



HAL
open science

L' IVG comme moyen de contraception : état des lieux sur les interruptions volontaires de grossesse obtenues par échec de contraception, à Nancy, en 2009, chez des femmes de 15 à 49 ans

Arthur Gerometta

► To cite this version:

Arthur Gerometta. L' IVG comme moyen de contraception : état des lieux sur les interruptions volontaires de grossesse obtenues par échec de contraception, à Nancy, en 2009, chez des femmes de 15 à 49 ans. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01886010

HAL Id: hal-01886010

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886010>

Submitted on 2 Oct 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

*L'IVG COMME MOYEN DE
CONTRACEPTION*

Etat des lieux sur les interruptions volontaires
de grossesse obtenues par échec de
contraception, à Nancy, en 2009, chez des
femmes de 15 à 49 ans

Mémoire présenté et soutenu par
Arthur GEROMETTA

Promotion 2006-2010

A ma mère, Catherine GEROMETTA, décédée le 20/10/2009

Madame Jocelyne PONTUS, Sage-femme du centre de planification et d'éducation familiale de l'hôpital Villemin, et experte de ce mémoire.

Soyez remerciée d'une part pour votre disponibilité, votre soutien, vos conseils éclairés et d'autre part pour avoir su arranger les rendez-vous avec les différents intervenants nécessaires à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci également à l'intention du personnel du centre d'orthogénie de l'hôpital Villemin qui m'a accueilli avec le sourire, a pris le temps de m'expliquer le fonctionnement de la structure et surtout qui a veillé à la distribution de notre questionnaire. Plus particulièrement, nous remercions le professeur Jean-Luc SCHMUTZ, chef de service, qui a autorisé la mise en place de cette étude dans ses murs ainsi que les docteurs Thierry SCHVARTZ et Jersy STANDO qui nous ont permis de les suivre dans leurs consultations ainsi qu'au bloc opératoire.

Un clin d'œil également, à cette occasion, à tout le personnel du centre de planification de l'hôpital Villemin, qui, par son expérience et ses précieux conseils, a grandement participé à l'élaboration de ce mémoire.

Enfin, nous tenons à remercier toutes ces patientes qui, par leurs témoignages et leurs réponses, ont permis de mettre en évidence certaines vérités concernant l'IVG. La réalisation de cet ouvrage n'aurait pu avoir lieu sans leur participation. Encore merci de nous avoir consacré un peu de temps en ce moment si douloureux de la vie d'une femme.

SOMMAIRE

Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction	7
Partie 1 La question de l'IVG : un vaste débat	9
1. Les enjeux de la diminution du nombre d'ivg.....	10
1.1. Conséquences d'une IVG pour la femme, l'homme, le couple	10
1.1.1. Atteinte physique	10
1.1.2. Atteinte psychologique	11
1.1.3. Les hommes avortent également.....	13
1.2. Problématiques d'hier et d'aujourd'hui engendrées par l'IVG.....	15
1.2.1. Le coût de l'IVG	15
1.2.2. Problématiques et enjeux législatifs.....	17
1.2.3. Questions d'éthique.....	20
1.2.4. Vers une politique européenne en matière d'IVG ?.....	24
1.2.5. L'IVG et la société française.....	25
1.2.6. Problématiques religieuses.....	27
2. Un nombre incompressible d'IVG.....	30
3. De l'intérêt d'autoriser les sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses	
37	
Partie 2 L'étude	44
1. Justification et mise en place de l'étude	45
2. Recueil et exploitation des données	51
Partie 3 Réalisation de l'état des lieux et pistes de travail.....	63
1. Etat des lieux.....	64
1.1 Taux de participation et ciblage de population	64
1.2 IVG et conditions socio-économiques	67
1.2.1 Les jeunes appartiennent à la catégorie de population la plus à risque de faire une IVG.....	67
1.2.2 Les patientes célibataires sont à risque de grossesse non désirée et d'IVG du fait du manque d'utilisation de contraception fiable.....	68
1.2.3 Les femmes qui n'ont pas de revenus réguliers n'ont pas accès à une contraception efficace du fait du coût élevé des contraceptifs	70
1.2.4 De l'intérêt du remboursement des contraceptifs par la Sécurité Sociale	71
1.2.5 Les patientes dans la vie active et consultant pour une IVG soulignent davantage des problèmes d'information que de coût.....	73
1.3 IVG et condition obstétricale	74
1.3.1 Les raisons pouvant pousser les femmes jeunes de moins de 30 ans à faire une IVG.....	75

1.3.2	Les raisons pouvant pousser les femmes de plus de 30 ans à faire une IVG	76
1.3.3	Le problème de la récurrence.....	76
1.4	IVG et pratiques contraceptives.....	79
1.4.1	Près de 40% des patientes demandant une IVG n'avaient pas de contraception efficace lors du rapport sexuel fécondant.....	79
1.4.2	Et qu'en est-il des autres 60% pourtant sous contraception efficace ? ...	81
1.4.3	Les idées reçues et stéréotypes véhiculés par les français portent de graves torts en matière de contraception.....	83
1.4.4	Une absence de prise de pilule du lendemain dans 94% des cas	86
1.4.5	De l'intérêt d'éduquer convenablement nos patientes en matière de pratiques contraceptives après leur IVG	90
2.	Recommandations issues de l'étude	92
	Conclusion.....	94
	Bibliographie	98
	TABLE DES MATIERES	100
	Annexe 1.....	102

PREFACE

Tout commence par deux constats. Le premier correspond au nombre moyen des naissances par an, en France, qui se chiffre aux alentours de 800 000. Face à lui, le nombre conséquent d'IVG, à l'échelle nationale, qui est, chaque année, proche des 200 000. Ainsi, sur ces 1 000 000 de grossesses, une sur cinq sera vouée à prendre fin sous les aspirations de la femme, du couple. C'est ce rapport qui m'a toujours révolté, et ce comme beaucoup d'autres professionnels avant moi. En effet, quand on est habitué depuis quelques années à contribuer à la naissance des bébés, on a forcément un goût amer quand viennent consulter des femmes dont les antécédents obstétricaux font état de précédentes interruptions de grossesse et ce d'autant plus quand on a, dans son entourage, des proches qui ont des difficultés à enfanter.

De là est né mon intérêt pour ce sujet. Je voulais chercher autant que possible à comprendre les aspirations de ces femmes et, par la même occasion, essayer de cerner pourquoi, malgré la présence sur le marché de plusieurs contraceptifs efficaces, le nombre de ces grossesses non désirées est encore si élevé à l'aube du XXIème siècle.

C'est à travers l'élaboration de ce mémoire que j'ai appris à comprendre ces femmes, en prenant tout simplement le temps de les écouter, en mettant de côté mes préjugés. C'est ainsi qu'on se rend compte que cette situation aurait pu arriver à n'importe qui. Et oui, malgré une contraception efficace et bien prise, il existe des femmes qui déclarent des grossesses. De même, humains avant toute chose, nous commettons tous des erreurs : ce n'était pas le bon jour, on oublie, on ne fait pas attention. Autant de situations quotidiennes qui rythment nos vies. Donc pourquoi pas également en matière de contraception ? Ces mécanismes de l'IVG sont tout aussi complexes que variés. Certes, certains de ces avortements auraient pu être évités, mais ce n'est pas le cas de tous. Je vous propose donc de prendre connaissance de toutes ces spécificités à travers les lignes de ce mémoire et vous souhaite de découvrir, tout comme moi, un visage de la France, qui, bien que présent, est souvent méconnu. Puissiez-vous trouver un engouement pour ce sujet tout comme j'ai pu moi-même le vivre en côtoyant ces femmes puis en mettant par écrit toutes ces réflexions.

Introduction

La maîtrise de la fécondité humaine résulte de la mise en œuvre de procédés variés qui, avec le temps, sont devenus de plus en plus efficaces. Déjà, à l'échelle démographique, la seule pratique du coït interrompu fit baisser sensiblement la natalité dans certains pays au XVIIIe siècle et surtout au XIXe siècle.

L'apparition de ces contraceptions, aussi précaires soient-elles, apportèrent un changement radical dans les relations hommes / femmes car les rapports sexuels n'étaient plus fondés sur l'objectif premier de la procréation, mais bien davantage sur la recherche du plaisir, de la béatitude.

Au XIXe siècle furent mis au point des procédés mécaniques (préservatifs masculins et féminins en latex liés à l'apparition du caoutchouc) qui sont encore en usage de nos jours. L'apparition des contraceptifs par voie orale et celle du dispositif intra-utérin, très efficaces, ont modifié sensiblement les données de la contraception.

Toutefois, l'efficacité pratique d'une méthode ne dépend pas uniquement de son degré de perfection technique, mais encore de l'acceptabilité du procédé et des motivations des couples qui y ont recours. À cet égard, les dernières techniques contraceptives n'ont pas eu l'effet miracle attendu, notamment vis-à-vis du taux de natalité du Tiers Monde.

Cependant, dans les cas où ces techniques contraceptives se sont révélées inefficaces, cette maîtrise de la fécondité est passée également par une étape consécutive plus directe qu'est l'avortement. Ainsi, depuis la nuit des temps, les femmes eurent recours à différentes techniques, plus ou moins artisanales selon l'époque, afin de mettre un terme à cette grossesse non désirée et ceci avec, d'ailleurs, plus ou moins de succès. Dans l'histoire de France, cette pratique a toujours été interdite, pour des raisons évoluant dans le temps, et s'est vue plus ou moins réprimée selon la période.

En 1975, la loi Veil autorise et encadre juridiquement une pratique qui demeurait jusque là inégale : l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi apparaîtrait le droit aux femmes françaises à disposer de leur utérus et la possibilité de mettre fin à une grossesse jeune, non désirée, dans la limite de 12 SA dans un premier temps, récemment reculée à 14 SA.

Plus de trente ans après la promulgation de la loi, l'IVG reste pourtant aussi fréquente qu'à la fin des années 1970, comme l'atteste le dernier taux publié par le Ministère de la Santé faisant état de 209 700 IVG pour l'année 2006, et alors que les moyens de contraception sont sans cesse plus performants.

Un tel paradoxe pousse au questionnement.

Nous allons, dans un premier temps, nous intéresser aux conséquences qu'entraîne l'IVG, et ce, à deux échelles distinctes, celle du couple, d'une part, et de la nation, d'autre part. Ensuite, nous tenterons de comprendre pourquoi il semble exister un nombre incompressible d'IVG et pour quelles raisons il apparaît comme nécessaire que la sage-femme puisse pratiquer des avortements médicamenteux. Dans une deuxième partie, nous expliquerons le déroulement de notre étude, nos hypothèses de travail et les buts recherchés. En outre, nous extrairons les principales sous forme de graphiques.

Enfin, dans un dernier temps, nous réaliserons un état des lieux sur les interruptions volontaires de grossesse, à Nancy, et en tirerons des recommandations, qui, dans la mesure où elles sont appliquées devraient permettre la diminution de ce nombre non négligeable d'avortements légaux.

Partie 1 La question de l'IVG : un vaste débat

1. LES ENJEUX DE LA DIMINUTION DU NOMBRE D'IVG

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est tout sauf un acte banal, même si nous pouvons observer, chez certaines femmes, d'alarmantes récidives. En effet, les conséquences de cet acte sont multiples et ne touchent pas uniquement le couple, c'est-à-dire la femme et son conjoint, si toutefois conjoint il y a, puisque les répercussions se font également sentir à une échelle bien plus importante, celle de la nation et de la société. Ainsi, nous allons tenter de bien cibler ces conséquences afin de démontrer que la diminution du nombre d'IVG est une nécessité. Or, c'est notre rôle de professionnel que de lutter efficacement contre ce problème de santé publique, en mettant en place une stratégie de prévention, d'écoute et d'éducation de nos patientes vis-à-vis des grossesses non désirées. Les sages-femmes, principales intervenantes en matière d'obstétrique, se doivent donc de connaître cette problématique et les conséquences qu'elle entraîne.

Nous allons donc commencer par étudier les répercussions d'une IVG à l'échelle individuelle au niveau du couple demandeur.

1.1. Conséquences d'une IVG pour la femme, l'homme, le couple

Du point de vue de la femme en premier lieu.

1.1.1. Atteinte physique

Cet acte est-il vraiment anodin pour la santé de ces patientes ? Il est vrai qu'il existe des complications post-IVG, dont la prévalence est faible, mais qui augmente statistiquement en fonction de l'âge de grossesse. Elles sont de trois ordres [1]:

- immédiates : dans moins de 1% des cas, des hémorragies importantes peuvent apparaître ; pour l'IVG chirurgicale dans 1 cas pour 1000 apparition d'une perforation utérine nécessitant une intervention secondaire ; des décès liés à l'anesthésie générale peuvent être constatés mais l'incidence est très faible, d'où l'intérêt d'une anesthésie locale pour effectuer l'acte chirurgical.

- différées : des hémorragies utérines secondaires apparaissent dans environ 1 cas pour 1000 ; dans 1% des cas, une rétention ovulaire partielle nécessitant une nouvelle aspiration se produit ; dans 1 cas pour 3000, la rétention ovulaire totale est constatée et nécessite une nouvelle intervention ; dans 0.5% des cas, des complications infectieuses mineures ou plus importantes sont constatées. Elles sont favorisées par la rétention placentaire qui oblige alors à entreprendre un curetage sous antibiotiques.
- tardives : l'immunisation anti-rhésus apparaît dans 3 à 10 IVG pour 100 si la patiente est de rhésus négatif et si la séro-prévention par les gammaglobulines n'a pas été effectuée ; pour les futures grossesses, la probabilité d'une implantation basse du placenta nécessitant une césarienne est plus importante.

La grande interrogation récurrente porte sur la possibilité d'une atteinte de la fertilité. En effet, les femmes sont anxieuses de leur devenir obstétrical car si pour le moment un enfant n'est pas le bienvenu, elles demeurent souvent désireuses de grossesse dans les années à venir. Fort heureusement, la fertilité ultérieure ne semble pas affectée par une IVG. L'existence de ces complications rappelle donc que l'IVG n'est pas un acte banal.

1.1.2. Atteinte psychologique

Et qu'en est-il des complications psychologiques pour nos patientes, car selon l'OMS « la santé » se caractérise par « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Que peuvent donc ressentir nos patientes vis-à-vis de cet acte ?

Alors que l'avortement est institué comme un droit depuis plus de trente ans, la majorité des femmes le vit encore dans une culpabilité terrassante. « Pour des raisons propres à chacune, tantôt culturelles, tantôt familiales, ou liées à leur trajectoire individuelle » explique la psychanalyste Geneviève Delaisi de Parseval dans son livre *La Part du père* [2]. La honte, quant à elle, se révèle à l'égard des autres enfants, ceux qui sont déjà là ou qui naissent par la suite.

« Je suis une criminelle », « Je vais tuer mon bébé et j'espère que Dieu me punira ». Ces paroles nous expriment la culpabilité intense que ressentent certaines, croyantes ou non, et avec laquelle elles devront vivre peut-être le restant de leurs jours. Certaines réflexions dont nous font part nos patientes « Si j'en parlais à mon copain, il me quitterait » nous indiquent l'isolement relationnel dans lequel certaines sont plongées. Pour d'autres, c'est à la ménopause que revient de façon harcelante le souvenir de « l'enfant sacrifié ». Parfois, ce sont des difficultés sexuelles qui se chargent de traduire leur malaise intérieur. Certaines, il est vrai, assument leur choix sans traumatisme apparent. Mais combien sont-elles ?

« Quelque chose, dans leur histoire, n'a pas permis aux femmes d'avoir cet enfant-là. Mais celles qui avortent sont aussi celles qui ont – ou auront – des enfants », assure Bernadette Rondot-Mattauer dans son livre *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens* [3]. En effet, combien de patientes peuvent nous parler de leur précédente IVG au détour de leur grossesse actuelle, au hasard des consultations ou même parfois jusqu'en salle d'accouchement alors que le bébé est sur le point d'arriver. C'est lors de ces rencontres que l'on peut se rendre compte que les blessures ne sont pas pensées. Ces femmes se projettent alors avec force dans leur futur bébé, se promettant d'être de meilleures mères pour lui que pour son aîné qui n'aura pas vécu.

Ne nous méprenons pas, une IVG n'est jamais anodine, même chez les patientes qui ont déjà connu plusieurs fois cet acte. Chaque situation est unique et arrive à un moment précis de la vie de la femme et le dilemme en est souvent d'autant plus délicat. Nous nous souviendrons toujours d'une patiente qui, lors de l'écho de datation permettant de fixer la date de l'IVG, nous avait soufflé dans un sanglot qu'elle ne savait plus où elle en était et qu'elle devait faire le choix entre accepter cet enfant ou sa récente promotion à un poste important de facto incompatible avec toute idée de grossesse. Que dire à cette patiente qui vous demande conseil, de prendre une décision pour elle ? Il est alors difficile de faire comprendre à toutes ces femmes qu'elles doivent faire leur choix seules, avec les conséquences qu'il implique, notre rôle se limitant à l'accompagnement. Toutes comptent alors pendant des années l'âge qu'aurait eu leur enfant s'il avait vécu. Fort heureusement, cette culpabilité peut être surmontée avec un accompagnement psychologique.

Mais combien de ces patientes vont prendre l'initiative de prendre un rendez-vous avec une assistante sociale ou une conseillère conjugale ? Sur l'ensemble des IVG effectuées sur l'année 2008 au centre d'orthogénie de l'hôpital Villemin, seules 79 patientes ont consulté pour un entretien pré IVG dont 43 mineures pour qui l'entretien est obligatoire, soit 36 patientes majeures uniquement. Et qu'en est-il du suivi post-IVG ? Il ne demeure que 22 patientes. Ces chiffres sont explicites, surtout s'ils sont combinés au fort absentéisme lors des contrôles de la vacuité utérine post-IVG pourtant obligatoires. On peut donc observer une fuite de nos patientes, qui préfèrent visiblement gérer leur détresse seules de leur côté, plutôt que de devoir affronter une nouvelle fois le regard d'un professionnel de santé. Elles préfèrent oublier, mais ce n'est pas si facile, d'où parfois la réapparition de la douleur à l'occasion d'une nouvelle grossesse.

1.1.3. Les hommes avortent également

Face aux choix et à la détresse de la femme, on omet souvent la place de l'homme dans la mise en place d'une IVG. Or, il est le second pilier du couple, même s'il n'a aucun droit sur le contenu intra-utérin de sa compagne. A ce titre, certains hommes parlent d'injustice dans le fait que la femme peut seule choisir de la destinée de leur enfant. Cependant, la loi est claire et irrévocable : la femme seule peut faire la demande d'une IVG et elle doit le faire sans qu'aucune pression ne s'exerce sur elle. Cependant, il est difficile de contrôler ce fait chez les patientes majeures contrairement aux mineures qui bénéficient de l'obligation de se présenter à l'entretien psychosocial. Rappelons d'ailleurs que ces jeunes femmes, en raison de leur situation précaire, sont beaucoup plus exposées à risque de pression de leur entourage, et notamment de leurs parents.

Dans tous les cas, il semble que l'homme n'assume pas forcément ce choix de l'IVG même s'il le souhaite également. En effet, il est rare de les voir se présenter aux côtés de leurs compagnes qu'il s'agisse des rendez-vous précédant l'IVG ou du jour fatidique où l'on met un terme à la grossesse. On peut s'interroger sur les raisons qui poussent l'homme à être l'abonné absent lors de ces IVG.

Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Peut-être avant tout parce qu'il n'y a pas de père bien précis, donc personne à avertir, à l'instar des relations dites « d'un soir », relations éphémères où la pulsion se substitue au désir. D'où la difficulté dans ces cas à responsabiliser l'homme.

A cet effet, à la lumière de notre étude, il y a lieu de relever que 33% des femmes demandant une IVG liée à un défaut de contraceptif sont célibataires. C'est dire que cet état de fait peut expliquer, en premier lieu, cet absentéisme et, par voie de conséquence, la difficulté compréhensible qu'ont les femmes à garder en leur sein l'enfant d'un inconnu. Se pose également le problème de la lâcheté de certains pères. De vibrants témoignages narrés au détour d'une consultation permettent de créditer cette thèse : « je lui ai dit que j'étais enceinte, il m'a quitté ». A nous d'imaginer la détresse de ces femmes qui doivent assumer seules cet IVG. Mais face à cela, si l'homme fuit si facilement, c'est peut-être qu'il cherche à se protéger de cette situation et donc qu'il n'y est pas indifférent. De surcroît, combien de femmes vont cacher leur grossesse non désirée à leurs compagnons pour éviter le déchirement de leur couple ? N'est-ce pas déresponsabiliser l'homme que d'agir ainsi ?

Et, parfois, a contrario, c'est l'homme qui souhaite garder la grossesse, et qui ne peut qu'assister impuissant à la demande d'une IVG par sa compagne. Cette situation fait naître des revendications masculines par rapport à cet enfant à naître. Cependant, le législateur de 1975 n'en a cure. Ainsi, chaque situation est unique et fait appel à une composante multifactorielle qui s'insère dans le vécu du couple. La psychanalyste Geneviève Delaisi de Parseval s'est également penchée sur le problème de l'absence des hommes face à l'IVG et rappelle que « le désir d'enfant vient également à l'inconscient masculin. Lorsque l'on parle de l'avortement, on est prompt à dénoncer la lâcheté ou l'indifférence des hommes. Mais on oublie que leur histoire peut les empêcher, eux aussi, d'accéder à la paternité » [2]. « La grossesse et son interruption revêtent alors les mêmes enjeux que pour les femmes » poursuit Bernadette Rondot-Mattauer, psychologue [3]. « Les uns peuvent avoir besoin de s'assurer de leur fécondité, les autres de se démarquer de leur propre père ou encore de médiatiser un deuil. » Ainsi, l'homme est soumis aux mêmes problématiques inconscientes que la femme. Dans ce cas pouvons-nous rêver d'un meilleur soutien face à la détresse de notre patiente ? Et cette dernière, de même, le lui rend bien, car les hommes souffrent également de cette situation. C'est la chair de leur chair qui est ainsi vouée à la disparition et c'est un choix difficile à accepter même s'il est consenti.

Les femmes reprocheront longtemps aux hommes leur mise à l'écart durant cette épreuve difficile qu'est l'IVG, qu'elles vont vivre tant d'un point de vue physique que moral.

