

Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age.

Nathalie Bajos, Caroline Moreau, France Prioux

► **To cite this version:**

Nathalie Bajos, Caroline Moreau, France Prioux. Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age.: Increase of repeat abortion in France. *Epidemiology and Public Health / Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Masson, 2013, *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Jun 28. doi:pii: S0398-7620(13)00260-5. 10.1016/j.respe.2013.04.0 (Rev Epidemiol Sante Publique. 2013 Jun 28. doi:pii: S0398-7620(13)00260-5. 10.1016/j.respe.2013.04.0), *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Jun 28. doi:pii: S0398-7620(13)00260-5. 10.1016/j.respe.2013.04.0. <inserm-00846967>

HAL Id: inserm-00846967

<http://www.hal.inserm.fr/inserm-00846967>

Submitted on 22 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité.

Increase of Repeat Abortion in France: from contraceptive issues to postponement of childbearing age.

Résumé

Position du problème

Le nombre de femmes ayant recours plusieurs fois à l'IVG ne cesse de s'accroître depuis 1975 en France comme dans de nombreux pays où la contraception est d'un accès facile. L'analyse du recours dit « répété » à l'IVG au fil du temps et selon les caractéristiques sociales, démographiques et contraceptives des femmes contribue à éclairer la signification sociale que recouvre cette pratique et à évaluer les politiques de santé sexuelle et reproductive.

Méthodes

L'analyse porte sur les bulletins statistiques d'IVG de 1990 à 2007 et sur les données de l'enquête nationale sur le recours à l'IVG en France, collectées auprès d'un échantillon aléatoire de 7 067 femmes en France métropolitaine. Les méthodes usuelles d'analyse uni et multivariée ont été utilisées.

Résultats

L'augmentation du recours répété à l'IVG est observée dans toutes les catégories de la population mais plus marquée chez les femmes de moins de 30 ans, chez celles qui vivent seules et les étudiantes. Les femmes se présentant pour une deuxième IVG déclarent plus que les autres avoir utilisé une méthode de contraception au moment où elles se sont trouvées enceintes.

Conclusion

L'augmentation du recours multiple à l'IVG au fil du temps traduit avant tout l'allongement de la période entre le premier rapport sexuel et le premier enfant. Le fait d'avoir plusieurs IVG renvoie aux difficultés de gérer un parcours contraceptif sans failles dans le cadre de trajectoires affectives et sexuelles de plus en plus diversifiées.

Background

The number of women resorting to abortion several times in France has increase continuously since 1975, as in many countries where contraception is widely available and used. The analysis of trends in so-called "repeat" abortion over time across social, demographic and contraceptive characteristics helps capturing the social meaning of this practice and informing policies of sexual and reproductive health.

Methods

The analysis is based on the statistical reports of abortions from 1990 to 2007 and on data from the National Survey of Abortion Patients, comprising a representative sample of 7,067 women undergoing an abortion in France. Analysis were performed using chi-square and logistic regression models.

Results

Increases in "repeated" abortion was seen across all groups of the population but was greater in women under 30, women who live alone and students. Women presenting for a second abortion were more likely to report the pregnancy followed a contraceptive failure than women presenting for an abortion for the first time.

Conclusion

The increasing use of multiple abortions over time primarily reflects lengthening the time between first intercourse and first child. Having several abortion refers to the difficulties of managing daily contraceptive use in the context of more diversified emotional and sexual trajectories.

Introduction

Le terme d'IVG répété apparaît dans le débat public et politique en France au début des années 70, notamment lors des débats autour de la loi Veil (Lacourse 1982). Les qualificatifs « d'irresponsables » ou de « récidivistes » sont alors utilisés par certains pour caractériser les femmes qui utiliseraient l'avortement comme « une méthode contraceptive » (Garcia 2011). Le recours multiple à l'IVG commence aussi à être traité dans la littérature scientifique à la même époque. Dès cette époque, des sociologues considèrent que, loin de représenter un comportement irrationnel, cette pratique, alors très peu fréquente, traduit les incertitudes des femmes quant à leur vie sexuelle et procréative (Novaes 1982). Par la suite, dans un contexte d'augmentation régulière du nombre de femmes qui ont recours plus d'une fois à l'IVG, les acteurs de santé publique ont réfléchi aux lacunes en matière de politique contraceptive que ce phénomène pourrait traduire (Garel et al 1996) et des analyses épidémiologiques se sont développées pour étudier les effets des avortements répétés sur les risques ultérieurs de grossesses pathologiques. Les résultats sont contradictoires, certaines études montrant une augmentation de la prématurité lorsque la femme a déjà eu plusieurs IVG (Henriet et Kaminski 2001, Moreau et al. 2005, Visinline et al 2008), d'autres ne trouvant pas de lien s'agissant de la prématurité (Liao 2010, Haldre 2008) ni de l'hypotrophie (Rastikainen et al 2006). Le recours répété à l'avortement continue aujourd'hui à susciter chez un certain nombre de professionnels de santé des propos, si ce n'est alarmistes du moins fortement réprobateurs, qui considèrent que nombre de femmes qui recourent (plus d'une fois) à l'IVG sont irresponsables et utilisent l'avortement comme un moyen de contraception (Rowland 2007).

