1 000 femmes



* Données 2007 sauf Bulgarie, Suède, Italie, Allemagne (2006) et Espagne, Grèce, Danemark, Slovaquie (2005).

Champ : Femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : OMS, European health for all database (HFA-DB), World Health Organization Regional Office for Europe; calculs DREES.

Un rapport de l'IGAS concluait en 2002 que, malgré les progrès dans l'acceptation collective de l'IVG, d'une part des difficultés persistaient dans les délais, l'information et l'accueil des femmes, et, d'autre part, les personnels pratiquant des IVG se jugeaient insuffisamment valorisés (Jeandet-Mengual, 2002). En 2010, une nouvelle mission de l'IGAS confirmait ces constats (Aubin, Jourdain Menninger, Chambaud, 2010). C'est pourquoi, le 8 mars 2010, la ministre de la Santé et des Sports a annoncé une série de mesures visant à favoriser l'information, l'éducation sexuelle et l'accès à la contraception des jeunes, lutter contre les échecs contraceptifs et améliorer l'accès à l'IVG (encadré 3).

Le présent dossier s'appuie sur l'ensemble des données administratives relatives aux IVG recueillies entre 1990 et 2007. Il est complété par les premiers éléments issus de la grande enquête menée par la DREES au cours de l'année 2007 sur les recours à l'IVG (encadré 4). Après avoir dressé un tableau du recours à l'IVG et des caractéristiques des femmes concernées, nous analyserons les modes et lieux de prise en charge. Les principales évolutions observées depuis 1990 seront mises en regard des modifications des contextes législatif et réglementaire.

■ ÉVOLUTION DU NOMBRE D'IVG ET CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES

Le recours à l'IVG, en légère hausse en métropole

Plusieurs sources permettent d'estimer le nombre d'IVG (encadré 4). Ce nombre d'IVG, relativement stable en métropole depuis les années 1990 (autour de 200 000), a légèrement augmenté depuis les années 2000, pour atteindre 213 380 en 2007 (tableau 1).

En 2007, le taux d'IVG s'établit à 14,7 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit une augmentation d'environ 1 point par rapport au début des années 2000.

ENCADRÉ 3

LES MESURES ANNONCÉES LORS DE LA JOURNÉE DU 8 MARS 2010

Le 8 mars 2010, à l'occasion de la journée internationale de la femme, la ministre de la Santé et des Sports, Roselyne Bachelot, a annoncé une série de mesures qui s'appuient sur les recommandations du rapport qui venait de lui être remis par l'IGAS.

Améliorer les connaissances sur les caractéristiques et déterminants du recours à l'IVG

mesure 1 : les résultats concernant les femmes ayant pratiqué une IVG seront disponibles à la fin de l'année 2010 dans un numéro spécial thématique de la *Revue française des affaires sociales*.

Améliorer l'information et l'éducation sexuelle auprès des jeunes

mesure 2 : le ministère de l'Éducation nationale pilote un groupe de travail sur ce thème avec le ministère de la Santé et des Sports et le secrétariat d'État chargé de la famille et de la solidarité ;

mesure 3 : il sera demandé aux agences régionales de santé (ARS) de vérifier que les maisons des adolescents développent les entretiens de planification familiale et l'information sur la contraception ;

mesure 4 : pour répondre à leur problématique spécifique, l'INPES réalise en 2010 une campagne d'information et d'éducation spécifique pour les départements d'outre-mer (DOM) avec une série de programmes courts d'animation diffusée dans les DOM, sur des supports télé, radio et web.

Favoriser l'accès à la contraception pour les mineures

mesure 5 : un bilan de la situation d'ensemble des organismes de planification, d'éducation et de conseil familial permettra de mieux appréhender les forces et les faiblesses du dispositif en place ; ce bilan sera réalisé par l'IGAS ;

mesure 6 : pour répondre au problème spécifique des zones non couvertes, notamment en milieu rural, un dispositif sera mis en place pour permettre le recours, dans les mêmes conditions de gratuité et d'anonymat que les centres de planification, aux médecins généralistes volontaires.

Lutter contre le taux d'échec important des moyens de contraception

mesure 7 : la formation initiale des médecins sur la contraception sera améliorée en permettant plus largement aux internes d'effectuer des stages dans les centres de planification et d'éducation familiale et en veillant à ce que la prescription de la contraception soit une compétence acquise durant la formation en stage à l'hôpital ou auprès des médecins généralistes maîtres de stage ;

mesure 8 : des discussions avec les laboratoires pharmaceutiques sont amorcées en vue de les encourager à s'engager dans une démarche de remboursement des nouvelles formes de contraception hormonale non orale qu'ils proposent (patch et anneau) et qui sont parfois mieux adaptées au mode de vie de certaines femmes ;

mesure 9 : il sera proposé à la Haute autorité de Santé (HAS) d'établir des recommandations pour la contraception d'urgence.

Améliorer l'accès à l'IVG

mesure 10 : les montants des forfaits IVG seront augmentés de près de 50 % dès 2010 ;

à mesure 11 : afin de garantir une prise en charge de qualité de ce type d'IVG qui peut être pratiqué maintenant en ville, un groupe de travail sera mis en place pour élaborer un cahier des charges sur la pratique des IVG médicamenteuses.

Organiser au niveau régional les actions de prévention et la prise en charge des grossesses non désirées

mesure 12 : les agences régionales de santé (ARS) devront intégrer la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées comme une composante à part entière de l'offre de soins et de prévention ; elles seront évaluées sur leurs résultats dans ce domaine.

Cependant, du fait de l'évolution démographique, le nombre de femmes en âge d'être concernées par une IVG a eu tendance à diminuer, ce qui a tempéré l'accroissement du taux brut d'IVG : le taux global d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, calculé de façon standardisée en adoptant la structure d'âge de la population féminine de 1990, est en 2001 supérieur de 1 point à celui de 1990 et en 2007 de presque 2 points (graphique 1).