Mais la fuite volontaire des hommes n'est-elle pas le signe de leur propre détresse ? Assister impuissant à cette IVG ne ferait peut-être que renforcer ce sentiment car, dans cet acte, l'homme peut être autant blessé moralement que sa compagne ou épouse. Et tandis que de nombreux couples se défont à la suite d'un avortement, l'IVG est aussi, parfois, ce qui scelle leur union.

Ainsi, nous pouvons donc conclure que la réalisation d'une IVG est à risque pour la femme tant au niveau de sa santé physique que psychologique, et ce, d'autant plus que le soutien d'un compagnon n'est pas toujours acquis, ce qui peut renforcer cette sensation de détresse. Interrogeons-nous maintenant sur les conséquences qu'implique l'IVG à l'échelle de notre nation. Nous allons donc soulever plusieurs problématiques comme celles du coût de ces actes, des législations successives, d'éthique, ou encore des tensions sociétales. Ces thèmes économiques, juridiques et moraux vont donc nous permettre de mettre en évidence l'ampleur de ce problème de Santé Publique et par là même, la nécessité de diminuer le nombre de ces IVG.

1.2. Problématiques d'hier et d'aujourd'hui engendrées par l'IVG

En toute première place vient la problématique du coût des IVG.

1.2.1. Le coût de l'IVG

Le déficit du régime général, que la commission des comptes de la sécurité sociale a déclaré, a été estimé le 15 juin 2009 à 11.6 milliards d'euros, soit proche des 10 milliards d'euros de déficit depuis six années consécutives.

Pour l'année 2009, en revanche, le déficit devrait doubler pour atteindre 20 milliards d'euros, sous l'effet principal d'un effondrement des recettes directement imputable à la chute de l'emploi, lui-même lié à la crise économique actuelle. La branche maladie devrait être la plus fortement touchée, avec une dégradation de son solde d'environ 5 milliards d'euros (soit un déficit de 9,4 milliards), mettant un terme au redressement progressif engagé depuis 2005.

C'est au regard de cette politique financière d'économie qu'il va donc falloir évoluer dans les années à venir. Sachant que l'IVG est remboursée entre 80 et 100% par la sécurité sociale, une diminution du nombre de ces actes permettrait de diminuer, à son échelle, les dépenses de santé, sachant que le coût d'une IVG médicamenteuse revient à 199.93 euros et à 137.53 euros quand la technique est chirurgicale.

L'IVG est prise en charge à **80 %** par la sécurité sociale pour :

- la patiente qui dispose de sa propre couverture sociale
- la patiente qui bénéficie de la couverture sociale d'une autre personne (ayant droit)
- la patiente qui bénéficie de la Couverture Maladie Universelle de base (CMU)

La plupart des organismes de protection complémentaire (les mutuelles et les assurances) complète ce remboursement.

L'IVG est prise en charge à **100 %** quand :

- la patiente qui bénéficie soit en propre soit en qualité d'ayant droit à la Couverture Maladie Universelle complémentaire
- la patiente de nationalité étrangère qui réside en France et ne peut pas bénéficier d'une assurance maladie ou de la CMU. Dans ce cas, elle bénéficie de l'Aide Médicale d'Etat.

Une assistante sociale, le centre de planification ou l'établissement dans lequel l'IVG est pratiquée peuvent aider les femmes dans toutes les démarches nécessaires pour la prise en charge.

A cela viennent s'ajouter les dépenses annexes : les consultations médicales préalables à l'IVG et les échographies qui sont prises en charge à 70 %, et les analyses biologiques qui sont prises en charge à 60 %. Les consultations médicales et certaines analyses biologiques sont gratuites lorsqu'elles sont réalisées dans un centre de planification et d'éducation familiale.

Les organismes de protection complémentaire (les mutuelles et les assurances) complètent ce remboursement. Si la femme bénéficie de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale d'Etat, ces actes sont pris en charge à 100%.

Ainsi, toutes les patientes peuvent avoir accès à une IVG quelque soit leurs conditions socio-économiques, les plus démunies voyant l'acte pris en charge en totalité par la Sécurité Sociale.

Le dernier état des lieux en matière d'IVG date de 2006, où on notait 209 699 IVG avec un taux d'IVG médicamenteuses à hauteur de 46% comme l'indique le tableau suivant. Un rapide calcul permet de nous donner une estimation du coût des IVG pour l'année 2006. Soit 27 887 282.85 € soit la somme versée par la Sécurité Sociale, et ce, en admettant que toutes les patientes aient eu un remboursement de 80 % ce qui n'est pas le cas, d'où un montant encore plus important en définitive.

	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
Part des IVG médicamenteuses	35 %	38 %	42 %	44 %	46 %

Études et résultats n° 659, DREES, Les interruptions volontaires de grossesse en 2006.

Viennent ensuite les problèmes législatifs. Pourquoi légaliser l'IVG ? Quelles ont été les grandes modifications législatives depuis la mise en place de la loi Veil ?

1.2.2. Problématiques et enjeux législatifs

L'interruption de grossesse au cours de l'histoire de l'humanité a toujours été pratiquée, de manière clandestine ou officielle. En France, elle était officiellement interdite depuis le dix-neuvième siècle, mais la loi était appliquée avec une certaine clémence entre les deux Guerres Mondiales. Une sévérité accrue est apparue à partir de 1941, date à laquelle l'interruption de grossesse est devenue passible de la peine de mort.

Pourtant, malgré cette menace, il y avait toujours un public demandeur et des individus présents pour le satisfaire. Mais à quel prix ? Un véritable commerce se mit donc en place et les principaux protagonistes, davantage charlatans que médecins, firent des ravages au sein de la population féminine de l'époque. En effet, au regard des sinistres conditions dans lesquelles ces actes étaient réalisés, les femmes mourraient d'infections, d'hémorragies ou de ruptures utérines, et ceci sans compter toutes celles qui devinrent stériles ou furent mutilées à la suite de ces pseudo opérations.

La loi du 28 décembre 1967 ou loi Neuwirth légalise la contraception orale. Cependant, elle ne sera réellement appliquée qu'au cours de l'année 1972 et avec un intérêt limité quant à la régulation des naissances, sans modification notable du nombre d'IVG. Il faudra attendre le 5 décembre 1974 pour que la contraception soit véritablement libéralisée et remboursée par la Sécurité Sociale. C'est dans ce contexte qu'est votée en 1975 la loi sur l'IVG, qui n'est pas une loi morale mais une loi de Santé Publique mise en place afin d'améliorer les conditions dans lesquelles étaient réalisées ces interruptions de grossesse.

La loi de Mme Veil du 17 janvier 1975, relative à l'IVG est confirmée après cinq ans d'évaluation, par la loi du 31 décembre 1979. Le texte de cette loi repose sur un paradoxe : le premier article énonçant «le respect de tout être humain dès le commencement de la vie » mais le reste du texte indiquant que si une femme enceinte est en situation de détresse, alors elle peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. La pratique des IVG devient alors réglementée par le biais de consultations, la mise en place d'un délai de réflexion, la nécessité de fournir une information, l'importance d'un consentement, et surtout la définition de lieux d'exercice. Le médecin, quant à lui, bénéficie désormais d'une clause de conscience: droit au refus du praticien, mais obligation d'information et d'orientation vers un autre confrère.

Les points forts sur lesquels Mme Weil a bâti son argumentation sont : [4]

- la réaffirmation de la protection de la vie sous toutes ses formes par la Société.
L'IVG est une décision grave, et doit par conséquent rester exceptionnelle et ne pas être banalisée. C'est un acte qui doit être laissé à la conscience du couple, et, en dernier ressort, à celle de la femme, qui doit pouvoir décider de garder ou non la grossesse, hors de toute pression, y compris de la part de son conjoint.
- cette décision doit être prise après réflexion, de manière libre et éclairée : c'est là la justification du délai et de la nécessité d'une consultation auprès d'une conseillère conjugale, de façon à ce que la femme reçoive aussi un autre avis que médical.
- l'IVG ne pouvant pas être source de profits du fait de l'article premier, les honoraires seront dorénavant réglementés.

Ces aspects, cette médicalisation étaient présentés par Mme Weil comme une garantie que la santé de la femme serait préservée au mieux. Cela signifie aussi que l'IVG pratiquée par une sage-femme, une infirmière ou toute autre profession de santé reste illégale et sanctionnable. Le 31 décembre 1982, l'IVG est remboursée par la Sécurité Sociale à la hauteur de 80%. Elle devient donc un acte médical "comme les autres", du moins sur le plan administratif, et est désormais accessible à tous. C'est alors qu'un autre problème apparaît : le mouvement anti-IVG, qui jusque là était demeuré pacifiste, change de méthode pour faire valoir ses idées.

Et c'est ainsi que, dès 1987, eurent lieu plus de cent actions ou manifestations contre des établissements publics ou privés avec exercice de pressions morales sur le personnel et harcèlement des patientes, occupation des locaux, dégradation de matériel... Le désarroi des professionnels violemment agressés sur leur lieu de travail, qui ne voulaient pas faire de publicité à ce qui ne paraissait être qu'une poignée d'excités minoritaires, expliqua le retard des institutions à réagir. C'est sous la pression des mouvements féministes, qui comprirent rapidement la gravité de l'enjeu, que les pouvoirs publics vont prendre des mesures afin d'anticiper tout retour du désordre. Ainsi est votée en janvier 1993 la loi Neiertz, qui fait apparaître la notion de délit d'entrave à l'IVG et qui protège la patiente et le professionnel de santé de toute tentative de pression morale ou physique sous peine d'amende et d'emprisonnement. C'est la fin des troubles occasionnés par les commandos anti-IVG.

Le 4 juillet 2001, la loi Aubry instaure un délai supplémentaire de deux semaines aux dix semaines de grossesses instaurées par la loi Veil, le rapprochant ainsi du délai moyen de quatorze semaines pratiqué en Europe. Cet allongement du délai a eu pour objectif d'éviter que des femmes, à ce stade de grossesse, ne soient contraintes de se rendre à l'étranger parce que leur prise en charge n'était plus possible en France. Chaque année, 5 000 femmes se trouvaient hors délai, et près de 80 % d'entre elles parce que leur grossesse datait de dix à douze semaines [5]. En outre, un assouplissement de l'obligation parentale pour les mineures est mis en place, au profit d'un tutorat d'un adulte de référence. Ces dernières ont donc désormais accès à l'IVG sans que leurs parents soient forcément au courant de leur grossesse. Les femmes émancipées, quant à elles, perdent le caractère obligatoire de l'entretien psychosocial.

En novembre 2004, Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, promulgue le décret d'application rendant légale l'IVG médicamenteuse en ville. Le médecin, qui aura conclu une convention avec un hôpital privé ou public, pourra délivrer lui-même à ses patientes, enceintes de moins de 5 semaines, des comprimés de Mifégyne (RU 486) et de Misoprostol (prostaglandines). Les promoteurs de ce décret comparent les risques médicaux liés à cet avortement précoce à ceux d'une fausse couche spontanée et insistent sur le fait que la sécurité de la femme sera garantie, que le médecin sera toujours disponible en cas de complications (forts saignements, ...). C'est la dernière modification majeure de cette loi sur la légalisation de l'IVG.

En conclusion, le parcours législatif ayant conduit au statut actuel de l'IVG a été mouvementé tout au long de son élaboration. De nos jours, on peut encore entendre les partisans anti-IVG faire parler d'eux au détour d'une conversation ou d'une manifestation. On peut donc dire que cette interruption de grossesse a créé un vaste débat social, et de nombreuses problématiques juridiques. En reprenant les termes de la loi Veil de nombreux termes peuvent laisser la porte ouverte au débat. En tout premier lieu, ce problème de définition : où commencent les situations de détresse pour une femme et comment les qualifier ? Suivent ensuite tous les problèmes d'éthique liés à une telle décision : la signification du « droit à l'IVG », les recours abusifs qui existent, même s'ils sont rares, les débats par rapport à la découverte échographique de malformation ou de sexe non désiré et surtout le statut juridique de l'embryon. Ainsi en plus de créer un débat législatif, l'IVG peut également trouver sa place au sein d'un débat éthique.

1.2.3. Questions d'éthique

Le statut de l'embryon est une véritable problématique qui aura fait couler beaucoup d'encre. Tous se mettront d'accord sur le fait que le début de la vie humaine biologique commence dès le stade du zygote à une cellule, exprimant la réussite de la fécondation. Ce n'est pas ce consensus biologique qui est remis en cause, c'est la notion de début de la personne humaine. C'est l'être humain dans toute son individualité qui fait débat.

Là, naît la controverse entre les partisans de l'humanisation immédiate, mouvement à forte tendance catholique, qui reconnaît à l'embryon un statut de personne humaine dès la fécondation et, face à eux, les partisans de l'humanisation différée, qui lui reconnaissent également ce statut mais à distance de la fécondation. Et au sein de cette mouvance, les avis sont une nouvelle fois divisés. Où faut-il fixer cette délimitation ? Au 8ème jour de la nidation correspondant aux données maximales actuelles de la culture embryonnaire ? Au 14ème jour qui correspond à la fin de l'implantation, à la fin de la possibilité d'une division de l'œuf en 2 jumeaux identiques, à la mise en place du 3ème feuillet donnant le futur système nerveux ? A 12 semaines de grossesse où se termine l'embryogenèse et où l'embryon devient fœtus ? A 24 semaines d'aménorrhée correspondant à la limite de viabilité extra-utérine ? Ou en définitive à la naissance où le fœtus devient une personne humaine pour la loi ? [6] Car en effet, ce n'est qu'à la naissance, et à condition de naître vivant et viable, que la personne acquiert un état civil. L'acte de naissance est réservé à l'enfant, même décédé au moment de la déclaration, mais dont il est démontré qu'il a vécu. Dans le cas contraire, seul un acte d'enfant sans vie pourra être établi (art. 79-1 Code civil), et inscrit sur le livret de famille à la rubrique des décès [7].

De ce fait, les dispositions du Code pénal relatives à l'homicide involontaire ne sont pas applicables à l'embryon ou au fœtus comme le confirment les nombreux procès des dernières années du XXème siècle où des familles tentèrent, en vain, d'obtenir un statut juridique pour un fœtus décédé. Même la Cour Européenne des Droits de l'Homme, saisie pour l'occasion demeura prudente, en estimant que le point de départ du droit à la vie, à supposer qu'il s'applique au fœtus, relève de la marge d'appréciation des Etats. Cependant, l'absence de droits subjectifs n'exclut pas que le futur humain bénéficie d'une protection objective, à l'aide des instruments que sont les droits fondamentaux d'inspiration constitutionnelle : respect de l'être humain dès le commencement de la vie, dignité de la personne humaine. Mais alors, dans ce cas, comment tolérer qu'une fois expulsés après une IVG, les embryons soient considérés comme des déchets opératoires et jetés sans ménagement dans la poubelle à risque infectieux ? Le corps législatif ne s'est en définitive préoccupé du fœtus en tant que tel qu'à travers la répression de l'avortement puis la loi sur l'interruption volontaire de grossesse de 1975.

Depuis, le Conseil d'Etat et la Cour de cassation ont à plusieurs reprises affirmé la conformité de la loi sur l'IVG avec la Convention Européenne de Sauvegarde des droits de l'Homme et ses dispositions garantissant le droit à la vie.

Mais la loi Veil n'a pas instauré uniquement l'IVG, car l'article L. 2213-1 du code de la Santé Publique issu de ce texte législatif [4], autorise également l'interruption thérapeutique de grossesse, devenue aujourd'hui interruption médicale de grossesse, et ce à n'importe quel stade de grossesse du moment qu'il existe un péril grave pour la santé de la femme ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Là encore se posent des problèmes éthiques. Comment définir ce péril grave pour la femme ? Quelles en sont les limites ? Quelles sont donc ces maladies incurables qui entrent dans cette catégorie ? En définitive, une fois encore la loi joue sur les mots, laissant la porte ouverte au débat.

De même, le fait que l'embryon ou le fœtus in utero, au statut bien incertain, ni vraiment objet ni vraiment humain, n'ait pas d'existence juridique autonome en dehors de la personne de la femme a permis la mise en place de la législation encadrant la recherche embryonnaire. C'est ainsi que la loi HURIET, modifiée par la Loi 2004-806 du 9 août 2004 ne reconnaît que la recherche sur les femmes enceintes ou les parturientes, et ce, sous certaines conditions assez restrictives [4]. En parallèle, la Loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique subordonne le prélèvement de tissus et de cellules embryonnaires ou fœtaux au consentement écrit de la femme, après une information sur les finalités du prélèvement (art. L. 1241-5 du code de la Santé Publique) [4].

Or, la possibilité d'étudier, directement chez l'homme, les tous débuts du développement embryonnaire est apparue bien avant ces deux lois, du fait de la mise en place de la fécondation in vitro dans les années quatre-vingt. Elle a provoqué un véritable choc émotionnel : pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, le commencement de la vie humaine se trouvait dissocié du corps de la femme gestatrice. Quelle que soit leur utilité du point de vue scientifique et médical, les recherches sur l'embryon humain suscitèrent de très nombreuses interrogations éthiques, tant dans leur principe que dans leurs modalités.

De la réponse métaphysique concernant le statut de l'embryon humain dépend la légitimité de la recherche sur l'embryon in vitro et donc l'avenir de toute recherche sur l'embryon.

Le 5 octobre 2000, le président de l'Assemblée nationale, Raymond Forni, a sollicité l'avis du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé sur le projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception (la future loi Aubry du 04/07/2001), suite à la demande des groupes parlementaires de l'opposition. C'est ainsi que M. Forni écrivit dans une lettre adressée au président du Comité, le professeur Didier Sicard. "Il ne m'apparaît pas que ce texte à portée sociale pose un problème éthique. Cependant, la représentation nationale doit être pleinement informée avant que ne débutent les travaux parlementaires". En effet, l'enjeu éthique était ici l'allongement légal du délai de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, or, c'est à ce stade qu'il devient possible de pratiquer un diagnostic prénatal et de déterminer le sexe de l'enfant [6]. Cela relance les deux principales questions d'ordre éthique posées depuis la « loi Veil », à savoir le statut de l'embryon et le risque d'assister à certaines dérives eugénistes.

En définitive, ce débat, amorcé lors des discussions sur la contraception, puis sur la libéralisation de l'avortement, ne s'est jamais clos. Il fournit toujours trois types de réponses inconciliables. En premier lieu, l'embryon est déjà une personne humaine, cette conception conduisant à condamner toute recherche, et ce dernier ne pouvant par conséquent être traité comme du matériel biologique.

La seconde théorie, selon laquelle l'embryon jusqu'à un certain stade n'est qu'un simple amas de cellules indifférenciées, permet de mener des expérimentations comme tout autre matériel génétique. Et enfin, la troisième tendance pour laquelle l'embryon est un être humain en devenir, une "personne humaine potentielle", selon l'expression du Comité consultatif national d'éthique. En tant que tel, il a droit au respect de sa dignité, ce qui impose la limitation des expérimentations susceptibles d'être pratiquées sur lui. Ni les données de la science, ni celles du droit ne permettent d'arbitrer entre les tenants de ces trois conceptions.

Une dernière question d'éthique est à mettre en évidence. Elle concerne la place du médecin qui va devoir accomplir cet acte. Ce professionnel de santé a un devoir d'assistance sur un fond d'évolution de la société, de la loi et des libertés individuelles. Mais, face à cela, le médecin se heurte à un dilemme éthique où il se doit de défendre la vie et ne saurait par conséquent donner la mort. Cette théorie se retrouve dans le serment d'Hippocrate, qui inculque un certain nombre de valeurs au praticien, et dans lequel est notamment stipulée la phrase suivante : « Je ne provoquerai jamais la mort délibérément ». Accepteur de l'IVG, c'est pourtant ce que fait le médecin vis-à-vis de l'embryon. Cependant, il le fait dans un cadre bien précis où, pour lui, la santé de la mère, au sens de son bien être physique, psychique et social, prime sur celle de l'enfant. Il ne subsiste alors pour lui qu'un seul impératif: agir au mieux pour préserver la santé actuelle et les capacités procréatrices de la patiente. L'IVG est un acte médical, qui engage la responsabilité du médecin et sollicite en lui une grande capacité de compréhension : ne pas juger est peut-être le plus difficile dans certains cas. D'ailleurs, est-ce possible ? On peut tâcher de rester neutre, impassible devant une patiente. Mais si l'extérieur, stoïque, demeure de marbre, ce n'est qu'une apparence trompeuse pour masquer cet intense conflit interne où les choix et sentiments de la patiente, se heurtent aux valeurs et à l'expérience que ce dernier aura accumulées tout au long de sa vie. En définitive, même si ses convictions personnelles le poussent à accomplir un tel acte, il ne peut y demeurer insensible.

C'est pourquoi la loi qui révisé l'IVG a été débattue dans un souci de prévention et prône l'intérêt de la contraception, de l'éducation à la santé et à la sexualité.

Il importe donc d'insister sur l'information et l'accès aux soins en termes de sexualité et de contraception, l'IVG étant souvent une situation d'échec de ces démarches, ceci afin de limiter le nombre d'interventions à accomplir par ces médecins. En plus de faire face à toutes ces questions éthiques, la France doit aussi s'adapter et s'intégrer dans une politique européenne d'avortement.

1.2.4. Vers une politique européenne en matière d'IVG ?

En effet, c'est afin de réduire les fortes migrations de patientes à l'étranger dans le but de subir une IVG que le délai de 10 semaines de grossesse, voté à l'origine en 1975, a été allongé de deux nouvelles semaines par la loi sociale Aubry.

Mais, même si la France s'est recentrée sur la moyenne européenne, elle compte parmi ses voisins, des pays défiant toute concurrence en matière d'IVG. C'est le cas de l'Espagne, où cette dernière peut-être pratiquée jusque 22 semaines ou encore l'Angleterre jusque 24 semaines atteignant de ce fait la limite de viabilité du fœtus. [8]. Combien de françaises, aidées par le Mouvement Français pour le Planning Familial, se rendent ainsi en territoire étranger pour mettre un terme à leur grossesse non désirée, une fois passés les délais en France ? Et à quel prix ? Ne risquons-nous pas de faire apparaître dans les pays limitrophes un commerce crapuleux basé sur l'IVG, exercé par des gens malhonnêtes sans aucune compétence comme ce fût le cas en France avant 1975 ? Pourquoi ne pas uniformiser les pratiques européennes autour de l'IVG ?