En France, plus du tiers (35%) des IVG survenues en 2007 concernent des femmes qui avaient déjà eu recours à l'IVG contre moins d'un quart (23%) en 1990 ; en d'autres termes, 7% des femmes avaient plus d'une IVG dans leur vie au début des années 1990 et 11% au début des années 2000 (Rossier et al, 2009). L'augmentation du recours multiple à l'IVG peut renvoyer à plusieurs enjeux. Elle peut tout d'abord traduire une plus grande facilité que par le passé à déclarer avoir déjà eu recours à l'avortement, en raison d'une moindre stigmatisation sociale attachée aujourd'hui à sa pratique. Elle peut aussi être liée à une modification de la structure sociodémographique de la population concernée, conduisant à ce que les femmes les

plus susceptibles d'avoir plusieurs IVG, comme les femmes qui vivent seules et les étrangères par exemple, soient plus nombreuses aujourd'hui dans la population française. Cette augmentation peut aussi provenir d'une diminution de l'efficacité des programmes de santé reproductive touchant les groupes les plus précaires de la population (chômeuses, femmes sans couverture médicale, étrangères) qui sont plus concernés par le recours multiples à l'IVG. Enfin, cette augmentation peut résulter du report de la transition à l'âge adulte. La période de « jeunesse sexuelle », entre les premiers rapports et la première mise en couple, n'a cessé de s'allonger, surtout pour les femmes (Toulemon 2008) et la constitution de la famille intervient aujourd'hui à un âge beaucoup plus avancé qu'au début des années 70 : l'âge moyen à la première maternité est ainsi passé de 24,1 ans en 1975 à 30 ans aujourd'hui (Prioux et al. 2010). Cette phase de la vie est par ailleurs caractérisée par un nombre plus important de partenaires sexuels pour les femmes des générations récentes que pour leurs aînées (Leridon 2008). Les relations affectives et sexuelles qui ne se prêtent pas à la parentalité sont de fait plus nombreuses que dans le passé ainsi donc que les grossesses non prévues susceptibles de se terminer par une IVG.

L'objectif de cet article est d'apporter des éléments d'information pour mieux cerner l'importance respective de ces différents facteurs. L'analyse des évolutions observées depuis le début des années 1990 nous permettra dans un premier temps de caractériser l'accroissement du recours répété au sein de la population générale et d'apprécier l'impact des changements sociodémographiques sur cette évolution. Cette perspective sera ensuite complétée par une comparaison plus détaillée des caractéristiques sociales et contraceptives des femmes qui ont eu une IVG en 2007, selon qu'il s'agissait d'une première IVG ou d'une nouvelle IVG et par une analyse des facteurs liés au recours répété à l'IVG.

Méthodes

Population d'étude

Les données analysées sont issues de deux sources. D'une part, les bulletins statistiques d'IVG qui sont remplis par le médecin lors de chaque acte d'IVG et qui comprennent quelques caractéristiques médicales et sociodémographiques¹, et d'autre part les données de

¹ Le bulletin IVG a été mis en place au moment de la légalisation de l'avortement (article L.162-10 de la loi 75-17 du 17 janvier 1975). La loi stipule que toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin qui pratique l'acte et adressée au médecin inspecteur régional de la santé. Cette

l'enquête nationale sur les femmes ayant recours à l'IVG en France conduite par la Drees en 2007.

La méthodologie de cette enquête a déjà été présentée de manière détaillée (Vilain 2011) et nous ne reprenons ici que les éléments méthodologiques qui concernent les analyses présentées. L'échantillon a été constitué à partir d'un tirage aléatoire d'établissements ayant réalisé au moins une IVG au cours de l'année 2006, en stratifiant selon le niveau d'activité annuelle et la région.

Toutes les femmes se présentant pour une IVG durant la période d'enquête de 1 mois, entre avril et juin 2007, dans les établissements tirés au sort ou auprès de médecins libéraux conventionnés auprès des établissements échantillonnés, étaient enquêtées après avoir donné leur consentement pour participer. La durée d'enquête était prolongée sous certaines conditions (2 mois pour les femmes de moins de 18 ans et 2 à 6 mois selon les régions) afin de surreprésenter les mineures et permettre des analyses régionales.

Un coefficient de pondération a été appliqué pour tenir compte du plan de sondage puis l'échantillon a été calé sur les caractéristiques des femmes issues des statistiques SAE 2007 (âge de la femme au moment de l'IVG, type d'établissement, localisation géographique et technique d'IVG).

Chaque femme remplissait un auto-questionnaire « patiente » tandis que le professionnel de santé la prenant en charge pour l'IVG remplissait un questionnaire « médical ». Ces questionnaires étaient anonymes mais reliés par un identifiant commun.

Au total, 11 945 questionnaires « médical » et 11 403 questionnaires « patiente » ont été recueillis. Pour 9 905 femmes, on dispose des deux questionnaires : « médical » et « patiente », dont 7 067 femmes prises en charge en France Métropolitaine et sur lesquelles porte l'analyse présentée ici. Nous avons exclu de l'analyse les femmes qui avaient interrompu leur grossesse pour des raisons médicales (n=192). Par ailleurs, l'information sur les IVG précédentes n'était pas renseignée pour 463 questionnaires médicaux. Au final, l'étude porte sur 6 412 femmes dont 2 379 femmes ayant eu une IVG avant celle prise en charge dans le cadre de l'enquête .

déclaration ne fait pas mention de l'identité de la femme et comporte des informations relatives aux caractéristiques médicales ainsi que quelques données socio-démographiques. La Drees est chargée de la gestion et de la saisie de ces bulletins et l'Ined et l'Inserm sont responsables de l'analyse et de la publication des aspects démographiques et médicaux.