TABEAU 1 • Évolution des IVG selon la classe d'âge*

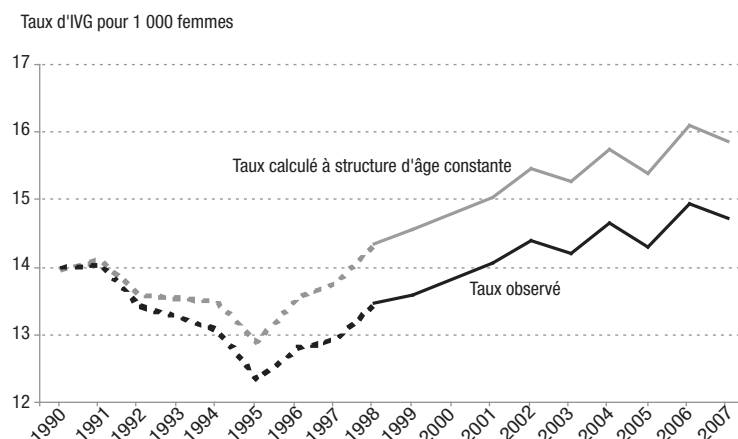
	1990	2001	2005	2006	2007
Nombre total d'IVG	197 406	202 180	206 311	215 390	213 382
Répartition des IVG selon le groupe d'âge (en %)					
15-19 ans	11,6	13,2	14,4	14,4	14,3
15-17 ans	4,4	4,7	5,9	6,0	5,9
18-19 ans	7,2	8,5	8,6	8,5	8,4
20 à 24 ans	23,4	24,5	25,5	24,8	24,8
25 à 29 ans	23,7	21,9	20,7	21,3	22,0
30 à 34 ans	20,4	19,2	18,7	18,2	17,7
35 à 39 ans	14,3	14,5	13,8	14,1	14,0
40 à 44 ans	5,9	5,8	5,9	6,1	6,1
45 à 49 ans	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6
15-49 ans	99,8	99,6	99,6	99,5	99,5
Tous âges	100	100	100	100	100
Taux d'IVG pour 1 000 femmes					
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14,0	14,1	14,2	14,9	14,7
À structure d'âge inchangée par rapport à 1990	14,0	15,0	15,4	16,1	15,9
Taux d'IVG pour 1 000 femmes selon le groupe d'âge					
15-19 ans	10,9	14,0	15,5	16,1	15,6
15-17 ans	7,0	8,5	10,6	11,2	10,8
18-19 ans	16,4	21,7	22,8	23,4	22,6
20 à 24 ans	21,8	26,6	26,8	27,5	27,0
25 à 29 ans	21,8	21,8	22,8	24,0	24,1
30 à 34 ans	18,8	18,3	18,0	18,7	18,6
35 à 39 ans	13,2	13,4	13,1	14,0	13,7
40 à 44 ans	5,7	5,5	5,5	5,9	5,8
45 à 49 ans	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6
15-49 ans	14,0	14,1	14,2	14,9	14,7

* Jusqu'en 2005, le nombre d'IVG en ville est estimé à partir de la SAE car la distribution par âge n'est pas disponible pour le nombre de forfaits honoraires de ville (FHV) remboursés.

Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS (Érasme) (forfaits FHV remboursés en 2006 et 2007).

GRAPHIQUE 1 • Évolution des taux d'IVG entre 1990 et 2007



Note : D'après l'INED, la baisse puis la hausse du taux d'IVG observées entre 1990 et 1998 pourraient refléter un phénomène de sous-déclaration de la part des établissements (Rosier et Pirus, 2007).

Champ : France métropolitaine. Femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : DREES (SAE-PMSI), CNAMTS (Érasme), INSEE.

ENCADRÉ 4

**COMMENT ESTIMER ET CARACTÉRISER LES IVG EN FRANCE ?
LES DIFFÉRENTES SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES**

Les sources administratives. Plusieurs sources peuvent actuellement être utilisées pour le suivi annuel des IVG : les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Depuis leur autorisation en 2004, le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) correspondant à des IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral est disponible à partir des bases de l'assurance maladie (CNAMTS). En 2007, 19 614 forfaits « honoraires de ville » (FHV) ont été remboursés (France entière), alors que seulement 10 713 IVG médicamenteuses en ville ont été déclarées dans la SAE.

Pour l'estimation globale du nombre annuel d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental et par établissement pour certains départements montrent que les chiffres issus de la SAE sont les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables, sauf pour les IVG en ville. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les bulletins d'IVG ne sont quant à eux pas exhaustifs. On estime ainsi qu'entre 1995 et 1998, 4% des IVG du secteur public et 33% des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. Ils permettent toutefois de fournir des informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité, etc.

Les données du PMSI, elles aussi, ne sont pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG : elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical, sans les distinguer des autres. En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour.

Jusqu'en 1998, la DREES estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE. Depuis 2001, la SAE sert d'unique référence pour la série du nombre d'IVG à compter des années 1995. La structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG est celle du PMSI. La répartition selon le mode d'intervention à l'hôpital est issue de la SAE. Les données de la CNAMTS sont quant à elles utilisées pour estimer le nombre d'IVG réalisées « en ville » depuis 2006.

L'enquête 2007 sur les recours à l'IVG. Pour mieux connaître les caractéristiques et les parcours des femmes ayant eu recours à une IVG, ainsi que les modalités de leur prise en charge, la DREES a réalisé en 2007 une grande enquête dans les établissements concernés. Au sein des 1 206 structures échantillonnées, tous les praticiens (1 260) prenant en charge des IVG se sont vus proposer un questionnaire, y compris les médecins réalisant uniquement des IVG médicamenteuses en ville et ayant conclu une convention avec ces établissements.

L'enquête a été réalisée à l'aide de quatre questionnaires :

- un questionnaire pour chaque structure, avec des questions sur les caractéristiques de l'établissement, l'organisation du service prenant en charge les IVG, les types d'IVG prises en charge, l'activité, les moyens, la file active des établissements où sont réalisées les IVG ;
- un questionnaire pour le praticien, qui portait sur sa qualification, son expérience, ses motivations et les difficultés rencontrées dans l'exercice de sa pratique.