L'Institut pour la politique familiale (IPF) a dressé le bilan de l'avortement dans l'Union Européenne. Terrifiant. En 2007, on a enregistré plus d'1 200 000 avortements en Europe, équivalent à 1 avortement toutes les 25 secondes et les toutes dernières estimations portent à 13 millions le nombre total d'interruptions de grossesse effectuées sur ces dix dernières années, sur la péninsule européenne. Selon l'IPF, il s'agit d'une des principales causes de baisse démographique européenne. L'Espagne est le pays qui enregistre la plus grande augmentation des cas avec 126% d'augmentation en 10 ans. En revanche, en Allemagne ou en Italie, le nombre d'avortements a baissé [9]. Le 16 avril 2008, le Conseil de l'Europe se prononça pour un droit à l'interruption de grossesse et vota à 102 voix contre 69, la résolution 1607 pour un accès à un avortement sans risques et légal. Cependant, le problème réside toutefois dans le fait que contrairement aux recommandations, les résolutions ne sont suivies d'aucune procédure. Un premier pas vers une politique européenne centrée sur l'IVG ?

1.2.5. L'IVG et la société française

En France, la légalisation de l'IVG en 1975, véritable révolution sociale, fût accueillie de manière modérée par certains milieux ultraconservateurs et fût responsable d'une scission de la société en deux grandes tendances. Les mouvements féministes, d'une part, qui depuis la fin de la seconde guerre mondiale, s'étaient considérablement développés par le biais de l'acquisition du droit de vote en 1944 et des mouvements populaires de mai 1968 et qui acceptèrent à bras ouverts cette réforme.

Et, face à eux, les milieux conservateurs de la « vieille France », essentiellement catholiques et principaux soutiens du Front National qui ne pouvaient se résoudre à la mise à mort des embryons. C'est en 1971 qu'eut lieu le premier congrès de « Laissez les Vivre » fondé par J. Lejeune. Les féministes, ayant compris le danger d'un tel rassemblement, se manifestèrent lors du meeting. A cette époque déjà, des militants d'extrême droite assuraient le service d'ordre [5].

La loi Veil autorisant des interruptions de grossesse sous certaines conditions rétablit l'ordre, s'adapta à l'état sanitaire et social de l'avortement et encadra l'IVG. Loin de se laisser déstabiliser, les associations hostiles au contrôle des naissances profitant de l'obligation d'un entretien préalable cherchèrent alors à prendre en charge ces femmes souhaitant avorter afin de les en dissuader en créant des permanences téléphoniques et des maisons d'accueil.

Les mouvements anti-avortement vont alors se multiplier à partir des années 1980, alors qu'Yvette Roudy prépare le remboursement de l'IVG. Puis en 1987 ils inaugurent les actions violentes contre les établissements pratiquant les IVG.

Ces actions ont bénéficié du soutien de trois groupes idéologiques : [5]

- Les mouvements dits « pro-life » venus des Etats-Unis. Le "Human Life International" est l'organisation dont fait partie Thierry Lefèvre. Ce dernier a fondé en France "La Trêve de Dieu". Il a introduit dans notre pays les techniques d'envahissement des établissements pratiquant des IVG. Les américains ont alors assuré la formation des militants, comme en témoigne leur présence parmi les premiers commandos. Ils ont également assuré le financement et l'approvisionnement en matériel.
- L'intégrisme religieux français. L'Opus Dei, organisation internationale, a recruté des intellectuels, des politiques, des chefs d'entreprise. Jean-Paul II a placé ses hommes : en 1994, il crée l'Académie Pontificale pour la Vie.
- La droite politique avec le soutien du Front National (FN). Déjà opposé aux luttes féministes, ce dernier assure une présence militante lors des actions publiques pour la légalisation de l'avortement et ses personnalités et élus se retrouvent les membres fondateurs ou actifs des mouvements anti-avortement. Le journal « Présent » rapporte les actions contre les Centres d'IVG.

Au sein de la droite classique jusqu'en 2000, certains parlementaires se regroupent soit pour rendre difficile l'application de la loi Veil soit pour limiter les moyens de planification des naissances. Certains députés manifestent un soutien actif aux mouvements anti-avortement alors que leur majorité est pour un statu quo sur l'IVG.

Ainsi, la question de l'IVG en France a divisé la population et entraîné une fracture sociale, qui a duré pendant plus de 30 ans. Cependant, les nouvelles générations nées après 1975, ont de tout temps vécu avec ce droit à l'avortement, qui s'est donc légitimement ancré au fil des années dans l'esprit des français. Il est désormais socialement reconnu. La légalisation de cet acte ne peut que montrer du doigt l'évolution moderne de notre pays qui a opté pour les choix de la régulation des naissances et de la santé des femmes, plutôt que la perpétuation de pratiques illégales ô combien coûteuses en vies humaines et délétères en terme de santé publique. De nos jours, l'association du nombre important d'IVG réalisées en France chaque année, plafonnant à 220 000, et l'augmentation de l'espérance de vie de la population féminine depuis les années 1970 traduisent avec force la réussite de cette politique de Santé Publique. Cependant, il semble que cette politique ait trop bien fonctionné puisque désormais nous peinons à diminuer ce nombre élevé d'IVG. Ainsi est apparu un autre problème de Santé Publique.

1.2.6. Problématiques religieuses

Depuis la nuit des temps, l'Homme a eu besoin de croire en des puissances surnaturelles qui, selon lui, gouvernaient toute chose sur Terre, et notamment les destinées des peuples. Avec l'évolution, et les grandes découvertes, des grands mystères, dont la réalisation était autrefois imputable aux dieux, ont trouvé une explication logique. L'ère de la raison mis petit à petit fin à l'obscurantisme religieux. Les religions furent alors forcées d'évoluer vers la force intérieure de l'être humain, inculquant les valeurs de l'âme, prônant la vertu, combattant le péché. Mais quels péchés, quelles atrocités furent commises au nom de la foi ? On se souvient encore des guerres de religion qui embrasèrent l'Europe au cours du XVIème siècle. A chaque époque ses combats, ses victoires et ses défaites.

Au XXème siècle, les Papes, notamment Jean-Paul II, se plaçant en défenseur de la vie fustigèrent en public le droit à l'IVG, attribuant son accord implicite aux commandos anti-avortement qui sévirent dans les années 80 en France. De nos jours, l'IVG fait-elle toujours débat dans le monde religieux ? Dans quelles religions ? En 1994, le Parlement a adopté 3 lois, dites de "bioéthique", relatives au respect du corps humain. Il était prévu par ces textes que certaines dispositions devraient être revues dans un délai de 5 ans maximum, afin de prendre en compte l'évolution rapide des techniques dans le domaine concerné. Dans le cadre de ce réexamen, le Conseil d'État a constitué un groupe de travail, à la demande du Premier ministre, au sein duquel ont été entendus, sur le statut de l'embryon notamment, des représentants des principales religions présentes en France. [10]

La religion catholique, la plus répandue en France, ne définit pas l'embryon comme une personne mais insiste pour qu'il soit respecté comme tel dès le premier instant de son existence car la dignité est une notion naturelle qui ne s'acquiert pas, ne se perd pas ni ne serait capable de connaître des degrés. Elle se maintient complète et intacte de l'œuf à la mort. Pour cette raison, la doctrine catholique récuse que l'embryon puisse être éliminé, donné ou abandonné à la recherche. C'est cette théorie que s'est efforcé de défendre jusqu'à sa mort, en 2005, le Pape Jean-Paul II, doctrine reprise depuis par son successeur Benoît XVI, ultraconservateur, qui interdit, en plus de l'IVG, tout moyen contraceptif visant à réguler les naissances.

La plupart des Églises protestantes (tout particulièrement en France) ont été plutôt favorables à la légalisation de l'IVG. Non pas qu'elles aient considéré celle-ci comme un bien, mais comme un moindre mal face à des "situations de détresse" qui, autrement, conduisaient à des pratiques et des états inacceptables. En outre, cette religion ne récuse pas la possibilité de recherches sur l'embryon, tant que le respect qui lui est dû est respecté, puisque ce dernier n'est considéré ni comme une personne à part entière, ni comme un objet biologique.

Dans la religion juive, selon la halakha (droit canonique juif), la vie morale, qui ne se réduit pas à la sensibilité neurologique, apparaît dès la vie intra-utérine.

D'une part, lors de la conception, Dieu est présent mais non pas en tant que personne physique ou fantôme du tiers, mais en tant que manifestation du projet vital et des

perspectives de son développement. D'autre part, l'œuf est « appelé au monde », dès qu'a lieu la nidification. Les énoncés halakhiques devraient alors être compris dans le sens d'une double extension, éthique et juridique, de la vie intra-utérine puisque les auteurs de tels énoncés font commencer dès ce stade le débat social sans le différer au moment de la naissance. Ainsi, prime dans cette religion, le droit à la vie des embryons et par conséquent ne saurait être tolérée leur mise à mort.

Pour la religion islamique, l'embryon est d'abord un être vivant puis il est humanisé par l'esprit. Cette humanisation n'intervient que par la volonté créatrice divine qui règle l'évolution du processus vital par étape, jusqu'à ce que l'être humain acquiert la conscience totale de ses aptitudes, de sa foi et de Dieu. L'homme, lui-même soumis à cette création continue qui va le mener, d'étape en étape, vers la mort, ne peut être fondé, pour intervenir, annuler, modifier un stade particulier de cette vie considérée comme un continuum dont lui échappent les règles de causalité.

En conclusion, les religions restent encore très conservatrices vis-à-vis du statut de l'embryon et, mis à part certaines églises protestantes, demeurent farouchement opposées à la réalisation des IVG, ce qui explique, qu'en France, la nouvelle de la légalisation de l'IVG a été accueillie avec modération par la population du siècle dernier, population davantage tournée vers la religion et ses valeurs, que ne le sont les citoyens actuels.

Ainsi, il apparaît clairement que cet acte qui peut apparaître comme banal pour certains se présente cependant comme lourd de conséquences tant pour le couple demandeur que pour la société et l'Etat. Diminuer ce nombre élevé d'avortements légaux est donc de ce fait une nécessité. Cependant, cela semble plus facile à dire qu'à faire dans la mesure où il semble exister un nombre incompressible d'IVG, c'est-à-dire un seuil sous lequel il nous sera impossible de descendre quand bien même notre politique de prévention et d'éducation à la sexualité serait efficiente à 100%. C'est ce que nous allons tâcher de mettre en évidence d'une part, puis, dans un second temps, essayer d'en expliquer les causes.

2. UN NOMBRE INCOMPRESSIBLE D'IVG

La France connaît une situation paradoxale : le nombre annuel d'IVG reste stable, à un niveau relativement élevé, alors que le taux d'utilisation des contraceptifs y est parmi les plus élevés d'Europe (moins de 5 % des femmes de 15 à 45 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant déclarent ne pas utiliser, ou ne pas utiliser systématiquement, un moyen de contraception) et ceci malgré le développement de la contraception d'urgence. [11]

	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'IVG	197 406	202 180	206 596	203 346	210 664	206 311	209 700
Femmes de 15 à 49 ans	14 118	14 385	14 356	14 403	14 402 600	14 451	14 462
	963	029	663	661		363	068
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14	14,1	14,4	14,1	14,6	14,3	14,5

Études et résultats n° 659, DREES, Les interruptions volontaires de grossesse en 2006.

Pourquoi ce nombre incompressible d'IVG ?

Il convient avant toute chose de se poser la question du pourcentage de problèmes de contraceptif au sein de cette population, pourcentage sur lequel il serait possible d'influer en modifiant nos pratiques contraceptives. Selon la littérature, le recours à l'IVG est lié près d'un cas sur deux à un échec de contraception, voire à son absence dans un tiers des cas [13]. Ces constats témoignent de la difficulté qu'ont les femmes à gérer leur contraception dans la vie quotidienne et mettent également en exergue l'absence de notion de risque de grossesse pour beaucoup d'entre elles.

Mais alors, si seulement un cas d'IVG sur deux reflète un défaut de contraceptif, comment expliquer cet autre 50% ? Il semblerait que cette problématique puisse trouver une réponse au sein de la psychologie féminine. Ainsi, nous pouvons mettre en place le questionnement suivant : quels sont donc les mécanismes psychiques qui aboutissent à l'apparition d'une grossesse non désirée ?

En tout premier lieu, la psychanalyste Monique Bydlowski dans son livre *Je rêve un enfant* [13] fait apparaître la notion de nécessité inconsciente, comme s'il fallait que ces grossesses aient lieu, quand bien même elles seraient destinées à être interrompues. De même, dans *La Part du père* [2], Geneviève Delaisi de Parseval confirme également cet état des lieux: « A une époque où l'on planifie l'arrivée des bébés, il est difficile d'admettre que la conception échappe en partie à la volonté. Or le désir d'enfant n'a rien d'un projet rationnel. C'est un désir de l'inconscient. » Ainsi, on peut avancer l'hypothèse qu'une grossesse est donc bien davantage la manifestation d'un désir, conscient ou non, qu'un acte planifié et sous contrôle, comme on aimerait pourtant le penser. En effet, nous pouvons en avoir la preuve en s'intéressant à la genèse d'une conception. Nombreux sont les témoignages des parents selon lesquels le bébé refuse de se mettre en route lorsqu'on le décide et c'est seulement lorsqu'il y a un lâcher prise, lorsqu'on ne l'espère plus, que l'expression du désir d'enfant prend forme à travers une grossesse. En parallèle, dans les centres d'orthogénie, on constate que bébé s'annonce alors qu'on ne l'attend pas, qu'il n'arrive pas au bon moment, qu'il n'est pas planifié et qu'il chamboulerait trop la vie si on le laissait naître. C'est pourquoi il arrive qu'un couple ne puisse pas avoir d'enfant alors que tout va bien sur le plan physiologique. Ou, au contraire, qu'une grossesse survienne malgré une contraception efficace, souvent oubliée pour l'occasion.

Ainsi, l'arrivée d'une grossesse n'est pas le fruit du hasard mais bien celui d'un désir inconscient. En effet, les psychanalystes sont formels, il ne peut y avoir de conception sans désir d'enfant. Le problème est que ce désir est souvent masqué, occulté de multiples façons. Parce qu'il n'est pas voulu, il est facile de penser que l'enfant n'est pas désiré. « J'ai oublié ma pilule », « On n'avait pas de préservatif », « C'est un accident », « J'ai pensé qu'un seul rapport, ce n'était pas risqué ». C'est une théorie que défend Bernadette Rondot-Mattauer dans son livre *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens* [3]. Pour elle, « la grossesse et son interruption se révèlent finalement être deux mouvements contradictoires, visiblement tout du moins, car du point de vue de l'inconscient, elles sont liées par une même fonction symbolique : elles parlent toutes deux d'un inconcevable, d'une rupture à effectuer, de limites à trouver ». Ainsi un désir s'exprime dans le corps, qui ne concerne pas directement un enfant à vivre dans la réalité. Et auquel il faut renoncer par la suite, mais de manière consciente cette fois.

« Pour toutes les femmes, désirer un enfant, c'est avant tout désirer redonner le jour à celui qu'elles ont été, et en quelque sorte se substituer à leur propre mère », affirme Monique Bydlowski [13]. Après tout, n'est-ce pas la fonction première de l'Homme sur terre, que de veiller à la perpétuation de son espèce ? Mais ce rôle semble correspondre davantage à la femme qu'à son homologue masculin puisque c'est elle qui va porter en son sein cet enfant. Ainsi, dès l'enfance, la petite humaine a déjà cette projection future de son rôle de mère. Il suffit de la regarder jouer avec sa poupée, dont elle a, bien souvent, spontanément pris le rôle de génitrice, et qui va prendre soin de cet enfant, en faisant, par exemple, semblant de l'allaiter.

A certains moments, ce désir irréaliste peut coïncider avec l'envie raisonnable de mettre un enfant au monde ce qui peut se traduire par l'apparition d'une grossesse au grand bonheur de la mère. Mais il peut également surgir à l'état pur dans des conditions déraisonnables. Plus que d'un désir d'enfant, il s'agit davantage d'un désir de grossesse, qui s'achèvera par une IVG. « Dans tous les cas », ajoute Bernadette Rondot-Mattauer, « l'événement interroge la femme dans son identité et participe à son remodelage » [3]. Comment être femme par opposition à sa propre mère ou autrement que dans la maternité ? Comment être femme à ce moment-là de sa vie, avec cet homme-là ?

Le parallélisme mère fille est parfois synonyme de bouleversement psychique. En effet, tantôt meilleures complices, tantôt pires ennemies, la relation de filiation qui unit les femmes entre elles est très complexe. Il semble toutefois, qu'à un moment précis de leur histoire, tôt au tard, les femmes aient besoin de se différencier de celles qui les ont engendrées. Et c'est ainsi que la mise en place d'une grossesse, qu'elle soit conservée ou non, semble parfois aider la future mère à trouver sa place et à se sentir femme à part entière. « A 22 ans, Delphine a un petit ami qu'elle n'aime pas vraiment. Elle arrête de prendre la pilule, « sans raison », dit-elle, et ce qui doit arriver arrive. Delphine est enceinte, comme sa propre mère, qui vient de donner naissance à un autre enfant. Elle avorte, comme si elle n'avait que cette issue pour retrouver sa place de fille dans une généalogie bousculée ». Pour d'autres femmes, l'apparition d'une grossesse peut faire remonter des sentiments anciens de reproches par rapport à l'attitude qu'auraient eu leurs mères envers elles, sentiments qui étaient jusque là enfouis dans les méandres de l'enfance, camouflés tout au fond de l'inconscient protecteur.

Pour éviter que ne se reproduise le même schéma et qu'elles ne soient pour leur enfant, la mauvaise mère qu'elles-mêmes avaient eu à subir au cours de leur enfance, elles préféreront mettre un terme à cette grossesse pour éviter toute souffrance de l'enfant à naître. Elles ont ainsi l'impression de le protéger d'un malheur certain.

Autre femme, autre histoire. A 28 ans, Rachel refuse toute contraception. « Dix ans de pilule. J'avais sans doute besoin de m'assurer que j'étais féconde. C'est en tout cas ce qui m'est apparu après-coup ». On ne peut en effet que constater que cette phobie de la stérilité est de plus en plus répandue chez les jeunes femmes dont l'utérus n'a jamais accueilli d'embryon, et ce d'autant plus à l'heure actuelle où les demandes d'aide médicale à la procréation (AMP) sont en forte augmentation. En France, en 2005, on estimait, selon les données de l'agence de la biomédecine, à 16% le nombre de couples consultant dans le cadre des troubles de la fertilité [15]. L'âge maternel, les facteurs toxiques et environnementaux, les rayonnements électromagnétiques, les radiofréquences sont en définitive d'autant de facteurs limitant dans la mise en place d'une grossesse. Or, nous les côtoyons au quotidien. Dans ces conditions, on peut donc comprendre ces femmes qui font le choix d'une grossesse pour se prouver à elles-mêmes qu'elles sont aptes à procréer, même si cependant, elles ne sont pas prêtes à l'assumer.

Et, à contrario, il existe des femmes plus âgées, aux portes de la ménopause, et qui, ne se pensant plus fécondes, font beaucoup moins attention à leur contraception. Or, en pré ménopause, la femme est toujours susceptible d'ovuler et c'est ainsi que l'impensable arrive. Mais que faire de cet embryon qui arrive alors que touche à sa fin la vie obstétricale de la patiente ? Ce serait une grossesse difficile, à risque tant pour la mère que pour son enfant. Et qu'en est-il du risque de trisomie 21 qui évolue de façon exponentielle à partir de 38 ans ? C'est souvent ce dernier argument qui rebute nos patientes, qui ne se voient pas élever, à leur âge, un enfant handicapé.

Fréquemment, les grossesses accidentelles surgissent comme pour masquer un problème plus profond (le deuil d'un père, d'une jeunesse...), un choix plus difficile à aborder (une orientation professionnelle ou affective). Après dix ans d'un mariage bancal, Cécile, 32 ans, découvre que son époux ne veut pas de l'enfant qu'elle porte.

« Il fallait sans doute que j'en arrive à cette rupture dans mon corps pour me résoudre au divorce », estime-t-elle aujourd'hui. Ainsi, l'apparition d'une grossesse constituerait une sorte d'échappatoire. C'est la théorie qu'avance Bernadette Rondot-Mattauer [3]: « Ce qui se passe dans le corps offre en effet une sorte de pause psychique dans un moment de tension. Pendant un temps, la grossesse se présente comme la possibilité de nier une perte ou de combler un manque. L'IVG pourrait ensuite marquer l'abandon de ce fantasme. Et le franchissement de la perturbation. »

Aline, 34 ans, traversait quant à elle une mauvaise passe. L'entreprise qu'elle avait créée dix-huit mois plus tôt venait de faire faillite. Elle avait déjà deux enfants. Après avoir tenté de se réaliser autrement que dans la maternité, elle ne pouvait concevoir de retourner aux couches et aux biberons. Recourir à l'IVG, c'était choisir coûte que coûte la voie d'un autre épanouissement. « Il ne peut pas y avoir d'interprétation univoque de l'avortement et de ce qu'il représente pour chacune » estime Bernadette Rondot-Mattauer [3]. « Mais lorsque l'on interroge les femmes sur les événements qui précèdent la grossesse, on s'aperçoit qu'elles sont pour la plupart à une période charnière de leur existence, sans que cela apparaisse totalement à la conscience ».

Ainsi ce sont ces femmes venues pour avorter qui nous permettent de mieux comprendre les enjeux de cet acte. Pour certaines, la grossesse fait suite à un deuil... comme si la vie voulait triompher de la mort. Pour d'autres, il y avait cet espoir inconscient que la grossesse sauverait le couple, ce que la réalité a bien vite démenti. Pour certaines, il s'agit d'une automutilation, la réalisation du désir étant trop angoissante. Pour d'autres encore, c'est la tentative de « tuer la mère » à laquelle la femme s'identifie inévitablement pendant la grossesse, identification qui peut être insupportable s'il n'y a pas possibilité de respecter sa propre mère. Il peut s'agir encore de « tuer l'enfant » que la femme est encore en partie, à travers le sacrifice de celui qu'elle porte et qui est un peu elle. Pour certaines, venant faire une IVG, c'est la découverte que leur propre mère en a subi une au même âge... comme s'il fallait en passer par le même chemin pour que des mots soient posés sur des non-dits.

Alors, en fin de compte, de quoi avorte-t-on ? Que met-on à mort, réellement, dans l'IVG ? Bien souvent, il ne s'agit pas seulement de ce que l'on croit ! C'est là l'un des drames de l'avortement.

De même, comme nous avons pu le constater, ces désirs inconscients de grossesse sont d'origine variée, et prennent leur source dans l'histoire personnelle de la patiente. Dans ces conditions, il semble qu'on ne puisse lutter efficacement contre les grossesses non désirées d'origine psychologique. Par conséquent, il apparaît clairement qu'il y aura toujours, de ce fait, un nombre d'IVG incompressible.