Questionnaires

Le questionnaire « médical » intègre les renseignements contenus dans le bulletin IVG ainsi que des données sur le protocole thérapeutique, l'éventuelle prescription ou recommandation d'un moyen de contraception après l'intervention et des informations médicales recueillies lors de la visite de contrôle (résultat et complications éventuelles de l'IVG). Le questionnaire « patiente » permet de décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes (âge, nationalité, situation professionnelle et familiale, revenus du ménage, niveau d'étude, protection sociale...), leur contraception au moment de l'IVG et les caractéristiques de leur parcours de soins.

Analyses

Les analyses font appel aux statistiques classiques (statistiques descriptives, test de Chi2, régressions logistiques). Les analyses multivariées intègrent l'ensemble des facteurs dont le seuil de signification (p) est inférieur à 0,25 dans les analyses univariées. Elles sont systématiquement pondérées pour tenir compte du plan de sondage complexe et du redressement de l'échantillon. Elles sont réalisées en utilisant le logiciel Stata version 10 SE.

Résultats

L'augmentation des IVG répétées depuis 1980

Le premier constat que l'on peut faire à partir de l'analyse des bulletins IVG est celui d'un rajeunissement de l'âge des femmes à l'IVG, qu'il s'agisse de la première IVG ou d'une nouvelle IVG. L'âge moyen au moment de la première IVG a ainsi diminué de près d'un an et demi depuis la fin des années 1980 (figure 1) : proche de 28 ans entre 1980 et 1985, il est aujourd'hui de 26,6 ans. La baisse de l'âge moyen des femmes ayant une deuxième ou une troisième IVG est plus récente, mais très nette entre 1997 et 2002. Les femmes dont c'est la deuxième IVG sont en 2007 âgées en moyenne de 28,8 ans, et celles qui ont déjà eu plus de deux IVG de 30,3 ans.

Figure 1

L'augmentation du recours répété à l'IVG, particulièrement forte entre 1997 et 2007, est par ailleurs observée dans toutes les catégories de la population (tableau 1, partie gauche). La hausse est surtout marquée chez les femmes de moins de 30 ans, chez celles qui ont déclaré vivre seules au moment de l'IVG et chez celles qui n'avaient pas d'emploi, notamment les étudiantes.

Tableau 1

Ces évolutions, conjuguées à celles de la structure sociodémographique de la population française, contribuent à dessiner une structure sociale du recours répété à l'IVG différente en 2007 de celle qui prévalait vingt ans avant. Les femmes ne vivant pas en couple sont devenues majoritaires dans la population qui, en 2007, avait déjà eu recours à l'IVG ; et les femmes de moins de 30 ans ainsi que les étudiantes sont aujourd'hui davantage représentées (partie droite du tableau 1). A l'inverse, la part relativement stable, voire en baisse, des autres catégories de femmes les plus concernées par le recours multiple à l'IVG (les plus âgées, celles qui ont au moins 3 enfants et celles qui sont de nationalité étrangère, ainsi que les femmes au chômage) montre que la hausse de la fréquence globale des IVG répétées ne peut leur être imputée.

Quelles sont les caractéristiques, en 2007, des femmes ayant eu plusieurs IVG ?

Même si l'augmentation des IVG répétées concerne surtout les femmes jeunes et les étudiantes, ce ne sont pas les catégories qui ont aujourd'hui la plus forte probabilité d'une IVG répétée.

Des femmes plus âgées, seules et disposant de moindres ressources économiques et sociales

Dans notre échantillon, 25% des femmes qui ont eu une IVG en 2007 en avaient déjà eu une auparavant, et 8% deux ou plus. Ces estimations diffèrent légèrement des chiffres établis à partir de l'ensemble des bulletins présentés dans la première partie car elles sont établies à partir des données de l'enquête. Les caractéristiques de ces femmes sont cependant très proches dans les deux sources. La fréquence des IVG antérieures augmente avec la durée de la vie sexuelle et donc avec l'âge des femmes (tableau 2). Si 13% des femmes de moins de 20 ans ayant eu recours à l'IVG en 2007 déclarent avoir déjà vécu cette expérience dans le passé,

cette proportion s'élève à 29% chez celles de 20-24 ans, à 40% chez celles qui ont entre 25 et 34 ans et 41% chez les femmes de 35 ans et plus. Les femmes qui ne vivent pas en couple au moment où elles se sont trouvées enceintes avaient plus souvent déjà eu recours à l'IVG dans le passé (OR=1,8 ; IC95%=1,4-2,3). Les femmes qui se présentent pour une deuxième ou une troisième IVG ont aussi plus souvent des enfants que les autres : plus de 40% des femmes avec enfants déclarent une IVG dans le passé comparé à un cinquième de celles sans enfant (22%). Enfin, les résultats montrent que le recours multiple à l'IVG concerne davantage les femmes qui n'ont pas de couverture médicale complémentaire (OR=1,5 ; IC95%=1,2-1,9), les femmes nées en Afrique subsaharienne (OR=1,8 ; IC95%=1,1-2,7), et celles qui n'ont pas poursuivi leurs études plus de deux ans au-delà du baccalauréat (OR=1,4; IC95%=1,1-1,9, p=0,01). Au contraire, le recours multiple à l'IVG est moins fréquent chez les étudiantes, même après ajustement sur l'âge (OR=0,6 ; IC95%=0,4-0,8).