Pour chacune des IVG réalisées pendant la période de l'enquête, deux questionnaires ont été soumis :

- un questionnaire médical rempli par le médecin, avec des questions sur la gestation en cours, le protocole thérapeutique, la contraception, etc., et un volet sur la visite de contrôle ;
- un questionnaire auto-administré proposé aux femmes juste après l'intervention, permettant de recueillir des informations sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur parcours de soin et leur situation contraceptive, avec un volet spécifique pour les femmes mineures.

Au total, l'enquête porte sur 13 443 IVG, dont 9 905 pour lesquelles sont disponibles à la fois des données médicales et des données relatives aux patientes.

Des recours à l'IVG plus importants parmi les plus jeunes

Les recours à l'IVG diffèrent sensiblement selon l'âge. Les femmes âgées de 20 à 34 ans concentrent deux tiers des IVG réalisées en 2007 (tableau 1). Les femmes âgées de 20-24 ans sont celles qui ont le plus souvent recours à l'IVG en 2007 (27 IVG pour 1 000 femmes en moyenne), suivies des femmes de 25 à 29 ans (24) et celles âgées de 18 à 19 ans (23).

Si le recours à l'IVG des femmes de plus de 30 ans est resté plutôt stable au cours des années 1990 et 2000, celui des femmes de moins de 30 ans a nettement progressé dans les années 1990, avant de se stabiliser dans les années 2000. L'accroissement de la fréquence du recours à l'IVG est sensible chez les 15-19 ans, et dans une moindre mesure, chez les 20-24 ans. Ainsi, les femmes de 15-19 ans représentent plus de 14% des femmes ayant eu une IVG en 2007 (les mineures : 6%), contre moins de 12% en 1990 (4,4%). Les premiers résultats de l'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG permettent de mieux appréhender le profil et les conditions de prise en charge de ces jeunes femmes (encadré 5).

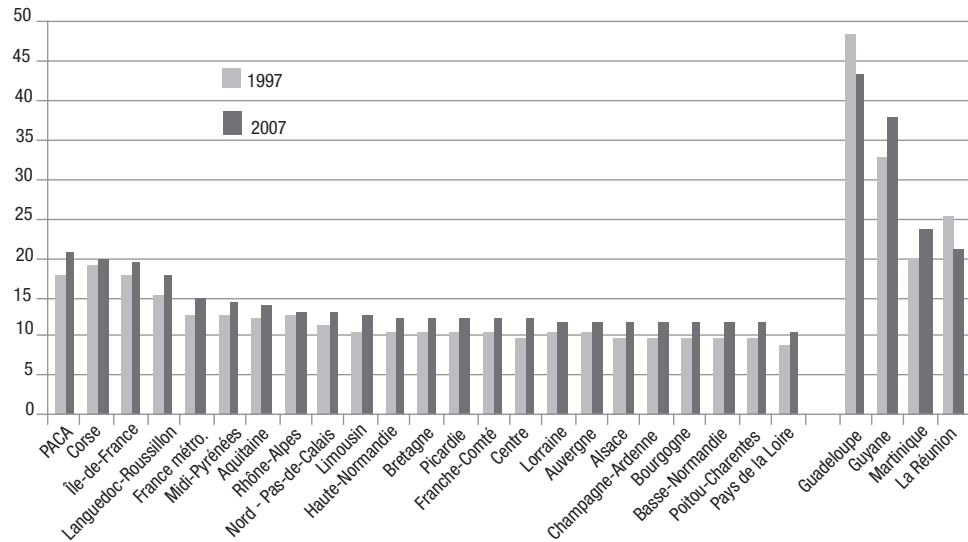
Des recours à l'IVG plus fréquents dans les DOM, dans le sud de la métropole et en Île-de-France

En 2007, avec un taux moyen de 29 IVG pour 1 000 femmes, le recours à l'IVG dans les DOM est deux fois plus fréquent qu'en métropole (carte 1). En Guadeloupe et en Guyane, les taux de recours sont particulièrement élevés (plus de 38 IVG pour 1 000 femmes). En Martinique et à la Réunion, les taux sont compris entre 21 et 24

Les IVG en France en 2007

IVG pour 1 000 femmes. En dix ans, alors que les taux de recours ont légèrement progressé en métropole, ils ont décru dans les DOM, du fait d'une baisse très sensible à la Réunion et en Guadeloupe. Ils restent cependant très supérieurs à ceux observés en France métropolitaine (graphique 2).

GRAPHIQUE 2 • Évolution du taux d'IVG* selon la région entre 1997 et 2007

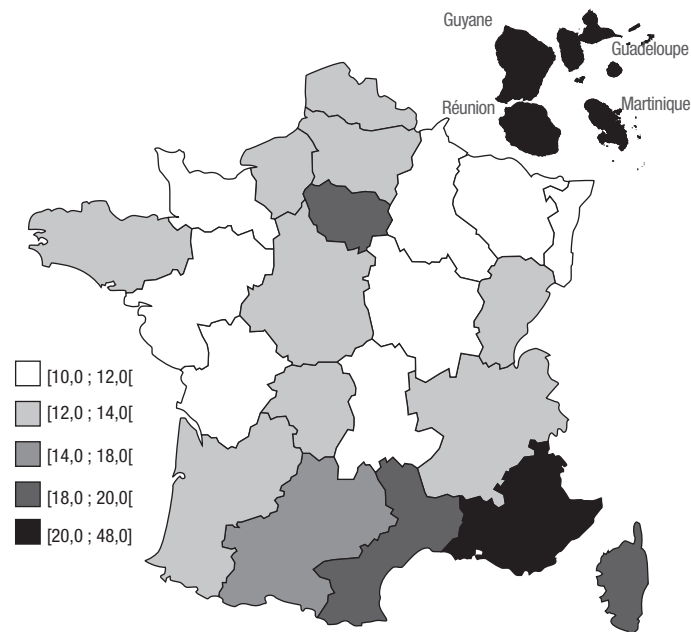


* Taux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Champ : France entière. Femmes âgées de 15 à 49 ans.

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS.

CARTE 1 • Taux d'IVG* selon la région en 2007



* Taux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM).

Sources : DREES (SAE-PMSI), INSEE, CNAMTS.