Un autre phénomène, plus ou moins reconnu, risque également d'être un facteur limitant dans la diminution du nombre des IVG. Il s'agit de la notion d'hyper fertilité. En effet, si l'on peut admettre que certaines patientes sont diminuées dans leur fertilité, pourquoi d'autres ne pourraient pas procréer plus facilement ? De même qu'il existe différents degrés dans l'hypofertilité puisqu'on la dit modérée, sévère ou très sévère, on pourrait avancer la même théorie pour l'hyperfertilité. Quand on sait que la probabilité moyenne de concevoir à chaque cycle, dans l'espèce humaine, est de 20 à 25% et que face à cela certaines patientes peuvent être fécondées en un rapport sexuel, cette idée ne semble pas être seulement une vue de l'esprit. De même qu'en est-il des femmes qui démarrent une grossesse sous stérilet bien posé et toujours en place, ou sous pilule oestroprogestative bien dosée et prise chaque jour de façon régulière, alors qu'on sait que les indices de Pearl alloués à ces méthodes sont proches de 0 ?

En outre, la constance du nombre d'IVG s'explique différemment de nos jours que dans les années passées du fait de l'apparition de modifications dans la mentalité des françaises au fil du temps. En effet, il semblerait que sur le moyen terme, le nombre des grossesses non désirées soit en diminution grâce à une contraception plus performante. Mais alors, dans ce cas, pourquoi n'y a-t-il pas de conséquences directes sur les chiffres nationaux ? Tout simplement car désormais 3 femmes sur 4 confrontées à une grossesse non prévue choisissent de l'interrompre alors qu'elles n'étaient que 4 sur 10 en 1975 [14]. Ainsi, nous sommes de nouveau face à un paradoxe : le nombre des grossesses non désirées est en diminution mais les femmes avortent plus facilement d'où une compensation des deux phénomènes et la poursuite de cette stabilité dans le nombre annuel. Et ceci est d'autant plus vrai chez les jeunes femmes de moins de vingt ans et plus précisément chez les mineures de 15 à 17 ans chez qui les nombres sont les plus alarmants. En effet, selon le tableau page suivante, 13 230 mineures de 15 à 17 ans ont eu recours à une IVG en 2006, soit une sur cent.

LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE SELON L'ÂGE

	2002	2003	2004	2005	2006
Total IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
Répartition des IVG selon le groupe d'âge					
15-17 ans	10 722	11 029	11 517	12 138	13 230
18-19 ans	16 468	16 290	17 408	17 658	18 549
20-24 ans	52 420	51 810	52 929	52 541	52 604
25-29 ans	44 227	42 824	44 001	42 735	43 891
30-34 ans	39 819	39 100	40 512	38 552	37 735
35-39 ans	29 503	28 621	29 706	28 407	29 122
40-44 ans	12 224	12 076	12 521	12 234	12 505
45-49 ans	1 180	1 559	1 313	1 127	1 145
15-49 ans	206 562	203 309	209 907	205 392	208 781
IVG pour 1 000 femmes					
15-17 ans	8,9	9,0	10,0	10,6	11,5
18-19 ans	21,6	21,7	22,9	22,8	23,8
20-24 ans	27,6	26,7	27,2	26,8	27,1
25-29 ans	22,6	22,3	23,4	22,8	23,0
30-34 ans	18,8	18,2	18,8	18,0	18,0
35-39 ans	13,4	13,0	13,6	13,1	13,4
40-44 ans	5,7	5,6	5,7	5,5	5,6
45-49 ans	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5
IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans					
	14,4	14,1	14,6	14,3	14,5

(Champ : France métropolitaine Sources : BIG, PMSI, SAE, DRESS)

En effet, une mauvaise information sur la contraception, des méthodes mal utilisées ou peu appropriées, un accès plus difficile pour les mineures à la contraception, tout ceci associé au mode de vie plutôt chaotique des jeunes, sont autant de facteurs qui aboutissent à une grossesse non désirée à un âge où le désir d'avoir réellement un enfant est le plus souvent absent. En outre, pour les très jeunes femmes, la poursuite de leur scolarité est évidemment un élément déterminant dans la décision d'interrompre une grossesse, une maternité précoce étant un frein important à son déroulement et donc à une insertion professionnelle ultérieure.

3. DE L'INTERET D'AUTORISER LES SAGES-FEMMES A REALISER LES IVG MEDICAMENTEUSES

Trente ans après la loi Veil, Olivia Benhamou, journaliste de formation philosophique, a mené l'enquête sur les conditions d'accès à l'avortement en France. Elle en publie les résultats dans son livre *Avorter aujourd'hui* [16]. Ses conclusions sont effrayantes : « De moins en moins de médecins pratiquent l'avortement. Les moyens qui leur sont octroyés se réduisent à vue d'œil, les politiques s'en lavent les mains. Les femmes doivent passer des dizaines de coups de fil pour obtenir un rendez-vous. Trop souvent, elles ont à subir un accueil déplorable et des propos moralisateurs. Celles que l'on a fait attendre trop longtemps, parfois délibérément, échouent encore aux Pays-Bas, par exemple, où le délai légal est fixé à vingt-deux semaines. » Au final, « le droit à l'avortement s'est transformé en tolérance, et la tolérance en faiblesse ».

Face à ce déficit en matière de médecins aptes à réaliser ces IVG, il devient nécessaire d'ouvrir cette pratique à d'autres professionnels de santé. Les sages-femmes de par leur cursus d'études, leur titre de profession médicale, et en tant que spécialistes de l'obstétrique devraient se voir ouvrir cette spécialité à des fins d'assurer la santé des femmes, conformément à leur code déontologique. Existe-t-il d'autres paramètres alarmants vis-à-vis de l'IVG et indiquant clairement une nécessité d'autoriser les sages-femmes à pratiquer cet acte ? Qu'en est-il par exemple du délai moyen de prise en charge d'une IVG ?

Les dernières estimations publiées par le Ministère de la Santé indiquent que ce délai s'est progressivement réduit. En effet, proche de 9 jours en 2003, il est évalué à environ une semaine en 2006. Cependant, ces données sont incomplètes, puisqu'il faut préciser que ce délai correspond à celui observé entre la demande d'IVG et sa réalisation, pour les femmes qui n'ont pas été réorientées vers une autre structure et qu'il est estimé à partir des réponses fournies par les établissements. Or, seulement une moitié d'entre eux renseigne cette information.

Par ailleurs, ce chiffre est une moyenne car si un quart des IVG est effectué en moins d'une semaine, un autre quart est encore réalisé au-delà d'un délai de 15 jours comme l'indique le tableau ci-dessous.

ÉVOLUTION SUR TROIS ANS DE LA RÉPARTITION DU DÉLAI (EN JOURS) POUR LA PRISE EN CHARGE DES IVG DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (*) (MÉDIANE, 1ER QUARTILE, 3E QUARTILE)

	2002	2003	2004	2005
Secteur public	10 [8 ;15]	10 [8 ;15]	11 [8 ;15]	11 [7 ;15]
Secteur privé	10 [7 ;11]	9 [7 ;15]	9 [7 ;14]	8 [7 ;10]
Tout secteur	10 [8 ;15]	10 [8 ;15]	10 [8 ;15]	10 [7 ;15]

(*) *délai entre la date de la demande et la date de l'IVG*

Champ : France métropolitaine – Sources : SAE

Ainsi, ces écarts dans la durée de prise en charge peuvent être dus au délai de réflexion que les femmes elles-mêmes veulent se réserver avant de prendre leur décision mais il est aussi révélateur des difficultés existant dans certains points du territoire et à certaines périodes de l'année.

Il conviendra également de noter les écarts importants en matière de délais entre les secteurs privé et public. Ce phénomène résulte d'une part des restructurations hospitalières entreprises depuis quelques années qui se traduisent par la fermeture, d'un certain nombre d'établissements publics qui effectuaient des IVG, comme cela sera prochainement le cas pour le centre d'orthogénie de l'hôpital Villemin, à Nancy, dont la cessation d'activité est prévue pour fin 2010. Du coup, cette politique délétère va entraîner une réaffectation, tant bien que mal, des femmes demandeuses sur d'autres centres de la région ce qui risque de créer un engorgement sur certains sites avec pour conséquence une augmentation des délais moyen de prise en charge. Et d'autre part, il existe un désengagement progressif du secteur privé de la pratique d'un acte qui en raison de ces conditions de tarification et des coûts spécifiques liés à l'accompagnement des femmes n'est pas considéré comme « rentable » pour la structure qui le pratique. La principale conséquence de ce désintérêt de la part du privé est que parfois des cliniques ne pratiquent plus d'IVG que pour leur clientèle propre, soit un nombre limité de femmes qui, du fait de leur nombre réduit, vont alors bénéficier de délais raccourcis.

Ce phénomène constitue une entrave à la loi de 1975, récemment modifiée par celle de 2001, qui, tout en préservant une clause de conscience pour les praticiens, impose pourtant au service hospitalier public comme privé de s'organiser pour assurer la mise en œuvre du droit à recourir à une IVG.

De même, la pratique des IVG médicamenteuses est encore limitée dans le secteur libéral. Celui-ci n'assure que 16,5 % des 90 000 IVG médicamenteuses réalisées en 2006 [17]. Ce chiffre n'augmente plus, alors que la pratique de l'IVG médicamenteuse continue de progresser dans les établissements hospitaliers du secteur public. En outre, cette dernière est très inégalement répartie sur le territoire. Plus de la moitié des IVG médicamenteuses en cabinet sont réalisées en Île-de-France où la part de ces IVG est en forte progression depuis 2004.

Un autre problème limitant l'accès à l'IVG résulte dans le fait que la génération des médecins qui a mis en œuvre la loi Veil et qui est à l'origine de la création des centres autonomes d'interruption de grossesse va prochainement partir à la retraite. Or, la relève de ces praticiens n'est pas assurée du fait que cet acte est considéré bien trop souvent comme peu attractif. Il est, en effet, malheureux de constater que désormais, en France, les spécialités médicales sont ainsi choisies en fonction de la rémunération qu'elles entraînent et non plus dans l'esprit ancestral de la médecine qui faisait passer le bien-être de l'autre en priorité. En outre, les conséquences en termes de nombre de praticiens effectuant des IVG vont être amplifiées par le faible renouvellement des gynécologues, notamment des gynécologues médicaux. Depuis le rétablissement du Diplôme d'Études Supérieures de gynécologie médicale en 2003 (qui avait été supprimé en 1986), une vingtaine de praticiens sont formés chaque année. Il y a aujourd'hui, en moyenne, 7,5 gynécologues pour 100 000 femmes avec des fluctuations, 22 pour 100 000 à Paris et face à cela des départements dans lesquels il n'y en a aucun. Ces praticiens étant d'un âge moyen de 53 ans de nombreux départs à la retraite auront lieu d'ici 2020, or, ce sont ces individus qui sont très majoritaires parmi les médecins pratiquant des IVG [17]. Ainsi leur diminution ne peut que freiner l'accès à celle-ci qui est déjà insuffisant en médecine de ville.

Pour faire face à ce phénomène, deux grandes possibilités peuvent être envisagées.

En premier lieu, il conviendrait d'augmenter le nombre de gynécologues au niveau des études médicales, à l'issu des épreuves nationales classantes, alors qu'on sait que la gynécologie est une matière de toute manière peu prisée du fait du coup élevé des assurances professionnelles. En plus de cette mesure, il faudrait inciter davantage de généralistes à se former à la réalisation des IVG pour pouvoir répondre plus efficacement à la demande. La deuxième possibilité d'action réside dans l'élargissement du champ de compétences de l'IVG à d'autres professionnels de santé. C'est ainsi que l'avant-projet de loi portant le titre de « réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires » (HPST) [4] devait permettre d'autoriser les sages-femmes à prescrire des IVG médicamenteuses dans les établissements de santé, les centres de planification et les centres de santé. Cette préconisation avait été déjà formulée par le groupe national d'appui à l'application de la loi du 4 juillet 2001 qui avait considéré que les sages-femmes avaient la compétence technique pour le faire.

Compte tenu des carences des réseaux de médecins assurant des IVG médicamenteuses dans certaines zones du territoire, les établissements de santé comme les centres de santé et de planification jouent un rôle essentiel dans l'accès à l'IVG par voie médicamenteuse. Ainsi, ouvrir cette compétence aux sages-femmes qui ont déjà des responsabilités dans ces établissements notamment dans la prescription de la contraception après les accouchements et qui plus est, après une IVG, est un élément qui facilitera l'accès à l'avortement en permettant un meilleur maillage des professionnels de santé pratiquant ces actes. On peut d'ailleurs, à cette occasion, citer le code de déontologie des sages-femmes afin de montrer que l'accès à l'IVG médicamenteuse ne serait qu'une continuité logique des choses [18] :

- « Les sages-femmes ont une place active dans les services d'orthogénie, dans les centres de planification familiale, de gynécologie, de procréations médicalement assistées. Ainsi, la sage-femme joue t-elle un rôle essentiel auprès des femmes en terme de sécurité médicale et d'environnement psychologique de la naissance ».
- « Elle conseille les couples et participe au suivi des différents modes de contraception. Il est à noter, à cet égard, que la sage-femme est habilitée à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse ».

- « La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances ».

Ces trois articles indiquent bien que cette dernière pourrait être amenée au cours de sa carrière à côtoyer des femmes consultant pour des grossesses non désirées et qu'une fois l'IVG réalisée elle serait à même de leur fournir une contraception adaptée à leurs attentes. Elle veillera ainsi, à cette occasion, à limiter le risque de récurrence, comme se doit de le faire tout bon professionnel de santé.

En outre, nous parlons d'un accès à une IVG médicamenteuse, qui aura donc forcément lieu avant 7 SA, soit 5 semaines de grossesse et ce dans un établissement de santé, puisque, sinon, en exercice de ville, les comprimés devront obligatoirement être administrés avant 5 SA. Or, si cette compétence est ouverte à certains médecins généralistes, pourquoi ne pas l'ouvrir aux sages-femmes ?

La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot a d'ailleurs assuré à cet égard que les sages-femmes avaient véritablement les compétences pour suivre une IVG médicamenteuse avec « plus de 120 heures de cours et de stages en gynécologie » et qu'elles pourraient invoquer une clause de conscience, « comme tout professionnel de santé » [4].

En outre, l'IVG médicamenteuse s'est développée régulièrement au cours de ces dernières années puisqu'en 2005, les chiffres faisaient état de 46 % des IVG effectuées sous cette méthode, contre 18 % seulement il y a dix ans comme l'atteste le tableau suivant.

	2002	2003	2004	2005	2006
Nombre d'IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
Part des IVG médicamenteuses	35 %	38 %	42 %	44 %	46 %

Source : DREES

Ainsi, l'accès des sages-femmes à ce type d'IVG permettrait de perpétuer cette tendance aux conséquences considérables vis-à-vis de la santé psychique des femmes, car moins traumatique qu'une technique par aspiration, cette dernière étant souvent réalisée plus tardivement ou en cas d'échec médicamenteux.

Il convient cependant d'être prudent sur le fait que cette IVG médicamenteuse peut ne pas convenir à toutes, notamment aux femmes les plus fragiles ou les plus isolées. Si le développement de cette méthode a permis un accès plus facile à l'avortement favorisant ainsi la réduction des délais de prise en charge et si le suivi médical est organisé en liaison avec un établissement de santé, l'accompagnement apporté à la femme est forcément moindre qu'au cours d'une hospitalisation, même de courte durée. Or, la prise des comprimés peut entraîner des douleurs importantes ou soulever de fortes inquiétudes. L'IVG médicamenteuse ne doit donc pas être une technique à laquelle on recourt par défaut et son développement ne dispense pas de l'organisation d'un accès optimal aux avortements chirurgicaux réalisés par des médecins.

Ainsi, c'est face à cette problématique de l'accès à l'IVG que Mme Bérange Poletti, sage-femme de formation et députée des Ardennes, a présenté le 22 octobre 2008 un amendement dans lequel elle proposait d'autoriser les sages-femmes à effectuer les interruptions de grossesse par voie médicamenteuse. D'abord retiré avant l'examen en première lecture du projet de loi sur la réforme de l'hôpital à l'Assemblée Nationale du fait de l'opposition de la majorité de la profession sur le principe que les sages-femmes aident à donner la vie et ne sauraient, par conséquent, selon l'éthique de la profession, donner la mort à un enfant, cet amendement Poletti a finalement été adopté le 5 juin dernier par le Sénat, à titre expérimental. « Après consultation des professionnels concernés sur la possibilité d'étendre aux sages-femmes la pratique des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, une expérimentation est menée dans une région française connaissant un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse. Dans le cadre de l'expérimentation, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des actes pour les seuls cas où ils sont réalisés par voie médicamenteuses» [4].

Ont également été étendues les missions des sages-femmes en matière de suivi des grossesses non pathologiques, de prévention et de prescription de contraception. En effet, selon ces mesures, les sages-femmes peuvent dorénavant proposer un frottis cervico-utérin, au même titre que les médecins, dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus. Elles peuvent également assurer la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Ainsi, cette dernière devient l'un des acteurs de premier recours en matière de prescription de contraception et d'actes liés aux contraceptifs. Les possibilités de prescription des sages-femmes sont également élargies dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une IVG. Quant à l'expérimentation, dans une région donnée, de la pratique de l'avortement médicamenteux par les sages-femmes, c'est seulement après un débat nourri que cette mesure est approuvée à une large majorité (228 voix pour, 58 contre).

Cependant, la mesure concernant cette IVG médicamenteuse divise la profession. Le Collectif Sages-femmes de demain dénonce un passage en force. « Nous ne voulons surtout pas devenir les auxiliaires de la médecine pour la pratique de l'avortement, alors que notre pays est en échec sur ce sujet », a expliqué sa porte-parole [19]. La promulgation de la loi aurait dû intervenir dans la première quinzaine de juillet après un dernier recours devant le Conseil constitutionnel. Mais par la décision n°2009-584 DC du 16 juillet 2009, ce dernier a invalidé la disposition de la loi sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires autorisant l'expérimentation de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes.

« Nous sommes vraiment soulagées » rétorque la porte parole du Collectif Sages-femmes de demain « que cette disposition qui est arrivée sans consultation de la profession soit annulée, car elle constituait une lourde menace pour les sages-femmes. Nous avons dénoncé le caractère expéditif de cette mesure qui a pratiquement été votée à la sauvette. L'avis du Conseil constitutionnel le confirme. Nous continuons de nous battre pour que les sages-femmes ne portent pas la pratique de l'IVG en devenant les auxiliaires d'une médecine gynécologique en difficulté ».

Or, la décision du Conseil Constitutionnel repose uniquement sur un motif de procédure, le législateur n'ayant pas précisé les limites de l'expérimentation dans le temps, et non pas sur le contenu du texte. Par conséquent, il se pourrait que la loi soit de nouveau soumise au vote un jour prochain et que les sages-femmes qui le souhaitent puissent pratiquer cette IVG médicamenteuse...

Partie 2 L'étude

1. JUSTIFICATION ET MISE EN PLACE DE L'ETUDE

La Loi Veil a été votée dans un contexte particulier dans le but de résoudre un problème de santé publique lié aux conditions désastreuses dans lesquelles les femmes subissaient des avortements illégaux, pratiqués davantage par des charlatans que par de réels médecins, ce qui avait donc un réel impact, à l'époque, sur l'état de santé de la population féminine apte à procréer : infections, mutilations, stérilité, décès étaient légion chez la population demandeuse. Considérant l'IVG comme un ultime recours, les législateurs espéraient que le développement parallèle de la pratique contraceptive, légalisée par la loi Neuwirth de 1967 et dont le remboursement avait été voté quelques temps avant la loi Veil conduirait à une diminution de cette tendance.

Or, depuis presque 35 ans, le nombre d'IVG par an pour 1000 femmes de 15 à 49 ans reste proche de 14, avec des fluctuations selon les régions, ce qui totalise près de 209 700 IVG pour l'année 2006. Pourtant, les dernières études en matière de prise de contraception se montrent rassurantes : en France, 65 % des femmes de 20 à 49 ans utilisent une contraception et seules 3 % des femmes d'âge reproductif n'ont pas de contraception alors qu'elles sont à risque de grossesse non désirée [11]. Face à cela, près d'une IVG sur deux est liée à un problème de contraceptif [12]. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est sur ces 50% que l'on peut tâcher d'influer en modifiant nos pratiques contraceptives pour que celles-ci soient optimales, ce qui pourrait alors faire diminuer ce nombre alarmant d'IVG. N'oublions pas quelles sont, pour la femme, les conséquences de cet acte tant d'un point de vue physique que psychique. En outre, il ne faut pas omettre le fait que le futur père avorte également, et que cette prise de décision ne manque pas d'entraîner chez lui un profond désordre psychologique, conscient ou non, même si ce dernier semble vouloir parfois donner de prime à bord une image extérieure d'indifférence manifeste. Et face à cette composante individuelle, l'IVG soulève d'autres problématiques, toutes aussi complexes, à des échelles plus vastes. C'est pourquoi elle continue à faire parler d'elle du fait de la multitude de ses répercussions tant sur la politique d'économie actuelle, que sur les mentalités de la société d'hier et d'aujourd'hui, ainsi que sur les enjeux législatifs et éthiques.

Ce problème nous concerne tous, et il semble qu'il faille trouver des pistes de travail afin d'améliorer au mieux cette situation. C'est en tout cas ce que défend le ministère de la Santé pour qui le nombre d'IVG « est préoccupant en termes de santé publique [...] et rend indispensable la poursuite d'actions en faveur de l'amélioration de l'accès à la contraception et de la réduction des grossesses non désirées » [20].