Tableau 2

Toutes ces caractéristiques, à l'exception de l'affiliation à une mutuelle, distinguent aussi les femmes qui ont eu, y compris l'IVG actuelle, 3 IVG ou plus par rapport à celles qui en ont eu deux (résultats non présentés).

Recours répété à l'IVG et pratiques contraceptives

Les femmes se présentant pour une IVG de rang 2 ou plus déclarent plus que les autres avoir utilisé une méthode de contraception au moment où elles se sont trouvées enceintes (OR=1,3 [1,1-1,5]). En outre, elles utilisaient plus souvent une méthode nécessitant une prescription médicale (pilule, stérilet, implant), dont l'efficacité est plus élevée que celle des méthodes barrières ou naturelles (Tableau 3). Les résultats montrent par ailleurs que les femmes africaines, qui ont plus souvent des IVG répétées et qui ont moins souvent une contraception que les non africaines (quel que soit le rang d'IVG), ont un peu plus souvent une contraception médicale à la deuxième ou troisième IVG qu'à la première IVG (interaction : p=0,06). Il en est de même pour les femmes qui n'ont pas de mutuelle (interaction : p=0,02).

On note également que les femmes qui se présentent pour une deuxième IVG sont aussi plus nombreuses à déclarer que la méthode de contraception qu'elles utilisaient alors ne leur convenait pas (OR=1,4 [1,1-1,7]). En particulier, elles rapportent plus souvent oublier fréquemment leur pilule (49% contre 34% pour les femmes dont c'était la première IVG, OR =1,9, p<0.001). Les femmes africaines ne déclarent pas plus souvent que les femmes non africaines que leur méthode de contraception ne leur convenait pas quand il s'agit d'une IVG

de rang 2+ que lorsqu'il s'agit d'une IVG de rang 1 (interaction : $p=0,21$) ; il en est de même pour les femmes sans mutuelle par rapport aux femmes avec mutuelle (interaction $p=0,29$).

Tableau 3

Les données montrent aussi que les femmes qui avaient déjà eu une IVG dans le passé sont aussi nombreuses que les autres à déclarer recevoir une prescription contraceptive après leur dernière IVG. Mais, elles se sont vues prescrire plus souvent une méthode médicale ne nécessitant pas une prise quotidienne (23% un stérilet, 9% un implant et 44% la pilule contre 13%, 7% et 55% pour les femmes dont c'est la première IVG). Ces différences se maintiennent lorsque l'on tient compte des caractéristiques sociales et démographiques des femmes (résultats non présentés).

Discussion

L'analyse des évolutions temporelles étant basée sur les bulletins statistiques, on peut s'interroger sur le biais potentiel lié à la non exhaustivité de ces bulletins (Rossier et al., 2006). Néanmoins, aucun élément ne permet de penser que les IVG non enregistrées seraient plutôt des IVG répétées, ni l'inverse. S'agissant du caractère répété de l'IVG, cette information étant recueillie par le médecin, on peut penser que c'est une information fiable, les femmes étant soucieuses de fournir au praticien toute indication qui pourrait avoir une éventuelle incidence sur des complications médicales. Quant à la participation à l'enquête de 2007, on ne peut écarter l'hypothèse que les femmes ayant eu plusieurs IVG éprouvent plus de réticences à accepter de participer à une enquête où elles vont être interrogées sur un événement de leur vie reproductive, leur deuxième IVG, qui peut attester d'une déviance par rapport à la norme contraceptive (Bajos et Ferrand 2006). Néanmoins, la prévalence des IVG répétées et les caractéristiques des femmes concernées apparaissent très proches dans les statistiques des bulletins et dans les données de l'enquête.

Les données semblent donc bien attester d'une augmentation réelle du phénomène depuis quelques décennies, en France. Ce constat est similaire à la situation observée dans plusieurs pays industrialisés où le recours répété à l'IVG augmente aussi au fil du temps (Millar 1997, Jones 2006, Rowlands 2007, Das 2009). Il représente ainsi aujourd'hui 35% des IVG en France, 32% en Finlande et 37% en Suède (2004), 32% en Angleterre (2005) et 29% au

Canada (1993); aux USA le recours multiple est plus fréquent : 47% au début des années 2000.

Les données présentées montrent que la hausse du recours à l'IVG semble bien résulter du report de l'âge à la maternité observé depuis le début des années 70 (Prioux et al. 2010). Dans un contexte de stabilité de l'âge au premier rapport sexuel, ce recul de l'âge au premier enfant entraîne presque mécaniquement une baisse de l'âge moyen à la première IVG et donc une hausse de la période au cours de laquelle la femme peut être concernée par une autre IVG.. On aurait pu penser que le fait d'avoir une première IVG réduirait la probabilité d'en avoir une seconde si cette expérience modifiait sensiblement la pratique contraceptive ultérieure. Mais les analyses de Rossier et al (2009) montrent qu'à partir des années 90, à chaque âge, l'effet « d'apprentissage » semble avoir disparu, la probabilité d'une IVG ultérieure ne dépendant presque plus du nombre d'IVG antérieures (alors que ce n'était pas le cas dans les années 80, Blayo 1995). Il est donc fort probable que l'augmentation du recours répété à l'IVG, depuis 20 ans au moins, résulte pour partie d'un rajeunissement de l'âge à la première IVG.