À noter qu'avec des taux respectivement de 28, 41 et 31 IVG pour 1 000 jeunes filles mineures (contre 24, 38 et 21 pour les femmes de 15 à 49 ans), les mineures de Martinique, Guyane et Réunion recourent proportionnellement davantage à l'IVG que l'ensemble des femmes.

En métropole, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Languedoc-Roussillon et Corse demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des taux de recours largement supérieurs à ceux des autres

régions : ils sont compris entre 17 et 21 IVG pour 1 000 femmes dans ces régions, tandis qu'ils varient entre 10 et 13 IVG pour 1 000 femmes dans presque toutes les autres régions, à l'exception de Rhône-Alpes, Aquitaine et Midi-Pyrénées, qui se situent légèrement au-dessus de la moyenne (entre 13 et 14 IVG pour 1 000 femmes).

Les écarts de structure d'âge de la population ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales, qui demeurent sensiblement les mêmes après une standardisation sur la structure d'âge de la population nationale. D'autres facteurs sont susceptibles d'influencer le recours à l'IVG, en particulier les conditions socio-économiques, les structures familiales et l'accès à la contraception.

Une surreprésentation des femmes étrangères, célibataires et sans activité professionnelle

Les premières exploitations de l'enquête sur le recours à l'IVG menée par la DREES permettent de dresser un premier portrait sociodémographique des femmes concernées. Ainsi, 11 % ont la nationalité étrangère et 6 % sont des femmes françaises nées à l'étranger. Au moment de l'IVG, les femmes étrangères sont en moyenne un peu plus âgées que les Françaises (respectivement 28,5 ans contre 27,1 ans) et sont surreprésentées, si l'on se réfère aux données 2006 du recensement, qui dénombrait 6,3 % de femmes étrangères parmi les femmes de 15 à 54 ans. Les femmes étrangères qui recourent à l'IVG sont originaires en premier lieu d'Afrique subsaharienne (37 %), puis d'Afrique du nord (21 %), d'Europe de l'Ouest (13 %), d'Europe de l'Est (8 %) et d'Asie (7 %).

Par ailleurs, moins de la moitié des femmes ayant recours à une IVG vivent en couple (45 % en métropole et seulement 31 % dans les DOM). Ces taux augmentent avec l'âge, passant de 7 % chez les mineures à 63 % chez les plus de 30 ans. Concernant le statut matrimonial, les données des bulletins d'interruption de grossesse (BIG), même si elles ne sont pas exhaustives, présentent des ordres de grandeur comparables : un tiers des femmes ayant pratiqué une IVG en 2007 sont mariées et plus de la moitié ne vivent pas en couple. Les BIG permettent par ailleurs de compléter ce panorama par une perspective temporelle : ils mettent en évidence que la part des femmes célibataires et vivant sans conjoint qui avortent a augmenté de 10 points entre 1990 et 2007.

S'agissant du niveau scolaire, 43 % des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 ont un niveau d'études inférieur au baccalauréat et 16 % un niveau supérieur à bac + 2. Une analyse plus fine des niveaux d'études par groupe d'âge fait rapidement apparaître que l'IVG ne concerne pas systématiquement les femmes les moins diplômées. C'est effectivement le cas pour les plus jeunes puisque moins de 70 % des jeunes filles de 15 à 19 ans qui ont avorté en 2007 faisaient encore des études, alors que cette proportion est de 90 % chez les jeunes filles de cette classe d'âge. Toutefois, la tendance s'inverse chez les plus âgées : parmi les 35-44 ans, 58 % des femmes ayant avorté en 2007 ont un niveau d'études au moins égal au baccalauréat, contre 49 % pour ce même groupe d'âge dans l'enquête Emploi 2007. Au regard de leur situation sur le marché du travail, l'enquête de la DREES met en évidence que les femmes qui ont recours à une IVG en France métropolitaine sont moins souvent en emploi que l'ensemble des femmes du même âge (52 % contre 63 %).

Deux tiers des IVG concernent des femmes utilisant un contraceptif

L'évolution du nombre d'IVG peut être liée à la fois à l'activité sexuelle, à l'usage des différents moyens de contraception et au choix des femmes concernant l'issue des grossesses non désirées (Toulemon et Leridon, 1992). La hausse du recours à l'IVG ne semble s'expliquer ni par l'âge moyen au premier rapport sexuel qui a très peu évolué depuis plusieurs années², ni par une moindre utilisation des contraceptifs. En 2005, d'après le Baromètre santé de l'INPES, 73 % des femmes âgées de 15 à 54 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ont déclaré « faire quelque chose pour éviter une grossesse » (71 % en 2000), le plus souvent en utilisant une méthode médicale de contraception (pilule ou stérilet dans 82 % des cas), ou le préservatif dans 11 % des cas. Parmi les femmes exposées au risque de grossesse³ ne souhaitant pas avoir d'enfant, 3 % seulement déclarent ne pas utiliser systématiquement de moyen de contraception.

En ce qui concerne les jeunes, même si l'usage du préservatif se diffuse, la pilule demeure le mode de contraception le plus répandu. En 2000, 76 % des jeunes femmes de 15 à 19 ans qui utilisent (systématiquement ou non) un moyen contraceptif prennent la pilule et elles sont 79 % en 2005⁴ (86 % parmi les jeunes filles âgées de 20 à 24 ans). Depuis 2000, l'usage du préservatif se maintient chez les filles âgées de 20-25 ans (10 %) et a légèrement diminué chez celles de 15-19 ans, passant de 23 % à 20 %⁵.

Alors que les méthodes médicales de contraception sont très répandues, les échecs de contraception demeurent nombreux et deux tiers des IVG réalisées en 2007 concernent des femmes qui utilisent un moyen contraceptif. Ces échecs de contraception sont en partie liés à la prégnance en France d'une « norme » contraceptive qui n'est pas forcément adaptée aux disparités de conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes (HAS, 2004). La campagne nationale sur la contraception de 2007 pilotée par l'INPES visait justement à encourager une plus grande souplesse dans les pratiques contraceptives (« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit »).

2. Source : Baromètre santé 2005, INPES.

3. Femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, déclarant avoir eu des rapports sexuels avec pénétration, non enceintes et non stériles.