Cependant, toutes les régions ne sont pas égalitaires face à ce problème de Santé Publique. En effet, nous pouvons noter des fluctuations dans ces chiffres en fonction de la mise en place, au local, d'une prévention et d'une éducation à la sexualité plus efficaces. Ainsi, à l'échelle de la région Lorraine, le nombre d'IVG par an pour 1000 femmes de 15 à 49 ans, d'après des données de 2004 [21], serait de 11,8 pour 1000, soit inférieur à la moyenne nationale, contrairement aux régions Ile-de-France (20,3), PACA (20,1), Corse (25,3). En outre, face à la pénurie de gynécologues/ obstétriciens, dont souffre la France actuellement, et au vu du petit nombre de praticiens pratiquant l'IVG, nombre sans cesse en diminution d'ailleurs du fait des départs en retraite de cette génération vieillissante, il est certain que la Sage-femme sera amenée à voir son champ de prescriptions augmenté dans les années à venir, et ce, notamment dans le domaine des contraceptions et de l'IVG par méthode médicamenteuse, et ceci même si, pour le moment, les débats récents à l'Assemblée Nationale, se révèlent plutôt temporisant. Par ailleurs, en plus d'obtenir un accès facilité à ces IVG, ces femmes auraient, via le temps allongé des consultations des sages-femmes, la possibilité d'exposer leurs problèmes dans leur intégralité car un si grand bouleversement pour une femme ne saurait être résolu uniquement par la prise de comprimés. Il en va du bien être de toutes nos patientes. Dans ces conditions, il semble légitime qu'un mémoire d'étudiant sage-femme s'intéresse à ce problème de Santé Publique.

Ainsi, nous allons réaliser un état des lieux sur la réalisation des IVG au local, sur Nancy, et nous comparerons les données obtenues à celles publiées au niveau national. Cette étude aura donc pour objectif principal d'étudier les circonstances précises de survenue des échecs de contraception et la mesure de l'efficacité pratique des méthodes contraceptives dans la prévention des grossesses non désirées. Nous nous intéresserons également à l'accessibilité et à l'acceptabilité de ces moyens de contraception.

Puis, dans un deuxième temps, en fonction de nos résultats, nous tâcherons de proposer des pistes de travail qui pourraient, dans la mesure de leur application, entraîner une diminution de ce nombre d'IVG dues à un échec contraceptif.

C'est dans cette optique que nous allons élaborer la problématique suivante :

Comment peut-on expliquer, de nos jours, en 2009, le nombre encore élevé d'interruptions volontaires de grossesse liées à des défauts de contraception, ceci chez une population nancéenne de femmes âgées de 15 à 49 ans ?

Ce questionnement va donc entraîner les interrogations suivantes : Quelles contraceptions sont donc les plus efficaces en pratique ? Les moins efficaces ? Pourquoi ? Existe-t-il davantage de facteurs de risque d'avoir une grossesse désirée en fonction des conditions socio-économiques ? Du vécu obstétrical ? Quels moyens peut-on mettre en place pour prévenir ces défauts de contraception ?

Afin de remplir nos objectifs, nous allons mettre en place une étude épidémiologique, par questionnaire, sur une population de 100 femmes ou plus, âgées de 15 à 49 ans consultant pour une IVG au centre d'orthogénie de l'hôpital Villemin, et ce, sur une période donnée. Les étiologies des IVG étant nombreuses et variées, nous nous intéresserons aux seuls cas liés à un défaut (alors que la patiente ne souhaite pas de grossesse), ou à un échec de contraception, qui représentent, au niveau national, environ les deux tiers des cas d'IVG recensés. Dans cette optique, nous allons sélectionner sur ces femmes les cas liés à un défaut de contraception auprès de qui, nous étudierons les variables décrites ci-après. Les cas de grossesses non désirées non liés à la contraception, et donc sous la dépendance de causes multiples et complexes seront donc simplement recensés et ces patientes n'auront pas à remplir le reste de ce questionnaire.

Nous allons travailler sur les hypothèses suivantes :

- il existe un lien entre IVG par défaut de contraception et conditions socio-économiques
- il existe un lien entre IVG par défaut de contraception et condition obstétricale
- en pratique, il existe des types de contraceptifs beaucoup plus à risque que d'autres d'obtention de grossesse

Nous allons donc nous intéresser à un certain nombre de variables telles que les conditions socioprofessionnelles (l'âge, la nationalité, la profession, l'état matrimonial), la condition obstétricale de la patiente (le nombre de naissances, IVG, fausses couches précédant le cas actuel), le type de contraception utilisé (ou son absence avec les raisons de ce choix (coût, religion...), l'utilisation d'une méthode naturelle (retrait, abstinence une partie du cycle...), l'oubli d'une contraception orale avec association ou non à la Norlevo la pilule dite du lendemain, rupture de préservatif, grossesse sous implant ou stérilet, et enfin la durée d'utilisation de ce moyen contraceptif). Ces trois variables vont donc nous permettre de rechercher des facteurs de risque d'obtention d'une grossesse non désirée par défaut de contraception en fonction des conditions de vie, des antécédents obstétricaux et du type de contraception utilisé.

L'idéal aurait été de pouvoir mener une étude multicentrique, apportant davantage de précision, mais, n'ayant pas eu l'accord du chef du pôle en question à la Maternité Régionale Pinard (MRAP) pour mener une étude en ses murs, nous nous focaliserons uniquement sur le centre IVG de Maringer, dont le chef de service, le Professeur Schmutz, est favorable à cette expérimentation. De ce fait, cette étude sera monocentrique. En outre, nos patientes ayant déjà été victimes d'un problème de contraception, notre étude ne pourra être que rétrospective et non randomisée.

Notre travail réalisé au centre d'orthogénie sera encadré par Mme Pontus, sage-femme du centre de planification de l'hôpital Villemin, chargée de la prévention en matière de contraception et d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires du Grand Nancy. Ayant accepté de suivre le déroulement de cette étude, elle jouera donc le rôle d'expert. Ce choix paraît légitime en regard du travail que cette dernière effectue tout au long de l'année.

Concernant notre échantillon, nous allons sélectionner au minimum 100 femmes de 15 à 49 ans consultant pour une IVG au centre de Maringer. On peut alors se demander pourquoi cette limitation d'âge et du coup de ne pas s'intéresser aux jeunes mineures de moins de 15 ans ? Ceci afin d'avoir une population comparable à celle que l'on trouve dans toutes les enquêtes nationales, où l'âge minimal est fixé à 15 ans. Une autre question peut également émerger, concernant le nombre de patientes à inclure dans l'étude. Pourquoi ce pallier de 100 femmes ?

Nous avons constaté dans la bibliographie, qu'environ un cas sur deux des IVG est dû à des problèmes contraceptifs. Ainsi, en partant de ce pourcentage attendu, et en se fixant une précision souhaitée de $\pm 10\%$ et un risque alpha à 5% , on obtient un nombre de sujets nécessaire de 96. D'où, en arrondissant, le nombre de 100 sujets à inclure. Cependant, en sachant que plus le nombre des patientes interrogées est élevé, plus l'étude gagne en précision, nous pouvons envisager d'augmenter quelque peu ce nombre, d'où la mention au minimum 100 patientes. Ainsi, ce calcul nous dit qu'en incluant au moins 96 sujets, on serait capable de calculer l'incidence de l'échec de contraception comme cause d'IVG à 10% près. En outre, le pourcentage attendu de 50% nous permet également de dire que sur 100 sujets, nous aurons environ 50 cas d'échec de contraception. Ce nombre est suffisant pour dresser des statistiques descriptives (>30). Nous pourrions donc analyser nos données dans de bonnes conditions.

La sélection de notre échantillon sera basée sur le facteur temps avec un début de recrutement à partir du 1^{er} mai 2009 et ce jusqu'au 18 septembre 2009. A l'issue de cette période, nous devons impérativement avoir recueilli au minimum 100 témoignages de patientes de 15 à 49 ans.

Le questionnaire semble être le meilleur moyen pour faire le point sur un sujet aussi sensible que « grossesse non désirée et contraception ». En effet, vu le contexte dans lequel ces femmes vont être interrogées, il est pertinent de leur soumettre un formulaire qu'elles pourront remplir, si elles le souhaitent, lors de leur hospitalisation. En outre, notre questionnaire se devra d'être le plus neutre et bref possible, ceci dans l'intérêt de nos patientes que nous ne devons ni brusquer, ni mettre mal à l'aise. Notre questionnaire avant sa mise en circulation a subi une phase de test et a obtenu l'aval des différents protagonistes, à savoir sage-femme référente, sage-femme experte, et chef de service du centre d'orthogénie.

Dans l'optique de garantir l'anonymat des patientes, les questionnaires seront bien entendu non nominatifs, et par conséquent, le personnel du centre IVG devra jouer le rôle d'intermédiaire. A sa charge de distribuer les questionnaires et de les remettre, remplis, dans la pochette prévue à cet effet, et qui devra être méticuleusement rangée en salle de soin après chaque utilisation, ceci pour éviter que ces questionnaires soient à la portée de personnes non habilitées à en prendre connaissance.

Toutes ces informations, une fois dépouillées, seront conservées sur notre ordinateur personnel, et ce uniquement pour la durée de l'étude. Il ne sera pas possible de faire autrement puisque la réalisation de diagrammes sera inévitable pour exploiter au mieux ces résultats.

En outre, il est important de signaler que le remplissage de ces questionnaires est facultatif et donc soumis au bon vouloir de ces femmes. En cas de questionnaire non rempli, ces patientes ne pourront pas être comptées dans l'échantillon, mais figureront dans les statistiques du taux de participation. Toute patiente incluse dans l'étude pourra se tenir au courant des conclusions du projet en prenant contact avec le centre de planification de l'hôpital Villemin, une fois le mémoire achevé et validé.

Afin de ne pas biaiser cette étude, des renseignements ont été pris auprès de Madame Pontus sur le type de femmes consultant pour une IVG. Cette dernière a alors certifié que la population consultante était diversifiée au niveau des âges, comme des conditions socio-professionnelles, le but pour nous étant de ne pas être trop focalisé sur un type de population plutôt que sur un autre. Par contre, il existe une autre possibilité de biais vis-à-vis de notre questionnaire, dans le fait où les réponses peuvent être déformées par la patiente. Exemple : une femme culpabilisant sur une absence de contraception, et justifiant son IVG comme si il y avait rupture d'un préservatif. Cette hypothèse pourra être mise en évidence si des résultats semblent aberrants vis-à-vis des chiffres nationaux. Dans tous les autres cas, il faudra considérer que la patiente a répondu au questionnaire avec toute la véracité qu'il nécessitait.

2. RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES

121 patientes ont répondu à notre questionnaire sur 253 soit un taux de participation fixé à 47.83%.

1. Cette grossesse non désirée survient-elle dans un contexte de problème de contraceptif ? oui / non

Si oui, veuillez passer aux questions suivantes.

Si non, le remplissage de ce questionnaire est terminé.

L'intérêt de cette question résulte dans le fait que dès la première interrogation, on peut mettre de coté toutes les causes psychiques, qui ne sont à priori pas dépendantes d'un problème de contraception.

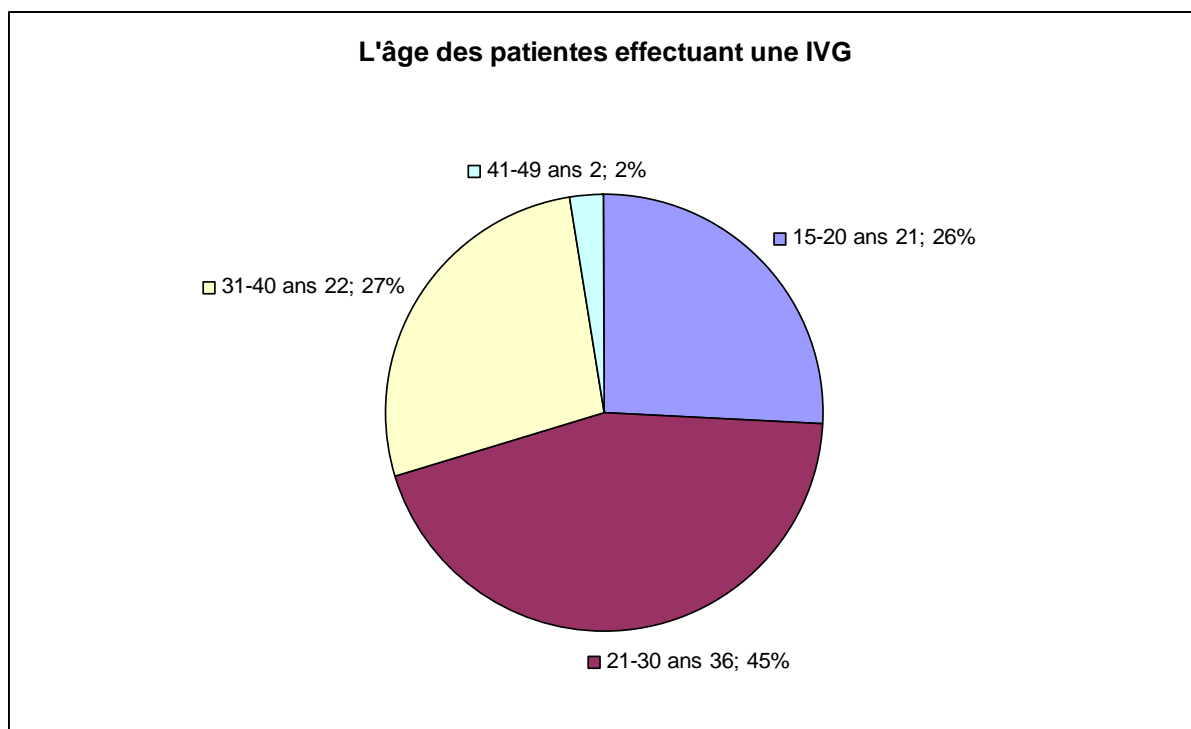
Attention, même si les causes permettant la mise en place d'une grossesse non désirée sont souvent d'origine psychique, on considèrera qu'elles ont été mises en évidence lors de la consultation pré IVG.

81 patientes considèrent que leur IVG est due à un problème de contraceptif. 40 non.

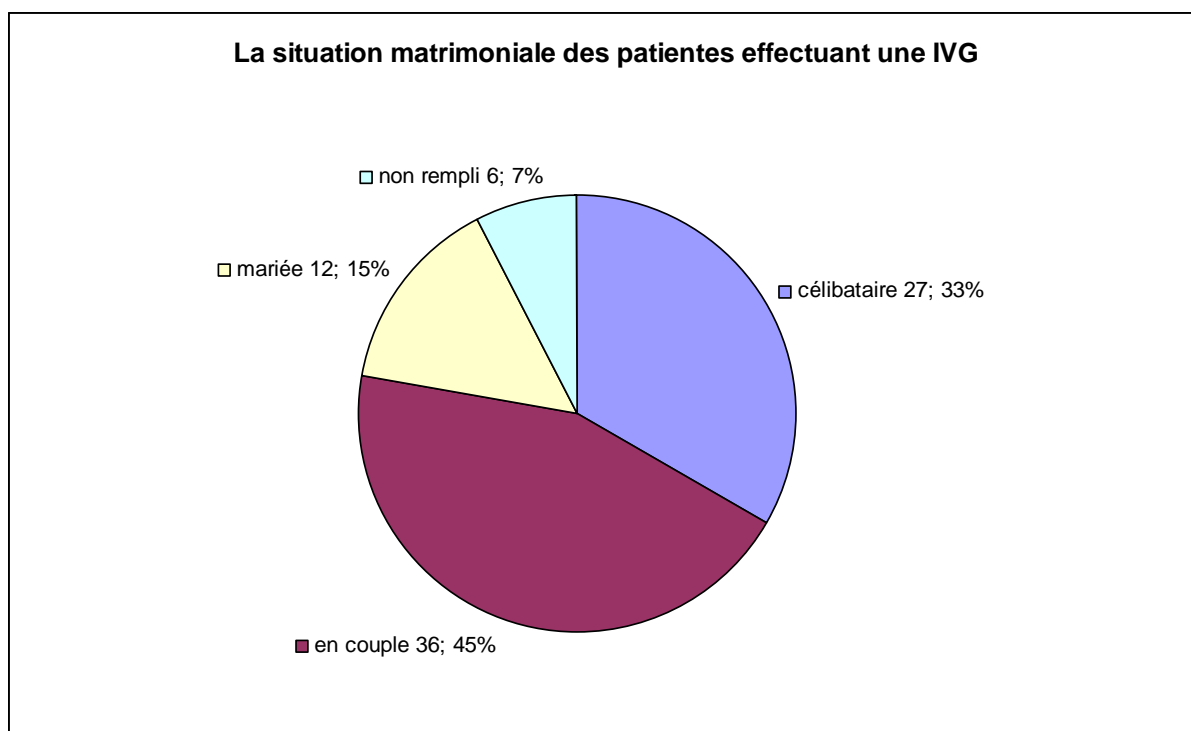


2. Concernant les conditions socio-économiques :

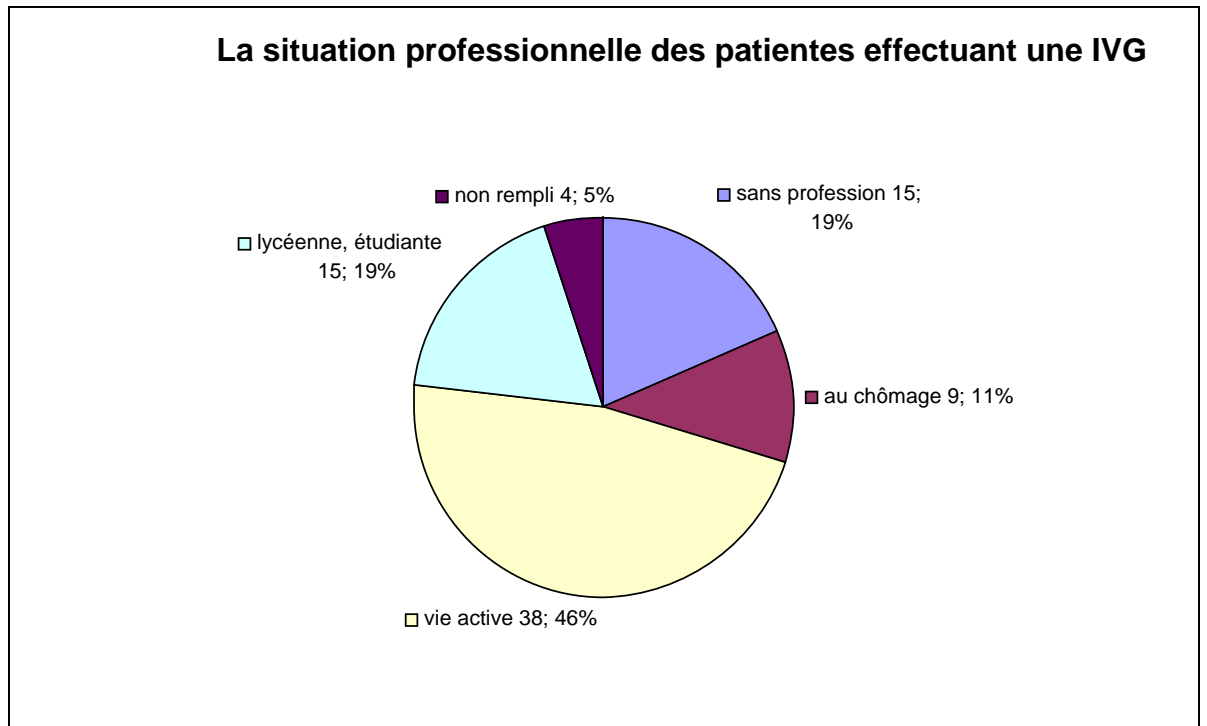
○ quel âge avez-vous ?



○ vous êtes ?

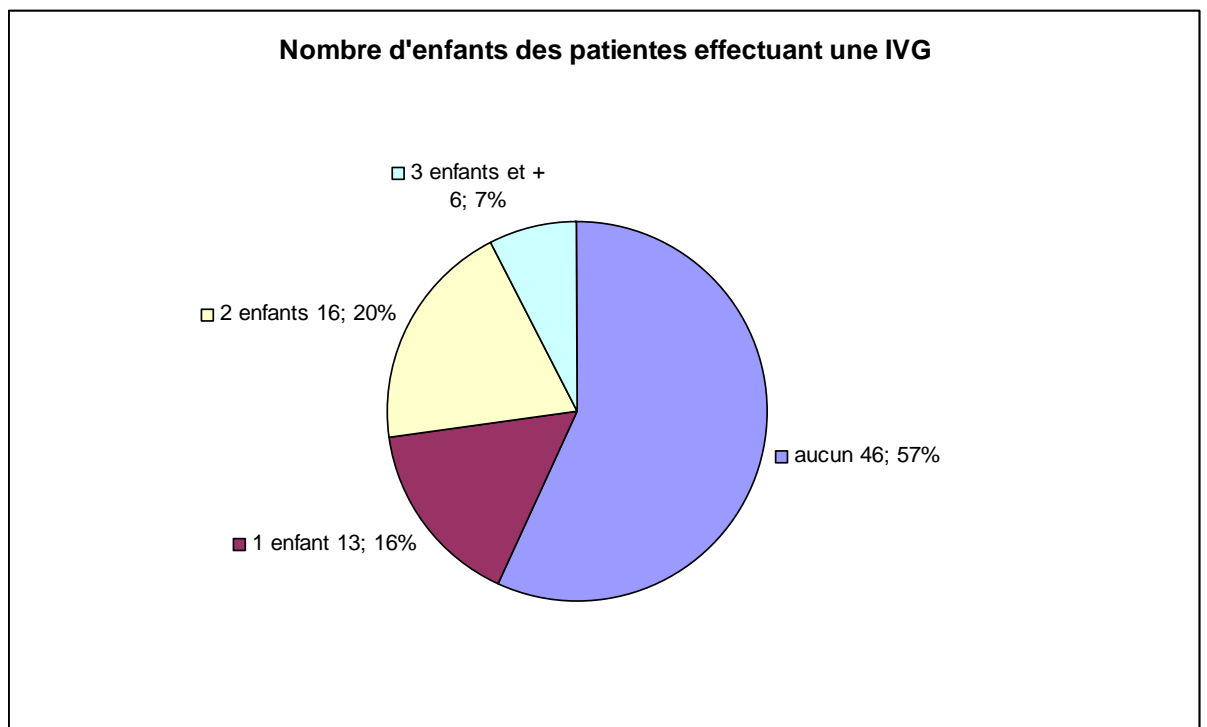


- concernant votre profession, vous êtes ?