En second lieu, la période dite de « jeunesse sexuelle » s'est aussi modifiée qualitativement au sens où les trajectoires affectives et sexuelles sont plus diversifiées aujourd'hui qu'hier (Toulemon 2008). Les jeunes femmes connaissent plus de relations non stables ; or aujourd'hui, comme hier dans le cadre du mariage, l'existence d'un couple stable est une des conditions essentielles pour s'engager dans la parentalité (Shivo et al 2003, Reignier-Lollier 2007). La probabilité d'interrompre une grossesse dans cette période de la vie s'est ainsi accrue, comme en témoigne l'augmentation de la proportion de grossesses interrompues chez les plus jeunes (Rossier et al., 2009).

Au-delà de ces spécificités d'âge et de mode de vie, les résultats montrent que le recours multiple à l'IVG concerne davantage, en 1990 comme en 2007, les femmes disposant de moindres ressources économiques et sociales, notamment les femmes n'ayant pas de mutuelles et les femmes nées en Afrique subsaharienne, dont on sait qu'elles connaissent des modes de vie plus précaires (Lydié 2008). Pour ces femmes, la question de l'accès à la contraception reste un enjeu majeur. Toutefois, nos résultats conduisent à penser que les femmes non africaines ou sans mutuelle qui ont une IVG de rang 2+ ont plutôt moins de difficultés d'accès à la contraception et qu'elles n'ont pas plus de difficultés avec leur

méthode que celles qui ont une première IVG. Les données de l'enquête traduisent alors peut être un problème d'adéquation entre la méthode de contraception médicale qu'elles utilisent et leurs conditions de vie sociales affectives et sexuelles mais les informations disponibles ne permettent pas d'explorer plus avant une telle hypothèse.

Le plus grand recours à la contraception au moment de la grossesse des femmes se présentant pour une deuxième IVG est également observé dans d'autres pays industrialisés (Australie, Suède) (Rowland 2007). Les données disponibles ne permettent pas d'analyser les difficultés de gestion de la contraception au quotidien que rencontrent ces femmes. Toutefois, le fait que celles qui avaient déjà eu des IVG trouvent leurs méthodes plus contraignantes et évoquent plus souvent des oublis de pilule que les autres conduit à s'interroger sur l'adéquation de la méthode utilisée à leurs attentes et à leur mode de vie (Bajos et Ferrand 2002). La contraception utilisée après une (première) IVG reste une question débattue dans de nombreux pays (Curtis 2010, Roberts 2010, Moreau 2010). En France, les logiques de prescription médicale ne s'assouplissent pas véritablement à l'occasion de ce moment particulier que représente l'IVG, les médecins continuant à prescrire la pilule à des femmes ayant eu une IVG alors qu'elles utilisaient cette méthode au moment où elles se sont trouvées enceintes, tandis que l'utilisation du stérilet à la suite d'une IVG reste réservée aux femmes âgées et avec enfant (Bajos et al., 2006, Gelly 2006, Moreau et al 2010). Une étude récente en Nouvelle-Zélande montre que la prescription d'une méthode dite « au long cours » de contraception, comme le stérilet ou l'implant, aux femmes qui ont une première IVG limite le recours à un deuxième avortement (Rose et al, 2012). Cette question de la prescription de la contraception à l'occasion de l'IVG reste à analyser plus avant par des méthodes qualitatives plus à même d'explorer ce qui se joue dans les interactions entre les femmes et les professionnels de santé.

Finalement, plutôt qu'à des difficultés d'accès à la contraception, néanmoins bien présentes dans certains groupes socialement précaires (Bajos et Bozon 2008), le recours multiple à l'IVG semble renvoyer avant tout à l'allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée en parentalité. La difficulté de suivre un parcours contraceptif sans failles tout au long de cette période est sans doute accentuée par le fait que la norme contraceptive (préservatifs en début de vie sexuelle, pilule dès que la relation affective se stabilise, et stérilet pour les femmes ayant eu deux enfants) reste figée alors que les modèles familiaux et les trajectoires sexuelles, et en particulier celles des femmes, se sont sensiblement modifiés au

cours de ces dernières décennies. Des analyses de trajectoires de vie permettraient d'interroger la manière dont les femmes (et leurs partenaires) gèrent, tout au long de 35 ans de vie reproductive, des transitions contraceptives multiples et les échecs qui peuvent survenir. Elles permettraient également de mieux saisir dans quelle mesure l'augmentation du recours multiple à l'IVG peut aussi traduire, une plus grande propension à interrompre aujourd'hui une grossesse non prévue, la norme procréative, entendue comme les conditions socialement valorisées pour avoir un enfant, étant devenue plus contraignante (Bajos et Ferrand 2006). Si aujourd'hui comme hier l'existence d'une relation stable est un élément déterminant dans la décision d'interrompre une grossesse non prévue, d'autres facteurs comme les conditions matérielles de vie de plus en plus précaires pour nombre d'individus et notamment pour les femmes, participent aussi d'une telle décision (Novaes 1982, Shivo 2003).