4. Sources : Baromètre santé 2000, vol. 2, décembre 2001. Baromètre santé 2005, novembre 2007.

5. Ce point est développé dans le dossier sur la santé des jeunes p. 43.

Malgré la diffusion de la contraception d'urgence, le recours à l'IVG ne baisse pas

Par ailleurs, les femmes utilisent de plus en plus la contraception d'urgence. Depuis juin 1999, date à laquelle celle-ci est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale, son utilisation s'est très fortement développée : 1,2 million de boîtes de lévonorgestrel (« pilule du lendemain ») ont été vendues en 2007, des ventes plus de sept fois supérieures à celles de 1999. Selon le Baromètre santé 2005, même si seule une minorité peut citer le délai maximal des 72 heures requis pour la prise de cette pilule, toutes les femmes âgées de 15 à 54 ans déclarent en avoir déjà entendu parler et 14 % y ont déjà eu recours dans leur vie. Les trois causes principales amenant à prendre ce type de contraception d'urgence sont les problèmes de préservatif (33 % des cas), de pilule (25 %) et les rapports sexuels non protégés (22 %). Cette pratique est surtout répandue chez les jeunes femmes : plus de 30 % des femmes âgées de 15 à 19 ans y ont déjà eu recours, contre seulement 10 % des femmes de 35 à 44 ans. Dans 7,5 % des cas, la prise d'une contraception d'urgence n'a pas permis d'éviter une grossesse.

Si les femmes exposées au risque de grossesse non désirée sont moins nombreuses (46 % vers 1975 contre 33 % en 2004), le recours à l'IVG est plus fréquent. Ainsi, les données de la cohorte Cocon montrent que 62 % des femmes ont interrompu volontairement une grossesse non désirée en 2004, contre 41 % en 1975 (Bajos *et al.*, 2004).

■ CARACTÉRISTIQUES, MODES ET LIEUX DE PRISE EN CHARGE DES IVG

La facilité d'accès à l'IVG et l'efficacité de la prise en charge dépendent des conditions offertes aux femmes qui désirent avoir recours à une IVG. Le récent décret du 6 mai 2009 ouvre la possibilité au président du conseil général de passer une convention avec un centre de planification ou d'éducation familiale, un centre de santé ou un praticien pour organiser la pratique d'IVG par voie médicamenteuse. Ce texte pourrait modifier les conditions de recours aux IVG médicamenteuses hors établissement dans les prochaines années.

Les informations issues des données administratives peuvent être complétées par l'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG. En effet, cette enquête permet, notamment à travers les volets relatifs aux établissements et aux praticiens, de mieux connaître les caractéristiques et modes de réalisation des IVG, ainsi que les conditions et lieux de prise en charge (encadré 4).

Une durée moyenne de gestation stable au moment de l'IVG

Les IVG « précoces », réalisées avant 6 semaines de grossesse, représentent près de la moitié des IVG réalisées, alors que les IVG « tardives », réalisées à partir de 10 semaines, représentent 8 % des IVG.

L'augmentation de la part des IVG médicamenteuses, réalisées plus précocement (moins de 5 semaines de grossesse en moyenne) que les IVG chirurgicales (9 semaines et demie, soit une semaine de plus qu'en 1990), et l'étalement du délai légal de recours à l'IVG introduit par la loi de 2001 ont eu des effets contradictoires, ce qui explique le maintien de la durée moyenne de gestation. L'allongement du délai légal maximum s'est traduit par un allongement de la distribution des IVG vers des délais plus longs, de l'ordre de 9 à 10 semaines de grossesse mais relativement peu au-delà.

Ainsi, la durée de gestation moyenne au moment de l'IVG est restée stable depuis 1990, un peu au-dessus de 6 semaines de grossesse. Les facteurs sociodémographiques associés à des durées de gestation plus longues demeurent les mêmes : les femmes les plus jeunes, celles ayant moins d'enfants, les célibataires et celles n'ayant pas d'emploi recourent plus tardivement à l'IVG.

Une part croissante du secteur public dans la prise en charge des IVG à l'hôpital

En 2007, selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), plus de 195 000 IVG sont réalisées en établissement, soit neuf IVG en établissement pour une seule réalisée en cabinet libéral. Les trois quarts des IVG pratiquées à l'hôpital sont prises en charge dans le secteur public. Malgré les revalorisations substantielles des forfaits IVG en 2008 et 2009 (Aubin, Jourdain Menninger, Chambaud, 2010), cette activité reste déficitaire pour les établissements. Cela explique en partie pourquoi la part des IVG prises en charge par le secteur public a augmenté, passant de 60 % en 1990 à 67 % en 2001 et 76 % en 2007. Le désengagement du secteur privé est général, même s'il est plus marqué dans certaines régions : en Île-de-France, la part d'IVG prises en charge par le secteur public est passée de 44 % à 56 % entre 2002 et 2007, et de 43 % à 48 % en Midi-Pyrénées pour la même période. Une forte revalorisation financière du forfait a été annoncée en mars 2010 pour répondre à ce problème tarifaire, mais l'impact sur l'offre ne peut encore être évalué.

Les IVG médicamenteuses représentent la moitié des IVG en établissement

Les IVG médicamenteuses sont autorisées à l'hôpital depuis 1988 et constituent, selon l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), la méthode privilégiée jusqu'à 7 semaines de grossesse (ANAES *et al.*, 2004). Depuis l'entrée en vigueur du décret d'application de juillet 2004, les IVG peuvent également être réalisées dans un cabinet médical de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. La part des IVG médicamenteuses a régulièrement progressé et a été multipliée par deux entre 1992 et 1998, puis entre 1998 et 2004. Elles représentent 49 % de l'ensemble des IVG en 2007.

Au sein des établissements, 44 % des IVG se font par voie médicamenteuse (tableau 2). Elles sont plus répandues dans le public (46 %) que dans le privé (38 %) [graphique 3], et plus fréquentes dans les petits (46 %) que dans les gros établissements⁶ (38 %).