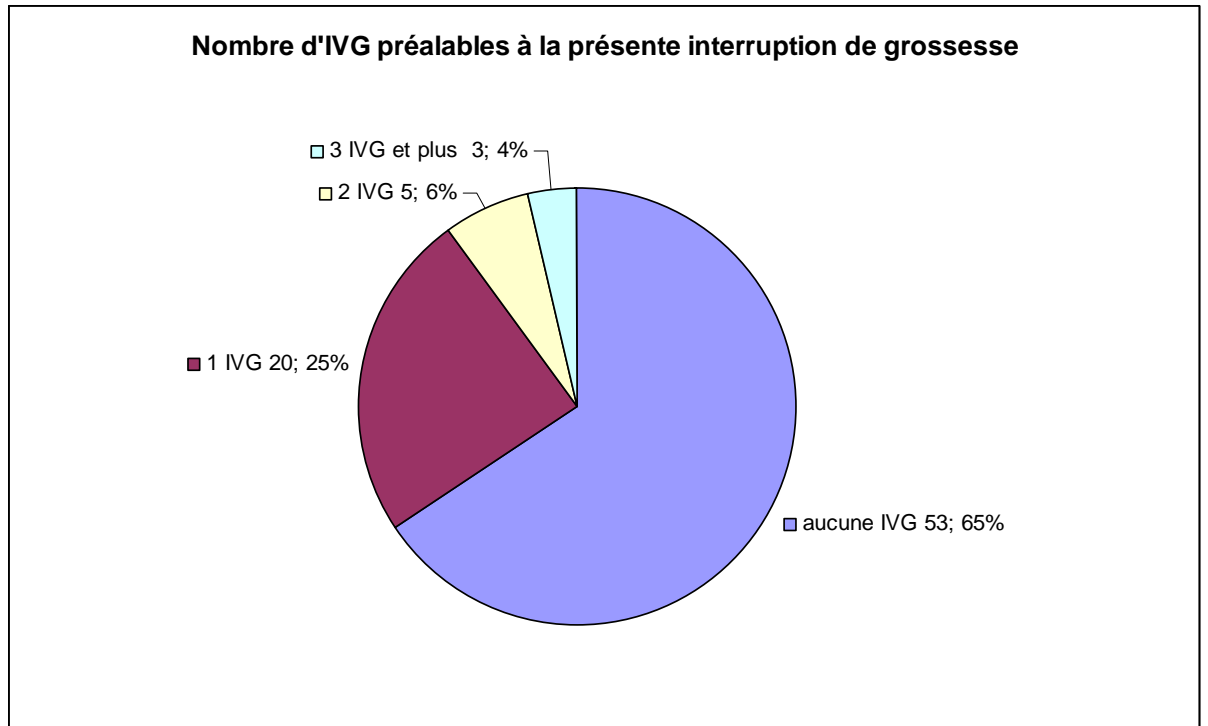


3. Concernant votre condition obstétricale :

- avez-vous des enfants ?

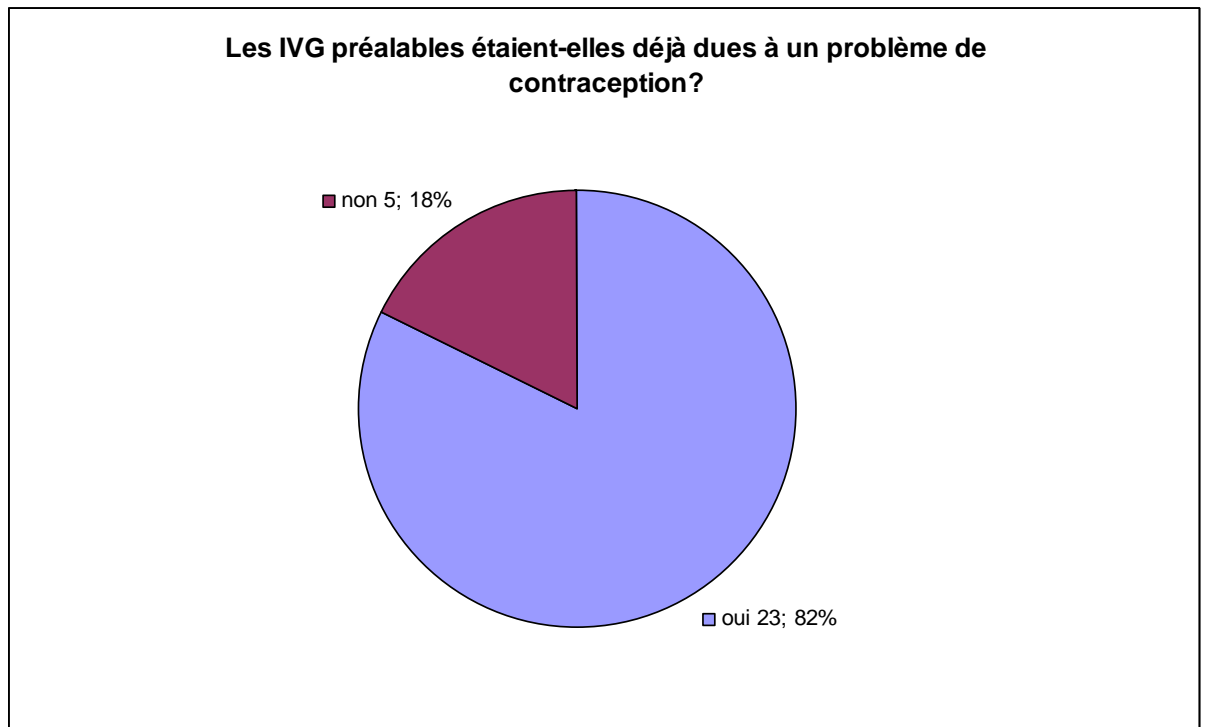


- avez-vous déjà eu recours à des IVG ?

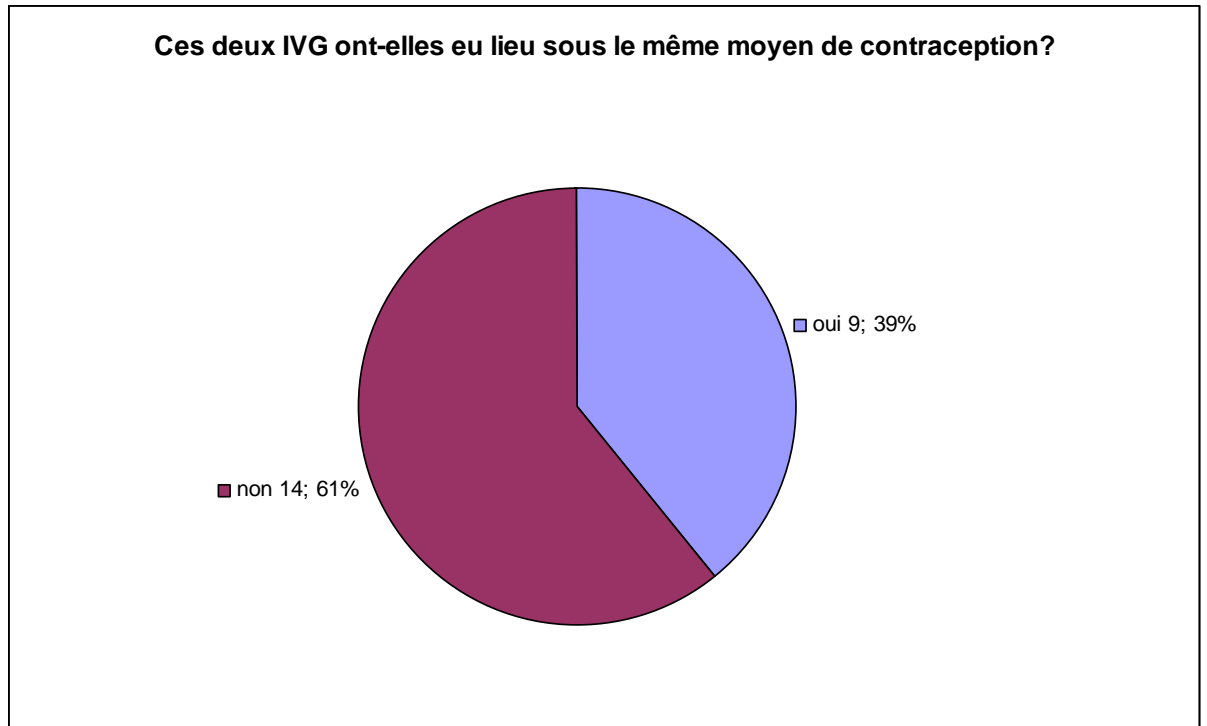


Nous pouvons calculer le taux de récurrence qui est ici égal à 34.56%

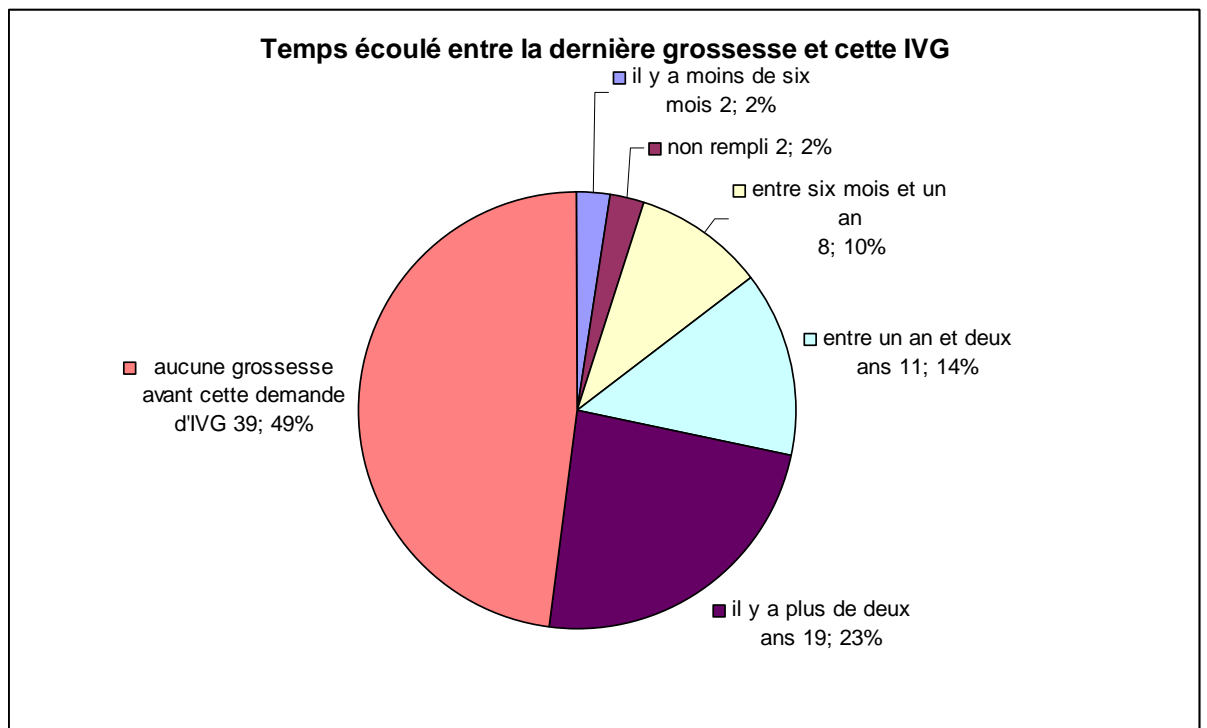
- si oui, étaient-elles dues à un problème de contraception ?



- si oui, avez-vous conservé le même moyen de contraception ?

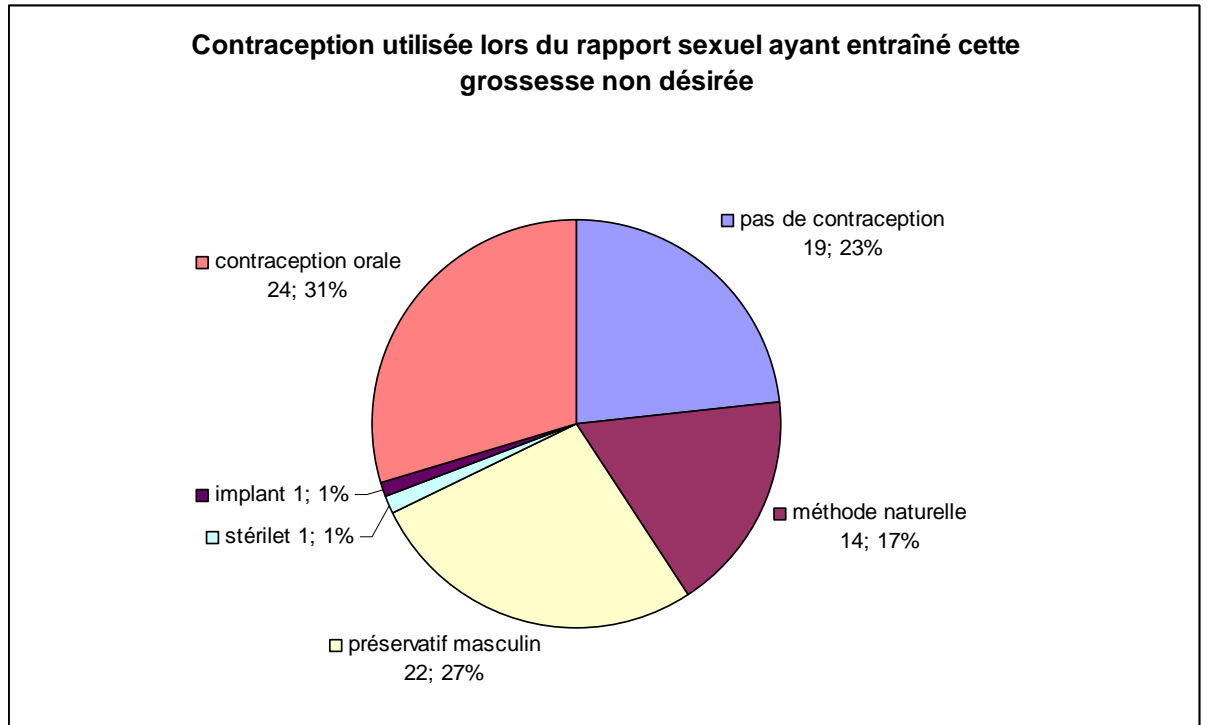


- votre dernière grossesse, c'était ?



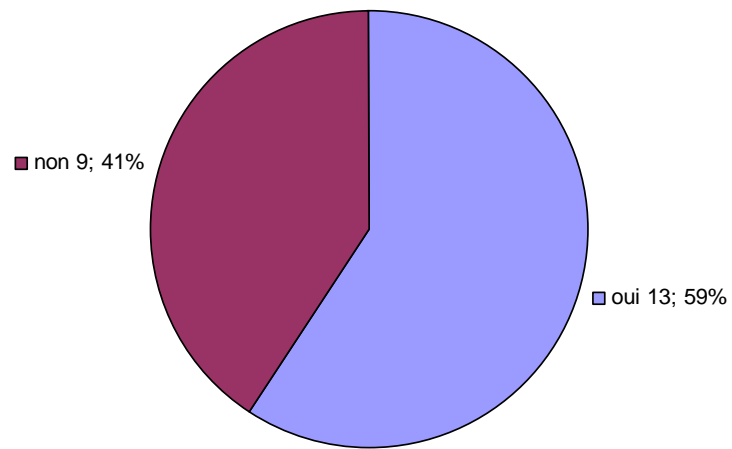
4. Questions de contraception

- Lors du rapport sexuel ayant entraîné cette grossesse non désirée, quel type de contraception utilisiez-vous ?



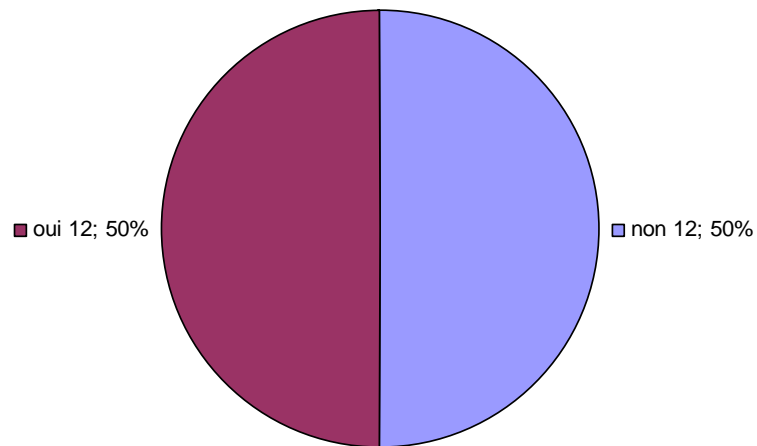
- Dans l'utilisation du préservatif masculin, y'a-t-il eu une rupture, ou mauvaise utilisation durant le rapport ?

Rupture ou mauvaise utilisation du préservatif



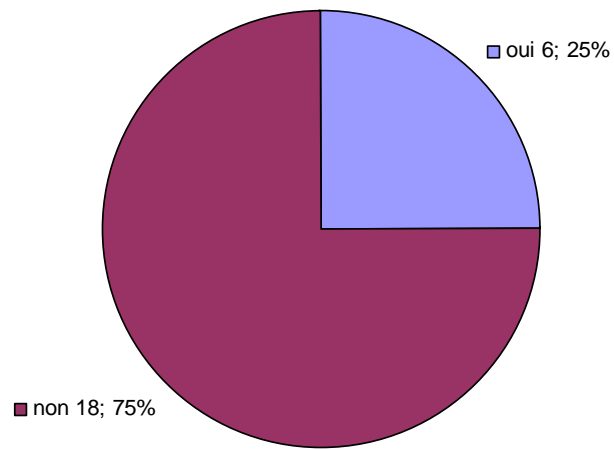
- Concernant l'utilisation de la contraception orale (pilule) cette dernière est-elle à heure de prise fixe ?

La pilule utilisée est-elle à heure de prise fixe?



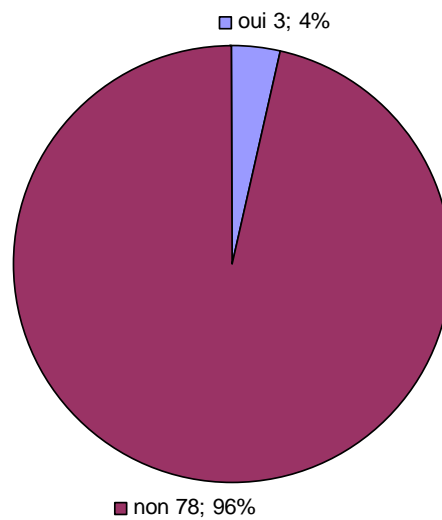
- Cet intervalle de temps a-t-il été respecté ?

Cet intervalle de temps a-t-il été respecté?



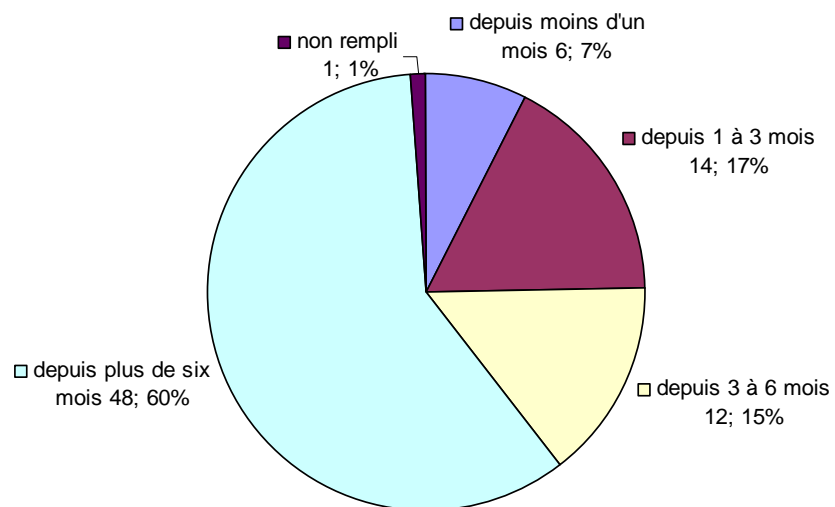
- Concernant l'utilisation de la pilule du lendemain a-t-elle été utilisée ?

Utilisation de la Norlevo, la pilule dite du lendemain



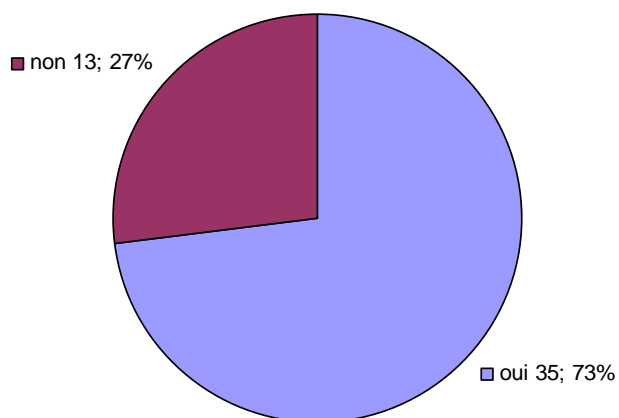
- Depuis quand utilisiez-vous ce moyen de contraception ?

Depuis quand ce moyen de contraception était-il utilisé?

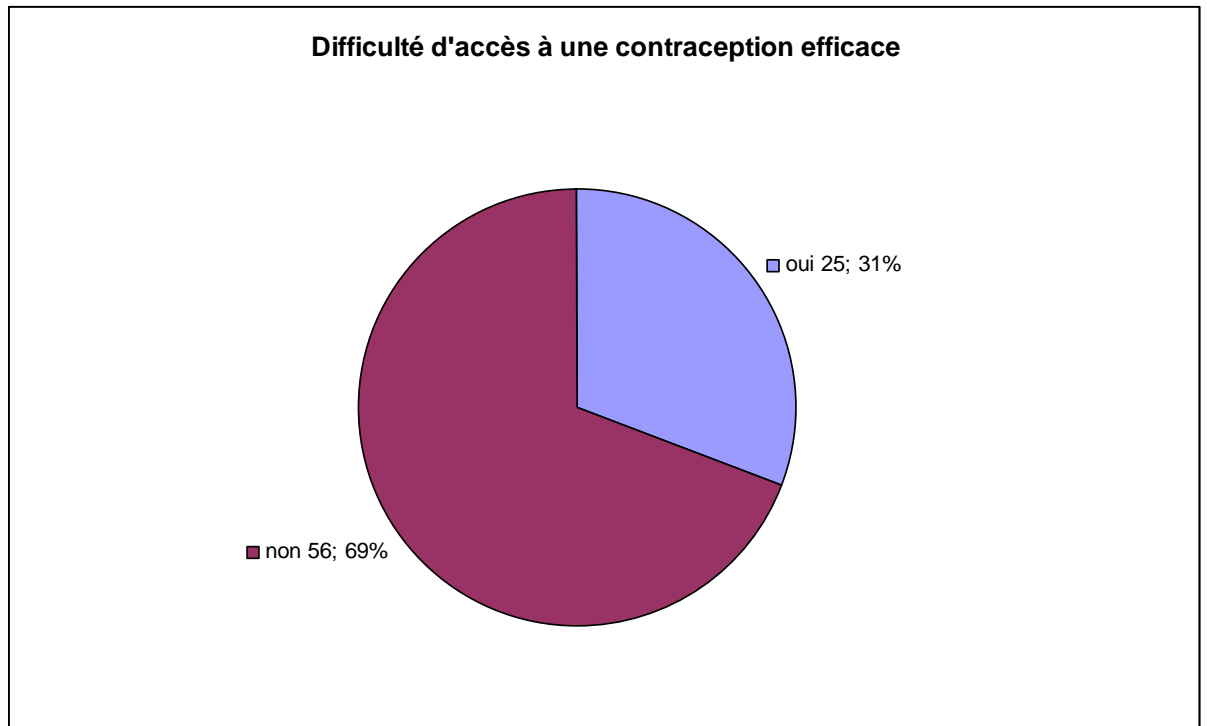


- Avez-vous lu la notice d'utilisation, accompagnant votre moyen de contraception ?