Références

- N. BAJOS, M. BOZON (dir). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. Editions la Découverte, Paris (2008).
- N. BAJOS, A. LAMARCHE-VADEL, F. GILBERT, M. FERRAND, C. MOREAU. Contraception at the time of abortion: high-risk period or high-risk women? *Human Reprod*, 21(2006), pp. 2862–2867.
- N. BAJOS, M. FERRAND (dir). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Editions INSERM, collection « Santé Publique », Paris (2002).
- N. BAJOS, M. FERRAND. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative *Sociétés Contemporaines*, 61(2006), pp.18-46.
- N. BAJOS, C. MOREAU, H. LERIDON, M. FERRAND. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?. *Population et Sociétés*, 407 (2004), pp. 1-4.
- N. BELTZER, M. BOZON. Les séparations et leurs suites : rencontres sexuelles et prévention après une rupture conjugale ou amoureuse. in N. BAJOS, M. BOZON (dir), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Editions la Découverte, Paris (2008), pp.197-212.
- C. BLAYO. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. *Population*, 3(1995), p. 779-810.
- M. BOZON. « Jeunesse et sexualité (1950-2000). De la retenue à la responsabilité de soi. In Jeunesse oblige », in L. BANTIGNY, I JABLONKA, *Histoire des jeunes en France XIXème-XXIème siècle*, PUF, Paris (2009), pp. 112-127.
- C. CURTIS, D. HUBER, T. MOSS-KNIGHT. Postabortion Family Planning: Addressing the Cycle of Repeat Unintended Pregnancy and Abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(2010), pp. 44-48.
- S. DAS, A. ADEGBENRO, S. RAY, O. AMU. Repeat abortion: facts and issues. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 35(2009), pp. 93-95.
- M. FERRAND. *Féminin-Masculin*. La Découverte, collection Repères, Paris (2004).

- S. GARCIA. *Mères sous influence*, la Découverte, Paris (2011).
- M. GAREL, M. CROST, M. KAMINSKI. Psychological and social characteristics of women having repeated induced abortions. A French study in three centers. *Contracept Fertil Sex*, 24(1996), pp 72-77.
- M. GELLY. *Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée*. L'Harmattan, Paris (2006).
- K. HALDRE, K. RAHU ,H. KARRO, M. RAHU. Previous history of surgically induced abortion and complications of the third stage of labour in subsequent normal vaginal deliveries. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 21(2008), pp. 884-888.
- L. HENRIET, M. KAMINSKI. Impact of induced abortions on subsequent pregnancy outcome: the 1995 French national perinatal survey. *BJOG*, 108(2001), pp 1036-1042.
- M. KAMINSKI, M. CROST, M. GAREL. Les IVG répétées en France : analyse des bulletins statistiques d'IVG. *Contracept Fertil Sex*, 25(1997), pp. 152-158.
- MT. LACOURSE. L'avortement répété : sens du geste », *Revue française de Sociologie*, 23(1982), pp 375-389.
- H. LERIDON. Le nombre de partenaires : un certain rapprochement entre les femmes et les hommes mais des comportements encore très différents », in N. BAJOS, M. BOZON (dir), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Editions la Découverte, Paris (2008), pp. 215-242.
- N. LYDIE. Les femmes africaines face au VIH/sida : perception et gestion du risque. *Med Sci*, 24(2008), pp. 1-89.
- H. LIAO, Q. WEI, L. DUAN, J. GE , Y. ZHOU, W. ZENG. Repeated medical abortions and the risk of preterm birth in the subsequent pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 284(2010), pp. 579-586.
- W. MILLAR, S. WADHERA, S HENSHAW. Repeat Abortions in Canada, 1975-1993. *Family Planning Perspectives*, 29(1997), pp. 20-24.
- C. MOREAU, J. DESFERES, J. TRUSSEL, N. BAJOS. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82(2010), pp. 337-44.
- C. MOREAU, M. KAMINSKI, PY. ANCEL, J. BOUYER, J. ESCANDE, G. THIRIEZ, EPIPAGE Group. Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the EPIPAGE study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112(2005), pp. 430-437.
- S. NOVAES. Les récidivistes. *Revue française de Sociologie*, 23(1982), pp 473-485.
- F. PRIOUX, M. MAZUY, M. BARBIERI. L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple. *Population-F*, 65(2010), pp. 421-474.
- K. RAATIKAINEN, N. HEISKANEN, S. HEINONEN. Induced abortion: not an independent risk factor for pregnancy outcome, but a challenge for health counseling. *Ann Epidemiol*, 16(2006), pp. 587-92.
- A. REGNIER-LOILIER. *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*. Les Cahiers de l'Ined, n°159, Ined, Paris (2007).
- H. ROBERTS, M. SILVA, S. XU. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception* 82(2010), pp. 260-265.
- S. ROSE, B. LAWTON. [Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion](#). *Am J Obstet Gynecol* 206(2012), pp. 1-6.
- C. ROSSIER, L. TOULEMON, F. PRIOUX. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population-F*, 64(2009), pp. 495-530.

C. ROSSIER, A. CONFESSON, A. BRINGE. Analyse de la qualité des données des bulletins d'interruption de grossesse de 2002.
http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/35044/telechargement_fichier_fr_qualite_donnees_2002.pdf