TABLEAU 2 • Répartition des IVG réalisées selon le lieu de l'intervention entre 2001 et 2007

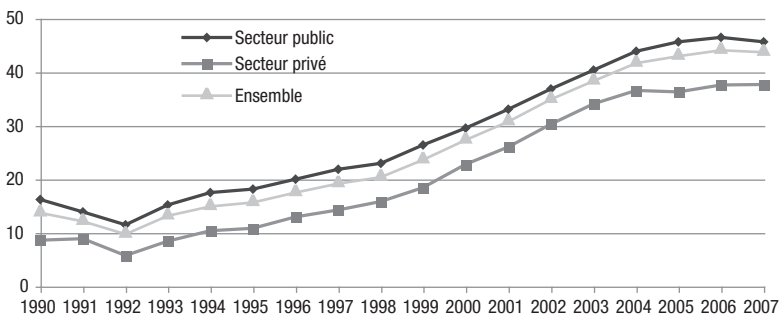
		2001	2005	2006	2007
Secteur public	nombre d'IVG	135 000	144 174	146 749	147 868
	part des IVG médicamenteuses	33 %	46 %	46 %	46 %
Secteur privé	nombre d'IVG	67 180	57 129	54 316	47 241
	part des IVG médicamenteuses	26 %	36 %	38 %	38 %
Ensemble des établissements	nombre d'IVG	202 180	201 303	201 065	195 109
	part des IVG médicamenteuses	31 %	43 %	44 %	44 %
IVG médicamenteuses en ville*		-	5 008	14 325	18 273
Total IVG		202 180	206 311	215 390	213 382

* Données SAE pour les IVG médicamenteuses en ville en 2005, CNAMTS pour 2006 et 2007.

Champ : France métropolitaine.

Sources : SAE, PMSI, CNAMTS (Érasme v1, nombre de forfaits IVG remboursés).

GRAPHIQUE 3 • Évolution de la part des IVG médicamenteuses en établissement entre 1990 et 2007 (en %)



Champ : France métropolitaine.

Sources : DREES (SAE).

Par ailleurs, les pratiques évoluent : en 2007, 13 % des établissements n'ont pratiqué aucune IVG médicamenteuse, contre 17 % en 2005. Des contraintes locales d'offre de soins peuvent aussi limiter le choix de la technique d'IVG proposée à la femme. Les établissements qui pratiquent uniquement des IVG chirurgicales sont de petits établissements, réalisant en moyenne une centaine d'IVG par an. La variabilité de la répartition entre IVG médicamenteuses et chirurgicales selon les établissements reflète notamment des différences en termes d'installations techniques disponibles, de choix organisationnels et de formation des équipes pratiquant les IVG.

Les IVG en ville se développent surtout dans les zones de forte demande

Depuis qu'elles sont autorisées en ville (2004), les IVG médicamenteuses se reportent progressivement de l'hôpital vers les cabinets libéraux. Ces derniers ont réalisé 18 273 IVG en métropole en 2007⁷, soit une IVG médicamenteuse sur six ; en 2005, ils en prenaient en charge moins d'une sur dix.

La prise en charge des IVG médicamenteuses en ville est très inégalement répandue sur le territoire : les régions Île-de-France, Aquitaine, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur concentrent 80 % des remboursements de forfaits, pour 49 % des IVG réalisées en établissement.

La Réunion se distingue également, avec 60 % des forfaits remboursés dans l'ensemble des DOM, alors que la Martinique ne compte toujours aucune demande de remboursement. Désormais à la Réunion, près de la moitié des IVG médicamenteuses (43 %) sont réalisées hors établissement.

Dans les établissements, une activité concentrée et rattachée aux services de gynécologie-obstétrique

Si le nombre d'IVG réalisées dans les établissements de santé a relativement peu évolué depuis 2000, le nombre de structures qui en pratiquent est passé de 729 en 2000 à 624 en 2007. Les petits établissements, qu'ils soient publics ou privés, ont eu tendance à cesser ou réduire cette activité. La prise en charge des IVG s'est ainsi concentrée dans les grandes structures : en 2007, 34 structures (5,4 % des établissements) ont assuré à

6. Dans l'enquête, les établissements ont été classés en trois catégories selon le nombre d'IVG réalisées dans l'année : les « petits » effectuent moins de 250 IVG dans l'année, les « moyens » assurent 250 à 1 000 IVG dans l'année et les « gros » réalisent plus de 1 000 IVG dans l'année.

7. Sources CNAMTS : Érasme V1, mois de remboursement. Fichier d'identification nationale des professionnels de santé (FINPS), décembre 2007, régime général y compris sections locales mutualistes (SLM).

elles seules 23 % des IVG. Il s'agit de gros établissements majoritairement publics (à l'exception de 4 d'entre eux), pratiquant plus de 1 000 IVG par an. *A contrario*, plus de la moitié des établissements (342 sur 624) ont réalisé moins de 250 IVG dans l'année (36 770 au total, soit un cinquième des IVG réalisées en établissement).

Si cette « concentration » de l'activité offre des équipes plus étoffées, une organisation plus efficiente et davantage d'anonymat aux femmes qui peuvent le souhaiter, l'affaiblissement de l'offre de proximité peut également nuire à un accès et une prise en charge rapide des femmes concernées.

Par ailleurs, d'après l'enquête sur les recours à l'IVG de la DREES, 80 % de l'activité d'IVG est intégrée à un service de gynécologie-obstétrique en 2007. Moins de 2 % des services du secteur privé réalisant des IVG et 13 % de ceux du secteur public sont consacrés uniquement à l'IVG.

Un délai médian de prise en charge de l'ordre d'une semaine

En 2007, la moitié des IVG ont été réalisées dans un délai de 8 jours entre la date de la demande et la réalisation de l'IVG, un quart avant 6 jours et un autre quart au-delà de 10 jours⁸. Les établissements mentionnant un délai moyen supérieur à 14 jours représentent 10 % des IVG réalisées. Ce délai augmente toutefois avec l'activité moyenne de l'établissement : les établissements réalisant plus de 1 000 IVG dans l'année indiquent un délai médian de 9 jours, contre 7 jours pour ceux qui en réalisent moins de 250 dans l'année. Le délai médian est légèrement plus faible dans le secteur privé (7 jours au lieu de 8), avec surtout une plus faible dispersion (écart type 2,5 fois plus faible que dans le secteur public). Les régions Île-de-France et Midi-Pyrénées, malgré la faible part du secteur public, ont des délais moyens et médians proches de la moyenne nationale, mais avec une dispersion particulièrement forte en Île-de-France (plus de 10 fois la valeur de la moyenne), signifiant de probables goulots d'étranglement dans certains établissements.