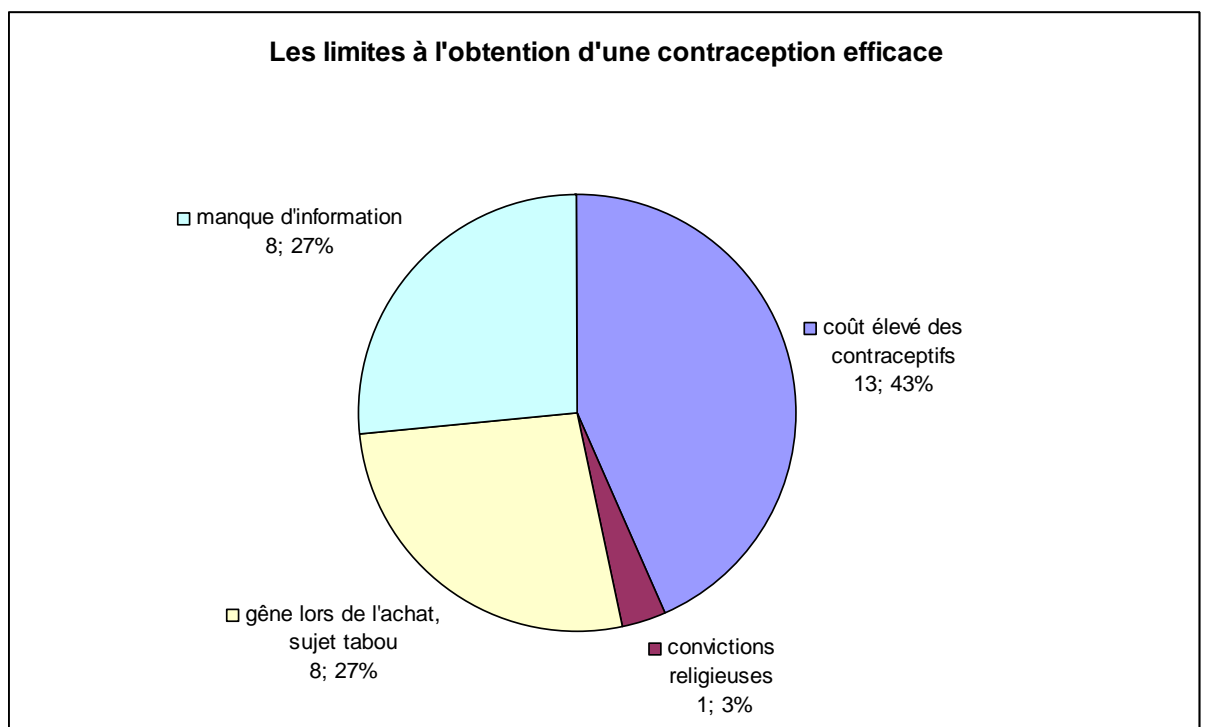
Y'a t-il eu lecture de la notice d'utilisation accompagnant le moyen contraceptif?



- Avez-vous des difficultés à vous procurer une contraception efficace ?

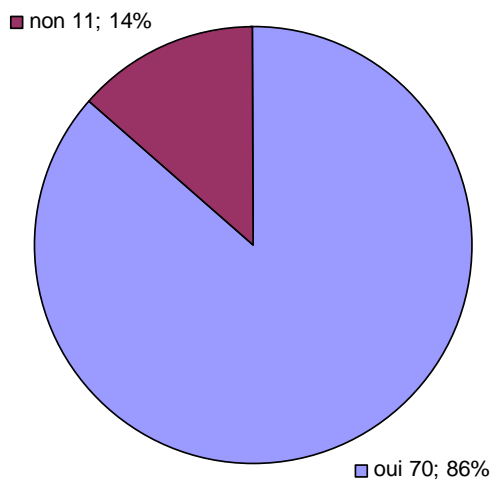


- Si oui, pourquoi ?



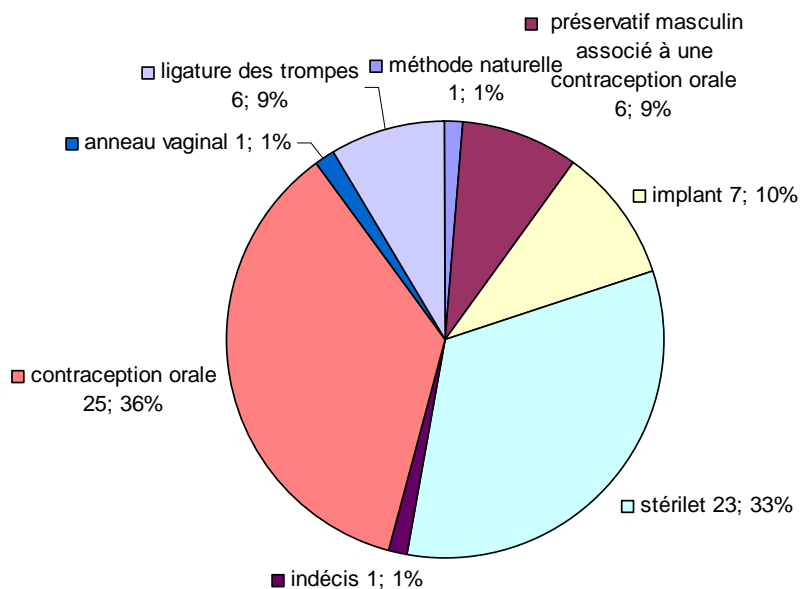
- Après votre IVG, envisagez-vous de changer de moyen de contraception ?

Changement de contraception après cette IVG



- Si oui, quelle contraception souhaitez-vous essayer ?

Choix d'une nouvelle contraception, post-IVG



*Partie 3 Réalisation de l'état des lieux et pistes
de travail*

1. ETAT DES LIEUX

1.1 Taux de participation et ciblage de population

Le taux de participation s'élevant à 47.83% est tout à fait satisfaisant du fait de la sensibilité du sujet. En effet, nous avons envisagé dans un premier temps de donner des questionnaires à l'entretien pré-IVG et de les récupérer le jour de l'hospitalisation, les exposant de ce fait à des oublis ou des pertes. Or, comme toutes les femmes restent obligatoirement une matinée en surveillance, le jour de l'intervention, et ce, quelque soit la méthode, nous avons choisi de les faire remplir directement à cette occasion. Ne se pose donc plus le problème des pertes de questionnaires, et si ces derniers sont rendus non remplis, ils le sont forcément par choix. Ainsi nous bénéficions donc de statistiques précises. On peut donc noter que presque une femme sur deux ayant subi une IVG à l'hôpital Villemin entre début mai et mi-septembre a accepté de répondre à l'enquête.

La première question est importante car elle permet de faire un tri dans la population consultante, l'objectif de l'étude étant de travailler sur des défauts dans la contraception, et non pas sur toutes les causes d'IVG notamment les causes psychiques, toutes aussi importantes, certes, mais qui nécessiteraient de réaliser des entretiens individuels, d'où un nombre restreint de patientes et ce pour un bénéfice plus limité. En effet, n'ayant pas la formation de conseiller conjugal ou de psychologue, il aurait été difficile d'aboutir à des conclusions satisfaisantes. De plus, les conséquences pour les patientes auraient pu se révéler délétères si l'entretien avait été mal mené. En outre, au vu du nombre de femmes se présentant à un entretien psychosocial en un an, nous n'aurions pu travailler qu'avec cinq ou six d'entre elles, et encore, dans la mesure où toutes auraient accepté cette entrevue.

Ainsi 81 patientes considèrent que leur IVG est due à un problème dans leur contraception, alors que 40 autres estiment qu'elle est sous la dépendance de facteurs plus complexes, autres que contraceptifs.

Dans ce groupe de 40 femmes, nous allons retrouver deux types d'individus, avec primo toutes les patientes qui désiraient une grossesse de prime à bord, qui ont arrêté toute contraception et qui, une fois enceintes, après réflexion choisirent d'avorter en définitive. Nous avons donc à noter la présence de ce phénomène de grossesse volontaire, mais pas uniquement, car il convient également de préciser l'existence de femmes dont la grossesse est apparue sous la dépendance de causes inconscientes comme nous l'avons vu précédemment. On supposera que ces causes ont ensuite été mises en évidence soit spontanément par la patiente, soit au cours de la consultation pré-IVG après discussion avec le médecin, et ce par le biais d'une réflexion sur l'histoire de cette femme et sur les circonstances de survenue de cette grossesse. Il s'agit dans tous les cas d'un problème autre que contraceptif, puisque ce dernier n'a pas été mentionné par la patiente au décours de la première question.

Dans l'autre contingent de patientes, nous allons donc avoir toutes les femmes qui ne souhaitaient pas de grossesse mais qui n'avaient pas de contraception pour telle ou telle raison lors du rapport sexuel fécondant, les patientes confrontées aux problèmes d'oubli ou de mauvaise utilisation des contraceptifs, mais également toutes celles soumises à ces désirs inconscients de grossesse, survenus sous contraception, qui a d'ailleurs été oubliée ou mal prise pour l'occasion. Certes, le désir inconscient de grossesse existe, mais sous contraception bien comprise et bien utilisée, aucune grossesse ne pourrait se mettre en place, mise à part dans certains cas d'hyperfertilité. Cette dernière ne pourra donc se déclarer qu'à la faveur d'un problème contraceptif et dans ces conditions, nos patientes retiendront davantage cette anomalie que les raisons psychiques inconscientes qui en sont pourtant la cause. Il semble donc que depuis le début nous ayons été trop catégoriques. En effet, nous ne pouvons pas cliver aussi facilement la population en deux parties, d'une part les causes psychiques et d'autre part les causes contraceptives car après tout ces deux phénomènes ne sont-ils pas liés ?

Notre pourcentage d'échec de contraception s'élève donc à 67% alors que nous attendions un résultat aux alentours des 50%. Mais tout dépend de ce qu'on sous-entend par échec de contraception car chez nos 81 patientes, on peut mettre en évidence la présence de 19 femmes qui n'utilisaient pas de contraception lors du rapport sexuel fécondant.

Ainsi, ces patientes additionnées aux 40 autres supposées sans contraception, nous amènent au total de 59 femmes sans contraception sur 121 soit un pourcentage de 48.76% et de ce fait l'échec de contraception réel se révèle être aux alentours de 51.24% soit très proche du nombre attendu.

Faisons un rapide état des lieux de la situation des IVG en Lorraine en s'intéressant à un rapport de la DRASS datant d'avril 2008 statuant sur la situation des IVG dans notre région [21]. Ainsi apprend t-on qu'en Lorraine, en 2006, 6640 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées dans les établissements de santé publics et privés lorrains ou par les médecins de ville ayant passé convention avec un établissement de santé. Dix ans plus tôt, le nombre d'IVG était de 6200, la progression est donc relativement limitée. En outre, il apparaît que les femmes lorraines ont moins recours à l'IVG qu'au plan national, le recours rapportant le nombre d'IVG au nombre de femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans y est de 11,4 pour mille contre 14,3 en France métropolitaine en 2005. Sur l'échelle des régions françaises, la Lorraine se situe en 9ème position, place beaucoup plus favorable que celles des régions du Sud ou de l'Ile de France. [21]

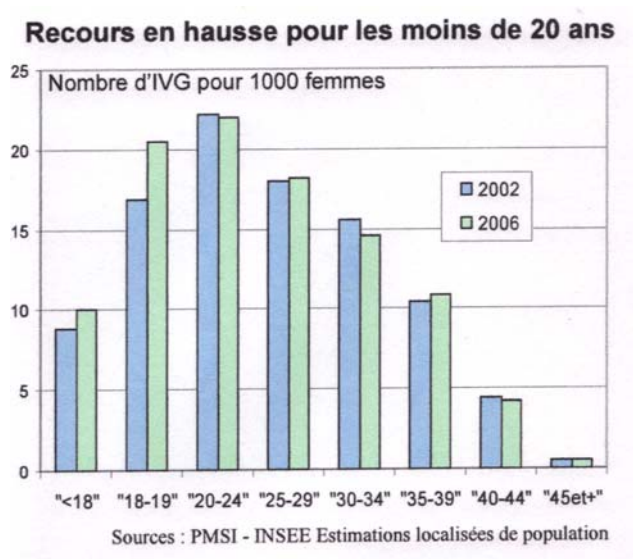
Au sein de la Lorraine, c'est en Meurthe-et-Moselle que le recours à l'IVG est le plus fréquent. Le CHU et la Maternité Régionale de Nancy, situés sur ce département attirent des femmes résidant dans un périmètre plus large que celui du département, voire de la région : les établissements meurthe-et-mosellans pratiquent ainsi 92 % des IVG des femmes issues de Meurthe-et-Moselle mais aussi 10 % des IVG des Meusiennes et 6 % des IVG des Mosellanes. De même, les établissements vosgiens accueillent un nombre non négligeable de femmes en provenance des régions limitrophes (Alsace et Franche-Comté). Les établissements de santé situés dans les deux autres départements lorrains n'ont pas une influence aussi évidente sur les femmes originaires d'autres départements. Entre 2000 et 2005, la hausse des IVG en Lorraine affecte surtout le département de la Meuse alors que les recours en Moselle sont restés stables mais c'est sans compter les femmes de ce département prises en charge par les établissements alsaciens et meurthe-et-mosellans.

1.2 IVG et conditions socio-économiques

La première partie du questionnaire s'attachait aux conditions socio-économiques de la patiente. On recherche va donc confronter le risque d'IVG à différents facteurs tels que l'âge, la situation matrimoniale, et enfin, en dernier lieu, la situation professionnelle des femmes. En tout premier lieu, nous nous sommes donc interrogés sur l'âge de nos patientes. Ainsi, nous pouvons compter 21 patientes de 15-20 ans, 36 de 21-30 ans, 22 de 31-40 ans et enfin seulement 2 ont entre 41 et 49ans. Comme dans l'ensemble des régions françaises, les jeunes femmes de 18 à 30 ans sont donc les plus nombreuses à avoir recours à l'IVG, cette tranche d'âge correspondant à la période de fertilité maximale des femmes.

1.2.1 Les jeunes appartiennent à la catégorie de population la plus à risque de faire une IVG

Chez les jeunes, la tranche d'âge des 20-24 ans est la plus concernée par l'IVG avec un recours près de deux fois plus important que la moyenne (21,9 IVG pour 1000 femmes contre 11,7 en moyenne en 2006).



En outre, malgré les différents moyens de contraception proposés dont la contraception d'urgence, le nombre d'IVG de mineures ne se tarit pas et augmente même en 2006, le taux de recours également. La hausse est plus évidente encore pour les jeunes femmes de 18 à 19 ans dont le taux de recours est passé de 16,9 à 20,4 IVG pour 1000 femmes entre 2002 et 2006.

Aux âges plus avancés, au-delà de 30 ans, le recours est moindre, du fait sûrement d'une stabilité familiale et professionnelle permettant de conserver cette grossesse. Ainsi, il semble que la population jeune de 15 à 30 ans soit plus à risque de grossesse non désirée que le reste de la population française, et ce notamment en ce qui concerne les femmes de 18 à 24 ans. Ce phénomène peut trouver une explication dans la mesure où les jeunes bénéficient souvent de mauvaises informations sur la contraception et utilisent des méthodes peu en accord avec leur mode de vie. Face à cela, il faut également mettre en évidence, des difficultés d'accès à la contraception pour les mineures. Tous ces éléments sont donc, pour ces jeunes femmes, à risque d'apparition de grossesse non désirée. En outre, cette dernière, souvent peu compatible avec la poursuite du parcours scolaire, se présente à un âge où le désir d'enfant est généralement absent, d'où l'augmentation de ce recours à l'IVG. De plus, la suppression de l'autorisation parentale pour les mineures demandant une interruption de grossesse a sensiblement facilité l'accès de ces dernières à cette intervention dont la prise en charge est désormais anonyme et gratuite.

On observe cependant que des équipes demeurent encore réticentes à pratiquer une IVG dans le cas où une mineure souhaiterait garder le secret vis-à-vis de ses parents : 4 % des refus de prise en charge relèveraient de ce cas de figure alors même que les questions qui pouvaient se poser en termes de responsabilités des médecins notamment des médecins-anesthésistes ont été réglées. S'y ajoute la question de la responsabilité de l'adulte référent qui n'est toujours pas totalement définie. L'adulte accompagnant la mineure lors d'une démarche d'IVG ne le fait qu'à titre individuel et pas au nom de l'institution auquel il appartient, ce qui est mal compris des intéressés quand il s'agit de personnels de l'éducation nationale, une infirmière scolaire ou une assistante sociale.

1.2.2 Les patientes célibataires sont à risque de grossesse non désirée et d'IVG du fait du manque d'utilisation de contraception fiable

Le deuxième point des conditions socio-économiques s'attachait à la situation matrimoniale de la patiente consultant pour une IVG. Ainsi, notre étude nous apporte les données suivantes. 33 % des patientes sont célibataires, 45% sont en couple, et enfin 15% d'entre elles sont mariées.

La première constatation est que près d'une patiente sur trois est célibataire, présentant de ce fait une grossesse non désirée qu'elle doit assumer seule. Se pose alors la question du type de contraception utilisé à l'occasion de ce rapport sexuel fécondant. Les constatations sont alarmantes puisque les résultats de notre étude semblent indiquer qu'il y ait dans la plupart des cas une absence de notion de risque de grossesse et de contamination par les infections sexuellement transmissibles chez ces femmes. En effet, près d'une patiente sur trois n'utilise pas de contraception et une sur cinq recourt à une méthode naturelle, dont la réussite est fortement laissée au hasard. On notera le fait que seule la présence d'un préservatif masculin permettra d'assurer une protection efficace vis-à-vis des contaminations sexuelles telles que le VIH, Hépatites B et C, Syphilis, Mycoplasmes, Chlamydiae, HPV... Or, seulement 6 patientes sur 27 ont utilisé ce type de contraceptif, et parmi celles-ci on peut compter la présence de trois craquages d'où dans ces cas une protection réduite à néant...

Certes, il semble compréhensible pour une femme célibataire de ne pas prendre une contraception sur du long terme, telle que la pilule, notamment en l'absence de rapports sexuels réguliers, mais, le réflexe de la contraception ponctuelle devrait, quant à lui, germer dans les esprits à chaque sortie à risque. Il en va de la santé de ces femmes qu'il faudrait responsabiliser sur leur sexualité. Cependant, ce résultat est à mettre en parallèle à une possible difficulté d'accès à la contraception. En effet, là encore, les résultats issus de notre étude sont explicites, puisque seulement une patiente célibataire sur cinq, nous fait part d'une difficulté d'accès à la contraception, et parmi celles-ci, seulement deux tirent le trait sur le coût élevé des contraceptifs, les quatre autres soulevant davantage le problème d'un sujet tabou, d'une certaine gêne à aller chercher une contraception efficace. En aucun cas ne nous reviennent à l'oreille les problèmes de manque d'information. Il semblerait donc que le problème résulte davantage de la mentalité de ces « couples d'un soir », et on insistera sur la notion de couple car il faut être deux, à notre sens, pour démarrer une grossesse, et l'homme qui ne se protège pas est par conséquent, autant responsable de la situation actuelle que sa compagne.

Une autre question persiste toutefois. En effet, on peut se demander si cette IVG est un acte isolé dans l'histoire obstétricale de la patiente ou s'il fait suite à des épisodes passés.

Nous allons donc étudier le taux de récurrence chez ces patientes célibataires par l'intermédiaire de nos questionnaires. Ainsi, on peut calculer avec pas moins de 11 patientes sur 27 à avoir déjà effectué au moins une IVG, un taux de récurrence qui se situerait aux alentours de 41%, soit au dessus du taux moyen, sur l'ensemble de l'étude, qui est évalué à 34.56%. Les statistiques sur les cas répétés d'IVG chez une même femme sont peu nombreuses, anciennes et portent sur des échantillons limités. De ce fait, nous n'avons pas de point de comparaison récent au niveau national comme au local vis-à-vis de ces IVG itératives. Ainsi, on peut donc conclure qu'il existe un réel problème chez ces femmes célibataires vis-à-vis de leur sexualité, à risque de grossesse et d'infections sexuellement transmissibles.

De plus, bien qu'une femme sur trois soit célibataire, il convient d'indiquer, a contrario, que les 2/3 des femmes sont soit en couple, soit mariées. C'est à travers ces cas, où l'homme demeure présent, que l'on peut voir que ce dernier se responsabilise également vis-à-vis de ce phénomène de l'IVG. Même s'il est rarement aux côtés de sa femme à l'occasion de la réalisation de l'acte, il n'empêche qu'il constitue toutefois un soutien de choix, comme le prouve la stabilité du couple. Ainsi, si l'IVG est parfois responsable de la dissolution du couple, elle peut également le renforcer dans d'autres cas.

1.2.3 Les femmes qui n'ont pas de revenus réguliers n'ont pas accès à une contraception efficiente du fait du coût élevé des contraceptifs

Le dernier point concernant les conditions socio-économiques s'attache à la situation professionnelle de ces femmes. Ainsi, 46% de ces dernières sont dans la vie active, 19% sont sans profession, 19% sont lycéennes ou étudiantes, et enfin 11% d'entre elles sont au chômage (5% de champ non rempli). Ainsi, seulement une femme sur deux consultant pour une IVG possède un emploi, lui assurant des revenus réguliers.