S. ROWLANDS. More than one abortion. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 33(2007), pp. 155–158.

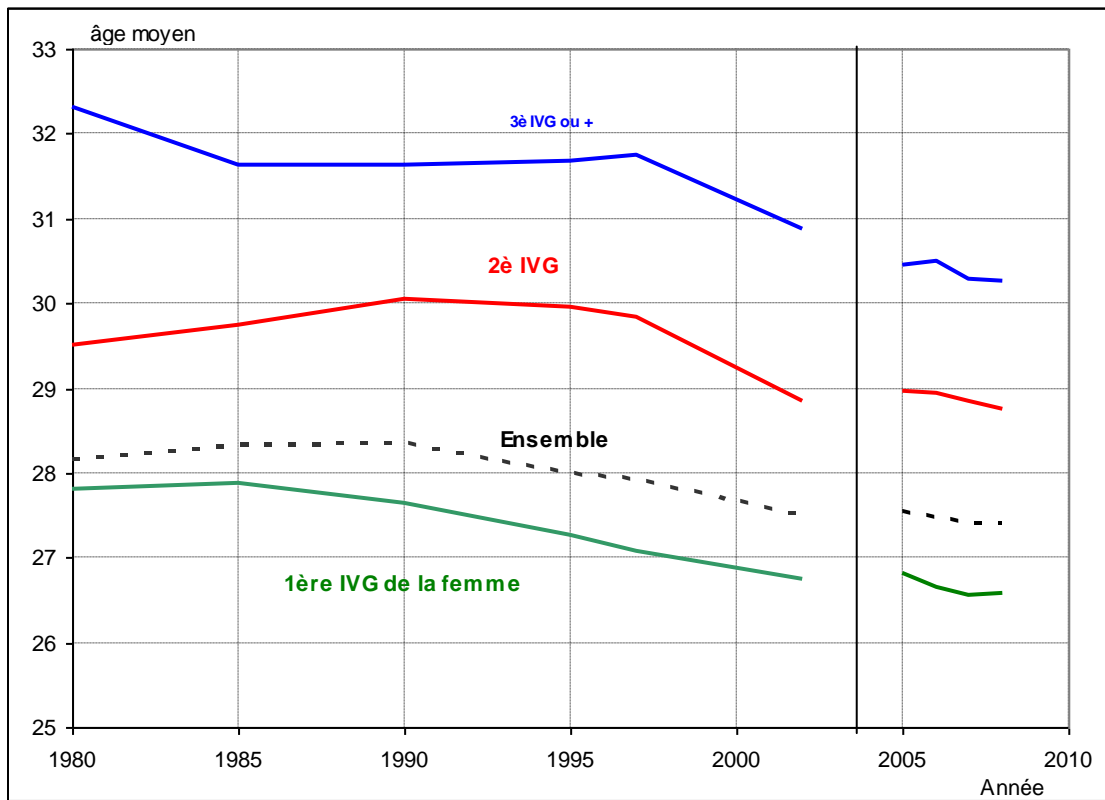
S. SIHVO, N. BAJOS, B. DUCOT, M. KAMINSKI. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57(2003), pp. 601-605.

L. TOULEMON. Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunesses encore différentes pour les femmes et les hommes. in N. BAJOS, M. BOZON (dir), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Editions la Découverte, Paris (2008), pp. 163-195.

J. VISINTINE, V. BERGHELLA, D. HENNING, J. Cervical length for prediction of preterm birth in women with multiple prior induced abortions. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 31(2008), pp.198-200.

A. VILAN, M. MOISY. Présentation méthodologique. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007. *Revue Française des Affaires sociales*, 1(2011), pp. 69-85.

Figure 1 : Evolution de l'âge moyen à l'IVG selon le rang (France métropolitaine)



Source : Bulletins statistiques des années 1980, 1985, 1990, 1995, 1997, 2002, 2005 et 2007

NB à partir de 2005 les bulletins statistiques ont été changés (le mode de recueil de l'âge de la femme et du rang d'IVG a été modifié)

Tableau 1 - Evolution des caractéristiques des femmes ayant déjà eu au moins une IVG avant l'IVG actuelle (France métropolitaine, IMG non comprises)

Caractéristiques	Pourcentage de femmes ayant déjà eu au moins une IVG auparavant parmi l'ensemble des IVG			Répartition des femmes ayant déjà eu au moins une IVG auparavant (p. 100 IVG de rangs 2 ou plus)		
	1990	1997	2007	1990	1997	2007
<i>Groupe d'âge*</i>						
Moins de 20 ans	4,7	5,3	13,1	2,2	2,5	5,9
20-24 ans	16,1	18,4	31,5	16,7	17,6	23,6
25-29 ans	26,0	27,7	41,5	27,2	25,0	25,7
30-34 ans	29,1	31,7	42,7	26,3	25,4	20,8
35-39 ans	29,1	33,1	41,7	18,7	20,0	15,7
40 ans ou plus	27,0	31,7	41,9	8,3	8,9	7,6
âge non déclaré	24,8	26,0	34,1	0,7	0,7	0,7
				100	100	100
<i>Situation conjugale</i>						
Vit seule	21,3	23,5	34,6	37,0	45,3	57,2
Vit en couple	24,5	27,3	32,7	52,3	48,8	42,1
Situation non déclarée	19,2	18,5	35,2	10,7	5,9	0,7
				100	100	100
<i>Nationalité</i>						
Française	21,7	23,7	32,8	83,0	83,9	85,6
Etrangère	28,8	33,7	41,7	16,0	13,0	14,0
Nationalité non déclarée	20,5	28,4	38,7	1,0	3,1	0,4
				100	100	100
<i>Lieu de naissance</i>						
France métropolitaine	20,9	22,9	32,9	70,3	72,5	74,1
DOM/TOM	33,5	36,7	39,7	3,5	2,1	2,0
Etranger	28,9	31,3	42,1	20,9	25,4	18,4
Lieu de naissance non déclaré	22,1		37,1	5,3		5,5
				100	100	100
<i>Activité professionnelle</i>						
Occupe un emploi	23,5	25,8	36,6	51,4	45,0	47,8
Au chômage	27,1	31,1	42,8	12,2	15,5	9,1
Au foyer	27,6	33,0	46,2	22,2	20,9	12,9
Etudiante, élève	9,3	9,4	15,8	6,0	7,4	18,8
Autre, et situation non déclarée	23,6	29,3	37,3	8,2	11,2	11,4
				100	100	100
<i>Nombre de naissances antérieures</i>						
0	15,3	16,2	22,4	29,6	30,0	30,0
1	27,9	30,9	43,1	23,8	24,4	25,4
2	25,7	29,5	42,1	22,9	23,2	22,0
3 ou plus	30,2	35,4	48,1	22,2	21,4	18,7
non déclaré	100(2)	100(2)	79,3	1,5	1,0	3,9
TOTAL	22,6	24,8	34,6	100	100	100