Dans 92 % des cas, la durée d'hospitalisation pour une IVG chirurgicale est inférieure à 12 heures, contre 66 % en 1995. En 1995, 3,3 % des IVG chirurgicales nécessitaient une hospitalisation de plus de 24 heures ; ce n'est le cas que de 1,8 % des IVG en 2007.

Par ailleurs, 69 % des IVG chirurgicales sont pratiquées sous anesthésie générale en 2007 (le seul type d'anesthésie faisant l'objet d'un recueil systématique), contre 64 % en 2002.

Neuf établissements sur dix peuvent prendre en charge des IVG au-delà de 10 semaines de grossesse

En 2007, et conformément à la législation de 2001 (encadré 1), neuf structures sur dix indiquent avoir la possibilité de prendre en charge des IVG « tardives » (entre 10 et 12 semaines de grossesse)⁹, des mineures sans consentement parental et des femmes sans couverture sociale. Lorsque cette prise en charge n'est pas possible, les femmes sont généralement réorientées vers une autre structure, un centre de planification familiale, voire vers l'étranger – à noter que l'enquête ne permet pas de savoir s'il s'agit de problèmes d'organisation, de file d'attente ou d'autres raisons.

La visite de contrôle, qui permet de s'assurer que la grossesse est bien interrompue, est proposée systématiquement au sein de l'établissement dans quatre cas sur cinq après une IVG chirurgicale et dans presque tous les cas après une IVG médicamenteuse. Cependant, les femmes ne reviennent pas nécessairement dans la même structure. Parmi les rares établissements qui ne font que des IVG médicamenteuses, deux tiers déclarent qu'une femme sur deux revient en consultation « post-IVG » dans le même établissement.

Les entretiens psychologiques toujours proposés par quatre établissements sur cinq

Depuis la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, l'entretien psychologique « pré-IVG » n'est plus obligatoire pour les femmes majeures. Cependant, 6 % des établissements du secteur privé et 48 % des établissements du secteur public (33 % en moyenne) continuent de le proposer systématiquement. Lorsqu'aucun entretien n'est prévu au sein de la structure, 5 % des établissements proposent systématiquement un entretien hors de l'établissement et 44 % le proposent en fonction de la situation. Au total, une structure sur six ne propose aucun rendez-vous aux femmes, même en dehors de l'établissement.

L'entretien post-IVG, obligatoire pour les jeunes filles mineures uniquement, est beaucoup plus rarement proposé de façon systématique aux femmes majeures (tableau 3).

Les professionnels réalisant ces entretiens sont le plus souvent des conseillers conjugaux (40 %) et des psychologues (40 %) : un établissement sur trois déclare que les entretiens sont menés par ces professionnels. En revanche, les médecins (2 %) et infirmiers (4 %) ne sont pas souvent cités (tableau 4).

8. Depuis 2002, le délai moyen de prise en charge, c'est-à-dire le délai moyen mesuré un mois donné (en octobre) entre « la date de la demande et la date de réalisation de l'IVG », est disponible grâce aux déclarations des établissements pour la SAE. Ces estimations sont entachées d'une certaine imprécision car la « demande » n'est pas clairement définie (demande ou rendez-vous ou première consultation médicale ?). Elles sont toutefois corroborées par l'enquête sur les IVG réalisée par la DREES en 2007 (« délai moyen entre le premier contact téléphonique et la réalisation de l'IVG »).

9. Ces IVG tardives, pratiquées entre 10 et 12 semaines de grossesse, demeurent peu nombreuses : 3 % du total des IVG déclarées dans les établissements de santé d'après la SAE 2006.

TABLEAU 3 • Proportion d'établissements proposant un entretien pré-IVG ou post-IVG aux femmes majeures

Proportion d'établissements proposant...	systématiquement	selon leur situation	Proportion d'établissements ne proposant pas d'entretien	Total
...un entretien psychosocial pré-IVG dans l'établissement ¹ sinon, hors de l'établissement ²	33 % 5 %	33 % 44 %	34 % 51 %	100 % 100 %
...un entretien psychosocial post-IVG dans l'établissement ³ sinon, hors de l'établissement ⁴	16 % 3 %	47 % 35 %	37 % 62 %	100 % 100 %

1. La question était : « Pour les premières consultations, proposez-vous un entretien psycho-social avant l'IVG aux femmes majeures, sur place, au sein de votre établissement ? »

2. La question était : « Pour les premières consultations, proposez-vous un entretien psycho-social avant l'IVG aux femmes majeures, dans un autre établissement ? »

3. La question était : « Un entretien psycho-social post IVG est-il proposé aux femmes majeures, sur place, au sein de votre établissement ? »

4. La question était : « Un entretien psycho-social post IVG est-il proposé aux femmes majeures, dans un autre établissement ? »

Champ : France entière.

Sources : Enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG, DREES, 2007.

TABLEAU 4 • Professionnels réalisant les entretiens psychosociaux*

Assistante sociale	31,5 %
Conseillère conjugale	40,4 %
Psychologue	39,8 %
Médecins	2,2 %
Infirmier	4,1 %
Sage-femme	20,4 %
Autre	4,3 %

* La question était : « Quels professionnels réalisent ces entretiens psycho-sociaux pour le service IVG (même à temps partiel) ? » (plusieurs réponses possibles)

Champ : France entière.

Sources : Enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG, DREES, 2007.

Des partenariats limités mais des conventions avec des médecins de ville pour 40 % des établissements

Ces dernières années et de façon quasi annuelle, différentes circulaires ont encouragé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les services déconcentrés de l'État et les directeurs d'établissements à améliorer les conditions de réalisation de l'IVG, à favoriser la complémentarité de l'offre en établissement de santé et en médecine de ville, particulièrement en période estivale, et à renforcer l'efficacité des permanences régionales téléphoniques d'information relative à l'IVG. Toutefois, moins d'une structure pratiquant des IVG sur cinq indique travailler en partenariat avec ces permanences. Lorsque ce partenariat n'existe pas, les établissements travaillent parfois en relation, de manière formelle ou informelle, avec un centre de planification familiale ou une autre structure comme l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), les réseaux locaux, les espaces jeunes, etc. : c'est le cas pour près d'une structure sur deux. Cependant, les deux tiers des établissements du secteur privé et le tiers des établissements du secteur public déclarent qu'ils ne travaillent en relation ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme.