* En 1990 et 1997, il s'agit de l'âge atteint l'année de l'IVG, en 2007, de l'âge au moment de l'IVG

Sources : bulletins statistiques des années 1990, 1997 et 2007 remplis par les médecins au moment de l'IVG. En 2007, les informations relatives à la situation conjugale et à la nationalité ne figurent plus dans le bulletin mais ont été collectées dans le cadre de l'enquête IVG-2007.

Lecture partie gauche du tableau : Au total, 34,6% des femmes ayant eu une IVG en 2007 en avaient déjà eu une précédemment (contre 22,6% en 1990). Ce pourcentage est de 41,7% en 2007 pour les femmes de nationalité étrangère contre 32,8% pour celles de nationalité française (ces chiffres étant respectivement de 28,8% et 21,7% en 1990).

Partie droite du tableau : les femmes de nationalité étrangère représentaient 14% des femmes ayant eu au moins une IVG antérieure en 2007 contre 16% en 1990

Tableau 2 : Caractéristiques sociales associées en 2007 au fait d'avoir déjà eu une IVG

	1 ^{ère} IVG	2 ^{ème} IVG	3 ^{ème} IVG		2+ IVG versus 1 IVG	p
<i>Total</i>	66,8	24,8	8,4		OR ajusté* (IC 95%)	
<i>Age</i>						
<20	87,1	11,8	1,1	100	1	<0.0001
20-24	70,7	24,1	5,2	100	2,5 (1,8-3,5)	
25-29	59,6	28,9	11,5	100	3,6 (2,4-5,3)	
30-34	59,8	28,1	12,1	100		
35 +	58,9	29,1	12,0	100	3,4 (2,2-5,2)	
<i>Vie en couple</i>						
non	66,2	24,6	9,2	100	1,8 (1,4-2,3)	<0.0001
oui	67,4	25,2	7,4	100	1	
<i>Nombre d'enfants</i>						
0	78,4	17,9	3,7	100	1	<0.0001
1	58,2	30,7	11,1	100	1,9 (1,5-2,4)	
2	59,1	29,1	11,8	100	1,8 (1,3-2,5)	
>2	50,9	33,0	16,1	100	2,8 (2,0-3,9)	
<i>Pays de naissance</i>						
France	68,7	23,9	7,4	100	1	0,01
Afrique sub-saharienne	48,1	35,2	16,7	100	1,8 (1,1-2,7)	
Autres	63,3	24,8	11,9	100	1,1 (0,8-1,4)	
<i>Niveau d'éducation</i>						
<Bac	64,7	24,9	10,4	100	1	0,04
Bac professionnel	72,1	21,9	6,0	100	0,7 (0,5-0,9)	
Bac général	67,1	25,1	7,8	100	1,0 (0,7-1,3)	
Bac +2	66,1	27,8	6,1	100	0,9 (0,7-1,2)	
>Bac +2	73,5	21,8	4,7	100	0,6 (0,5-0,9)	
<i>Mutuelle</i>						
oui	68,6	24,1	7,3	100	1	
non	62,5	27,0	10,5	100	1,5 (1,2-1,9)	0,0003
<i>Activité professionnelle</i>						
Travaille	64,9	27,8	8,4	100	1	
Etudiante	85,8	12,6	1,6	100	0,6 (0,4-0,8)	0,012
chômage/ inactive/autre	60,6	27,8	11,6	100	1,0 (0,8-1,4)	

Source : enquête DRESS 2007

* Les OR sont ajustés sur l'âge, la parité, la situation de couple, le pays de naissance, le niveau d'études, la mutuelle et la situation professionnelle

Tableau 3 : Recours répété à l'IVG et caractéristiques contraceptives

	1ère IVG	>2 IVG	OR ajusté* (répétée versus 1 ^{ère})	IC95%	p
<i>Contraception juste avant l'IVG</i>					
médicale	25,7	34,0	1		0,007
non médicale	36,4	31,7	0,7	0,6-0,9	
pas de contraception	37,9	34,3	0,6	0,5-0,8	
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>			
<i>% de femmes déclarant que la contraception utilisée avant l'IVG ne leur convenait pas</i>					
	36,3	48,1	1,4	1,1-1,7	0.008
<i>Contraception prescrite après l'IVG</i>					
médicale	77,1	79,5	1		0,07
non médicale	0,4	0,8	1,6	0.6-5.4	
pas de contraception	22,4	19,7	0,8	0.7-1.0	
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>			
<i>A reçu une information sur la contraception lors de l'IVG</i>					
	80.3	81.9			NS

Source : enquête DRESS 2007

* Les OR sont ajustés sur l'âge, la parité, la situation de couple, le pays de naissance, le niveau d'études, la mutuelle et la situation professionnelle