En 2007, 25 % des structures du secteur privé et 41 % de celles du secteur public ont conclu des conventions avec des médecins pour la réalisation d'IVG médicamenteuses en ville. Les établissements ayant établi des conventions déclarent en avoir signé avec 5 médecins en moyenne (6,2 dans le secteur privé et 4,9 dans le public). Les plus gros établissements enregistrent 12,5 conventions en moyenne, contre 3,4 pour les petits établissements et 4,5 pour les moyens. Parmi les établissements ayant signé des conventions, un tiers ont organisé des sessions de formation pour les médecins conventionnés au cours des douze derniers mois. Il s'agit des établissements qui enregistrent le plus de conventions : à eux seuls, ils regroupent la moitié des conventions signées.

ENCADRÉ 5

LES IVG CHEZ LES MOINS DE 25 ANS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

L'enquête réalisée par la DREES en 2007 auprès des femmes ayant eu recours à une IVG permet de mieux appréhender les caractéristiques des plus jeunes : 49 % des femmes de moins de 25 ans et 88 % des mineures vivent chez leurs parents, 8 % sont étrangères, 26 % vivent en couple ; enfin, 31 % exercent un emploi et 57 % de leurs conjoints, lorsqu'elles en ont un, ont un emploi. Les IVG concernent tous les milieux sociaux : 25 % d'entre elles ont un père ouvrier et 24 % un père cadre ; sachant que, parmi les hommes actifs occupés, 35 % sont ouvriers et 18 % cadres (enquête Emploi de 2007).

Parmi les jeunes femmes ayant eu recours à une IVG, 2 % n'ont jamais utilisé de moyen de contraception au cours de leur vie. Le mois où la grossesse a débuté, un tiers n'utilisaient aucune méthode de contraception, un taux équivalent à celui observé pour les autres classes d'âge. Elles mentionnent alors n'avoir pas pensé pouvoir être enceinte (29 %), n'avoir pas prévu de rapports sexuels à ce moment (25 %), avoir eu des problèmes avec leurs méthodes de contraception (7 %), n'avoir pas pensé à utiliser une méthode (25 %) ou ne pas avoir de partenaire régulier (11 %). 9 % d'entre elles parlent de leur peur que leurs parents découvrent qu'elles ont des relations sexuelles.

Parmi les deux tiers des femmes qui déclaraient utiliser une méthode contraceptive, les causes évoquées pour la survenue de grossesse sont, dans plus d'un cas sur deux (54 %), un « oubli » de la contraception (pilule oubliée pendant 1 ou 2 jours ou retard de la prise, pas d'utilisation du préservatif, du spermicide ou de l'éponge). Les « erreurs » de contraception (préservatifs déchirés ou glissés ou mauvais calcul des dates) représentent 38 % des autres causes d'IVG. Parmi les femmes ayant eu recours à une IVG « sous contraception », une sur deux (54 %) utilise une méthode non médicale (préservatif ou méthode locale ou naturelle).

L'enquête met en évidence des conditions de prise en charge quelque peu différentes pour les plus jeunes. D'une part, elles recourent moins à une IVG médicamenteuse que leurs aînées (51 % des moins de 25 ans et 41 % des mineures contre 55 % des femmes de 25 ans ou plus). D'autre part, leurs trajectoires se révèlent moins directes puisque l'IVG a été réalisée par le premier professionnel contacté dans seulement 29 % des cas pour les moins de 25 ans et 38 % pour les 25 ans ou plus. Cela s'explique pour partie par le fait que les jeunes femmes ont une propension plus forte à s'adresser en premier lieu à un professionnel d'un centre de planification familiale ou d'un centre de PMI, sans doute en raison de la gratuité du recours.

Enfin, l'enquête nous apprend que plus de quatre mineures sur dix (46 %) n'ont pas informé leurs parents de l'intervention. Pour rappel, l'article L2212-1 du Code de la santé publique autorise la jeune fille mineure voulant garder le secret vis-à-vis de ses parents à pratiquer une IVG sans leur consentement, accompagnée de l'adulte de son choix. Moins de 2 % des mineures ont recours à l'IVG, malgré le désaccord de leurs parents. Néanmoins, les jeunes filles mineures sont presque toujours accompagnées pour l'intervention (98 % des cas) et, dans un cas sur six, par plus d'une personne. Il s'agit le plus souvent de la mère (43 %) ou du partenaire (27 %). La présence de la mère est d'autant plus fréquente que la jeune fille est jeune : 53 % des 13-15 ans sont venues accompagnées de leur mère contre 40 % des 16-17 ans. L'adulte accompagnant était présent à la fois pour les consultations médicales préalables, l'intervention et la sortie dans un cas sur deux. Dans 86 % des cas, c'est la jeune fille elle-même qui a choisi la présence de l'adulte accompagnant au moment des démarches.

Bibliographie

- ANAES, INPES, AFSSAPS**, 2004, *Stratégies des choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique*, 2004, ANAES.
- Aubin C., Jourdain Menninger D., Chambaud L.**, 2010, « Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001 », *Rapport de synthèse de l'IGAS*, La Documentation française.
- Bajos N., Moreau C., Léridon M., Ferrand M.**, 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population & société*, INED, n° 407.
- Jeandet-Mengual Emmanuelle**, 2002, *Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse*, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), décembre, rapport 2002-145.
- Haute autorité de santé (HAS)**, 2004, *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*.
- Rosier C., Pirus C.**, 2007, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, INED, vol. 62, n° 1, p. 57-90.
- Rossier C., Toulemon L., Prioux F.**, 2009, « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », *Population*, n° 64 (3), INED, p. 495-530.
- Toulemon L., Leridon H.**, 1992, « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, INED, n° 1.