Nous pouvons donc déjà combattre l'idée reçue selon laquelle les femmes demandant une IVG sont forcément des personnes défavorisées. En témoigne la présence dans notre échantillon d'avocats, d'infirmières, d'adjoint administratif...

Cependant, il peut en effet apparaître que les patientes, ne possédant pas de revenus réguliers aient plus de difficultés à obtenir une contraception efficace.

Quel type de contraception est donc utilisé par ces femmes aux revenus limités ? Là encore, près d'un quart des femmes ne semble pas utiliser de véritable contraception. A noter toutefois, dans cette population, une proportion élevée de patientes utilisant des préservatifs masculins ou une contraception orale. Existe-t-il dans ce cas un problème d'accès à la contraception chez ces patientes ? Apparemment oui car une femme sur trois ne travaillant pas signale une difficulté à bénéficier d'une contraception efficace.

Dans ce cas, quelles sont les limites avancées par ces patientes ?

Le coût élevé des contraceptifs est la limite qui ressort avec force dans ce cas. Cela est compréhensible au regard des conditions de vie de ces personnes, qui ne perçoivent pas de salaire régulier. Il existe donc un lien entre patientes sans travail et difficulté d'accès à la contraception. Tout ceci reste toutefois dépendant de la présence ou non d'un compagnon et de la situation de ce dernier. Dans tous les cas, il apparaît que les dépenses en matière de contraception ne sont pas les plus prioritaires dans la gestion du foyer. Et on peut de ce fait comprendre ces démarches entreprises pour interrompre une grossesse non désirée si les moyens financiers sont limités.

1.2.4 De l'intérêt du remboursement des contraceptifs par la Sécurité Sociale

Il convient alors de s'interroger sur le taux de remboursement pratiqué par la sécurité sociale en matière de contraception et de s'intéresser aux différents types de contraceptifs sur lesquels elle s'applique. Sont remboursés par la Sécurité sociale (hors prise en charge par les mutuelles) l'implant contraceptif à hauteur de 65 %, le stérilet (65 %), le diaphragme (33 ou 42 euros, remboursé sur la base de 3,14 euros) et enfin la pilule contraceptive (65 % ou non remboursé selon le type de pilule). Des pilules dites de la « deuxième génération » sont remboursées. Ce n'est pas le cas des pilules dites de la « troisième génération », les plus récentes, contenant un progestatif peu voire non androgénique mis à part une seule qui est désormais prise en charge par l'assurance-maladie, selon une parution au Journal Officiel datant du 11 septembre 2009 grâce aux travaux engagés par la ministre de la santé Roselyne Bachelot qui ont convaincu le laboratoire en question de demander le remboursement de cette pilule.

Le taux de remboursement sera fixé à 65% et la somme restant à la charge de la patiente sera donc de 2,90€ pour un mois et 7,28€ pour trois mois de prise, comme les autres pilules de première et deuxième génération.

Les pilules de troisième génération, qui représentent environ 50% en volume des contraceptifs utilisés, n'étaient jusqu'à présent pas remboursées puisque les fabricants de ces dernières préféraient une commercialisation en non remboursable à des prix bien supérieurs à ceux des contraceptifs de deuxième génération d'où un véritable commerce sur la santé des femmes.

Mais si certains moyens contraceptifs bénéficient en partie d'un remboursement par l'assurance-maladie, ce n'est pas le cas de la majorité d'entre eux. En effet, pour utiliser un patch contraceptif ou un anneau vaginal, il faut compter 15 euros par mois, près de six euros pour six doses de spermicides, et le summum est atteint via l'utilisation de la cape cervicale qui coûterait entre 35 et 52 euros par mois. De même, les préservatifs masculins et féminins ne bénéficient d'aucun remboursement et, par conséquent, leur coût mensuel reste dépendant de la fréquence des rapports sexuels.

En outre, le taux élevé d'IVG relevé chez les jeunes filles et sa progression a conduit le Haut conseil de la population et de la famille à préconiser une réorientation de la politique actuelle vers la prévention, en facilitant l'accès à la contraception chez les adolescentes. Le rapport *Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures* d'Israël Nisand et Laurent Toulemon [22] a souligné la difficulté qu'il y avait à promouvoir chez les jeunes une contraception qui fasse partie de la vie de tous les jours. En outre, l'article 24 de la loi du 4 juillet 2001 a prévu que « Le consentement des titulaires de l'autorité parentale, ou le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures ». Sa mise en œuvre effective suppose que l'accès à la contraception soit anonyme et pris en charge financièrement pour les mineures, or cette idée n'est toujours pas répandue. En effet, l'accès à la contraception est anonyme et gratuit pour les mineures dans les 1 196 sites de centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) mais leur répartition sur le territoire est très inégale. Par ailleurs, leurs horaires d'ouverture, ne sont pas toujours adaptés à ceux des élèves.

De plus, il est également important de constater que la France s'inscrit davantage dans une politique curative que préventive dans le fait où l'IVG et la contraception d'urgence sont devenus anonymes et gratuits pour les mineures mais qu'en face de ce phénomène, la contraception orale, le choix préventif le plus efficace, reste toujours payante, ou remboursable sur la sécurité sociale des parents, ce qui restreint les possibilités de confidentialité pourtant nécessaires à cet âge. Ainsi, la question de l'organisation d'un accès à la contraception gratuit et anonyme pour les mineures devrait effectivement être posée ainsi que celle, plus générale, du remboursement des contraceptifs très utilisés comme les pilules micro dosées.

1.2.5 Les patientes dans la vie active et consultant pour une IVG soulignent davantage des problèmes d'information que de coût

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, l'attribution d'un salaire ne rend pas pour autant automatique l'achat régulier d'une contraception efficace. En effet, nous en avons la preuve dans la mesure où nos patientes, quand bien même elles s'épanouissent au sein d'une profession, se retrouvent finalement dans la même situation que celles qui ne travaillent pas, à savoir à demander une IVG. Quel type de contraception est le plus répandu chez ces femmes ?

On peut remarquer que, dans cette population, la proportion de l'absence de contraception est moindre que dans celle des femmes qui ne travaillent pas, et ce, pour des échantillons de taille comparable. En effet, on peut mettre en évidence, dans ce groupe, le fait que nous atteignons un total de 29% de femmes sans contraception ou sous méthode naturelle, alors que ces dernières totalisaient près de 40% des patientes dans l'autre échantillon, caractérisé par l'absence de revenus réguliers. De plus, la forte présence de la contraception orale dans cette population laisse à penser que ces femmes ont un suivi gynécologique régulier et qu'elles sont donc, de ce fait, théoriquement, moins à risque de débiter une grossesse non désirée. Or, là encore, près d'une patiente sur trois signale une difficulté d'accès à la contraception et en étudiant avec précision ces limites, on se rend compte que la nature du problème diffère des femmes sans travail qui sont davantage concernées par le coût des contraceptifs. En effet, il semble que ces patientes qui ont des revenus réguliers souffrent, selon leurs dires d'un manque d'informations dans 46% des cas, viennent ensuite le problème de la gêne (31%) puis du coût (23%).

Comment peut-on expliquer ce phénomène ? Deux raisons peuvent être avancées.

En tout premier lieu, le fait que la population exerçant une profession est plus âgée que celle des femmes consultant pour une IVG et qui ne travaillent pas. En effet, il faut prendre en compte le fait que ces dernières comptent dans leur cohorte près de 40% de lycéennes ou d'étudiantes. Or, depuis plusieurs années, une politique de prévention et d'éducation à la sexualité a été mise en place auprès de ces jeunes tant au niveau des collèges que des lycées. Lors de ces séances, les adolescents apprennent le fonctionnement de leur corps et de celui de leur partenaire. Ils reçoivent, en outre, à cette occasion, des informations importantes sur la contraception, les risques de grossesse et de transmission des maladies sexuellement transmissibles.

Le fait que dans cette population, le problème du manque d'information ne soit que peu soulevé indique, d'une certaine manière, une réussite de cette politique de prévention. Par contre, la population plus âgée, déjà dans la vie active depuis quelques années, n'a pas pu bénéficier de cette politique et n'a donc pas acquis le même niveau de connaissances que celui que possèdent désormais les jeunes.

La deuxième raison montre du doigt un suivi gynécologique insuffisant soit parce que les femmes le refusent soit parce que le nombre de gynécologues (7,5 gynécologues pour 100 000 femmes) est insignifiant. Du fait de cette situation, les délais pour les prises de rendez-vous s'allongent en même temps que s'amenuisent les durées de consultation. Nous pouvons par conséquent mettre en exergue l'insuffisance des informations dispensées par les gynécologues. C'est afin de pallier à cette situation que depuis peu, les sages-femmes peuvent se lancer, grâce à leur formation, dans le suivi gynécologique physiologique. En outre, leurs plages horaires étendues en matière de durée de consultation permettent de prendre le temps de recevoir les patientes, de leur donner des informations aussi précieuses que concises sur le type de contraception qu'elles souhaitent utiliser mais surtout de répondre à leurs interrogations.

1.3 IVG et condition obstétricale

Après avoir étudié les liens entre IVG et conditions socio-économiques, nous allons maintenant nous pencher sur la condition obstétricale de nos patientes.

Ainsi, apprend t-on, que 57% des femmes ayant effectué une IVG au centre d'orthogénie de l'hôpital Villemin n'ont jamais eu d'enfants, et que, en parallèle, 13% d'entre elles en ont eu un seul, 16% deux et 7% trois ou plus. On va s'intéresser d'une part à l'âge de ces nullipares et d'autre part à celui de celles ayant déjà enfanté.

Il semble exister deux tendances dans la population française.

1.3.1 Les raisons pouvant pousser les femmes jeunes de moins de 30 ans à faire une IVG

La première concerne la tranche d'âge des 15-30 ans à fort caractère nullipare et qui souhaitent le demeurer au vu de l'actuelle demande d'IVG. Cette population jeune est assez hétérogène car elle compte près d'1/3 de lycéennes et d'étudiantes, 1/3 de femmes dans la vie active, et enfin 1/3 femmes au chômage ou sans emploi.

En réalisant une étude précise de l'âge de ces patientes confronté à leurs conditions professionnelles, on peut donc avancer les hypothèses suivantes :

- les lycéennes et étudiantes ne peuvent se permettre d'avoir d'enfants du fait de leur scolarité.

- les patientes qui travaillent sont à classer en deux catégories, celles qui sont en couple (dans environ 50% des cas) et celles qui sont célibataires. On peut supposer que celles qui sont dans une relation, attendent peut-être davantage de stabilité dans leur emploi avant de se lancer dans une grossesse. Du fait de l'âge tendre de ces patientes, peut aussi être mise en évidence l'idée de profiter de la vie, de prendre son temps, avant d'avoir à s'occuper d'enfants. Par ailleurs, pour certains experts sociologues comme Nathalie Bajos, il existe également une « norme sociale du bon moment pour être mère » [23] et cette norme s'est renforcée. En effet, l'âge moyen des femmes au moment de la naissance de leur enfant ne cesse de reculer : il atteint presque 30 ans en 2006. Le « bon moment pour être mère » nécessite d'avoir une relation stable, un logement, une situation professionnelle pour soi et son conjoint, or les études sont de plus en plus longues. Ces raisons expliquent en partie que les femmes recourent plus fréquemment et plus facilement à une IVG en cas de grossesse non désirée qu'avant, notamment chez les plus jeunes. Pour les patientes célibataires, le souhait de bénéficier d'une IVG indique bien que ces dernières souhaitent rencontrer le géniteur approprié avant de démarrer une grossesse.

-les femmes au chômage, sans emploi peuvent présenter plus de difficulté à élever un enfant du fait des conditions socio-économiques faibles.

1.3.2 Les raisons pouvant pousser les femmes de plus de 30 ans à faire une IVG

La deuxième tendance, quant-à elle, concerne une population plus âgée. Ainsi, de 31 à 49 ans, et parfois même un peu plus tôt, entre 21 et 30 ans pour certaines, on peut constater que les femmes sont déjà mères et même parfois à plusieurs reprises. Dans cette population, on ne compte presque plus de lycéennes ou d'étudiantes. En effet, cette catégorie se divise essentiellement en 1/3 de femmes sans profession, qui peuvent donc être considérées comme des mères au foyer, et 2/3 de patientes exerçant un métier.

Nous pouvons donc avancer les hypothèses suivantes quant à cette population :

-les patientes sans profession semblent aussi être sujettes à une instabilité dans leur couple car la moitié d'entre elles se déclarent célibataires. Dans ces conditions, mère, seule et sans travail, on peut comprendre qu'il est délicat d'envisager une nouvelle grossesse. Pour celles qui comptent un conjoint, l'hypothèse des conditions socio-économiques peut être de nouveau avancée en fonction des revenus du compagnon. On peut aussi supposer que le couple a atteint le nombre d'enfants qu'il souhaitait avoir.

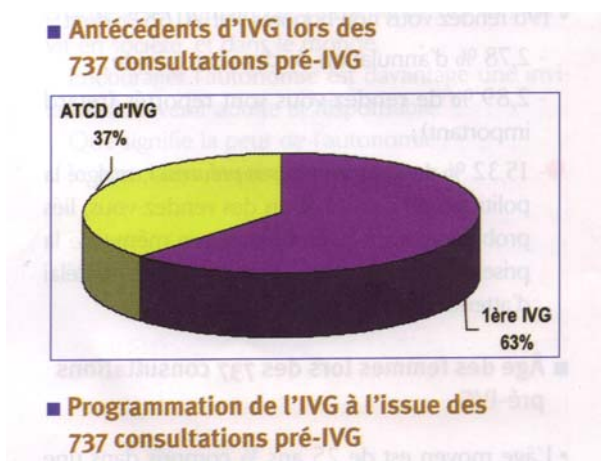
-les patientes exerçant une profession semblent également être caractérisées par une stabilité de la vie à deux. En effet, 90% d'entre elles sont en couple ou mariées. On peut donc supposer que chez ces individus la famille a atteint la taille idéale, la femme étant davantage tournée, à cette période de sa vie, vers ses ambitions professionnelles, que vers une nouvelle maternité, comme c'est de plus en plus le cas dans nos sociétés modernes. Une grossesse pourrait nuire à ce processus de montée sociale et professionnelle.

1.3.3 Le problème de la récurrence

Se pose désormais la question du nombre d'IVG précédant la situation actuelle. Ainsi, 65% des femmes confient n'avoir jamais eu recours à une interruption de grossesse, 25% en ont déjà subi une, 6% deux, et enfin 4% trois et plus.

Via ces données, nous pouvons calculer le taux de récurrence au sein de notre étude qui plafonne ici à 35%.

Malheureusement, nous n'avons aucun point de comparaison national récent concernant ce nombre. Cependant, nous pouvons le confronter aux résultats obtenus dans un autre centre d'orthogénie. Ainsi, en reprenant le bilan d'activité 2006 du service d'IVG de la Maternité des Lilas située en région parisienne bilan qui a d'ailleurs été présenté lors des 17èmes journées de l'association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) à Cannes en 2007, nous avons obtenu le graphique suivant [24] :



Ainsi, le taux de récurrence est fixé à 37% au sein de cette maternité, et est donc par conséquent très proche de celui que nous avons obtenu à travers notre étude, ce qui est satisfaisant au prorata du nombre de patientes incluses dans leur rapport d'activité.

Comme nous l'avons vu précédemment, les patientes célibataires, du fait d'une moins bonne maîtrise de leur contraception sont davantage à risque d'IVG, comme l'indique le taux de récurrence élevé chez ces femmes, de l'ordre de 41%.

Dans un deuxième temps, il convient de s'interroger sur les causes de cette précédente IVG. Était-elle due à un défaut de contraceptif ou était-elle sous la dépendance de problèmes plus profonds, liés par exemple à la vie amoureuse de la patiente ou à son histoire personnelle ? Les problèmes de contraception reviennent dans près de quatre cas sur cinq. Or, la patiente consulte de nouveau aujourd'hui dans l'espoir de mettre fin à une grossesse non désirée sachant que cette dernière est apparue dans des circonstances similaires à celles de la précédente IVG, et surtout sous même type de contraception dans 39% des cas.

Il convient donc de s'interroger sur la façon dont sont menées ces consultations IVG. En effet, il faut impérativement s'assurer que tous les thèmes à aborder le soient vraiment, que la patiente ait le temps de s'exprimer, de se situer vis-à-vis de cet acte non sans conséquences, et surtout, qu'elle ne puisse quitter l'établissement de santé sans qu'une contraception lui ait été prescrite, contraception dont on aura vérifié préalablement que le bon fonctionnement ait été assimilé tout comme l'utilisation de la contraception d'urgence en cas de rapport non protégé.

Il semble évident que le plus important demeurera toujours de respecter le choix de la patiente car c'est elle qui sera amenée à vivre au quotidien sa contraception, et il ne fait nul doute que cette dernière sera forcément mise en échec si le procédé ne lui convient pas. Cependant, c'est notre devoir en tant que professionnel de santé responsable, de lui indiquer les faiblesses de tel ou tel moyen contraceptif, afin de l'aider au mieux dans son choix qui se doit d'être éclairé. On pourra par exemple davantage conseiller un implant à une jeune femme qui ne souhaite pas avoir de grossesse avant quelques années et qui a montré par le passé qu'elle oubliait sa pilule une fois par mois, ce qui constitue bien évidemment une protection nulle face au risque de grossesse. Mais là encore, c'est à elle de trancher, le but étant d'inciter les femmes à être actrices de leur contraception.

Il conviendra également de noter que, même si le nombre d'IVG chez les mineures ne cesse de croître, il est tout de même bon de constater que la récurrence chez elles est limitée. En effet, comme l'atteste le graphique page suivante, seulement 10% des récidivistes sont des jeunes de moins de 20 ans. Cependant, il est toutefois possible qu'elles le deviennent par la suite, en prenant de l'âge. Face à cela, la tranche la plus touchée demeure donc celle des 21-30 ans, la plus féconde et de ce fait la plus à risque de grossesse. En outre, il est important de signaler que chez ces patientes déclarant des problèmes de contraception, certaines, hyper fécondes, ont pu débiter une grossesse sans avoir failli à leur contraception. D'ailleurs ne peut-on pas considérer toutes ces patientes consultant plusieurs fois pour des interruptions de grossesse répétées comme des patientes très fécondes, justement ?

En effet, les résultats issus de notre étude poussent à cette conclusion puisque selon eux, l'intervalle séparant la dernière grossesse de ces femmes de l'IVG actuelle est inférieur à deux ans dans 85% des cas, ce qui montre du doigt le fait que ces patientes ont de réelles facilités pour démarrer une grossesse. Mais dans ce cas, cette interrogation en entraînant une autre, se pose également le problème de la contraception à attribuer à ces patientes. Concernant les femmes les plus âgées, à partir de 31 ans, il est délicat de faire des pronostics sur du long terme car les IVG commises peuvent très bien avoir eu lieu dans leur jeunesse et non pas dernièrement.

Les résultats concernant la proximité de la dernière grossesse, qui a d'ailleurs été menée ou non à terme, permettra d'apporter un éclairage sur cette situation. En effet, selon ces derniers, 80% des femmes âgées d'au moins 31 ans déclarent que leur dernière grossesse date de plus de deux ans ce qui laisse à penser que la ou les IVG précédentes, sont dans le plus grand nombre des cas, de réalisation ancienne.

1.4 IVG et pratiques contraceptives

Après avoir étudié la situation obstétricale des patientes ayant recours à une IVG, nous allons désormais nous intéresser à leurs pratiques contraceptives. Ainsi, chez ces femmes, on peut constater que 19% d'entre elles n'avaient pas de contraception, 17% utilisaient une méthode naturelle, 27% un préservatif masculin et enfin 31% la contraception orale.

1.4.1 Près de 40% des patientes demandant une IVG n'avaient pas de contraception efficace lors du rapport sexuel fécondant

Nous pouvons soulever le fait que, selon ces chiffres, 40% de nos patientes n'ont pas de contraception efficace et sont donc à risque de grossesse non désirée à chaque rapport sexuel. Comment peut-on expliquer ce phénomène ?

La première théorie correspond à celle selon laquelle ces femmes, nullipares pour la plupart, n'ont aucune notion de ce risque de grossesse. Par conséquent, il semble de ce fait inutile à leurs yeux d'avoir une contraception efficace.

La deuxième théorie que nous pouvons avancer est celle d'un phénomène transitoire. En effet, certaines de nos patientes ont stipulé dans notre questionnaire qu'elles n'avaient certes pas de contraception lors du rapport sexuel fécondant mais elles le justifient dans le fait où elles étaient en cours de changement de moyen contraceptif : fin d'une plaquette, retrait d'un stérilet en vue de prendre une contraception orale... Ainsi, cette grossesse non désirée apparaît chez une population qui n'est pas étrangère à la contraception. Il s'agit donc, dans ce cas, d'un acte manqué pour lequel nous pouvons supposer que le risque de récurrence est faible.

La troisième théorie pouvant expliquer ces chiffres met en évidence les difficultés rencontrées par les patientes quand elle souhaite se procurer la dite contraception. En effet, près d'une femme sur quatre signale des problèmes dans l'accès à la contraception. La première cause, stipulée dans 43% des cas, est celle du coût des contraceptifs, d'où la nécessité d'assurer un meilleur remboursement de certaines méthodes. Viennent en seconde position les problèmes d'information qui touchent davantage une population âgée, et les problèmes de pudeur, de sujet sensible qui concernent quant-à eux les jeunes qui font leurs premiers pas dans la sexualité et qui ont, de ce fait, peur qu'on les juge lors de leur achat. Ainsi, cette vision très conservatrice, typiquement française, selon laquelle les adolescents ne doivent pas avoir de relations charnelles avant un certain âge, souvent la majorité, ne peut que porter tort à la cause contraceptive. En effet, ce phénomène ne va en aucune façon empêcher les jeunes d'avoir une sexualité active mais va, en revanche, les pousser à la vivre en cachette et surtout sans contraception efficace puisque de ce fait, par peur du jugement des adultes, ils ne vont pas aller s'en procurer une. Les problèmes religieux relevés, quant-à eux, sont peu fréquents. En effet, ces derniers ne représentent que 3% des limitations à l'accès à la contraception. Ce résultat n'est guère étonnant car si les religions ne tolèrent souvent pas les contraceptions efficaces puisqu'elles limitent l'œuvre de Dieu en matière de création humaine, elles acceptent encore moins, comme nous l'avons vu précédemment, l'IVG d'où la quasi-absence des problèmes religieux dans notre population. Il existe également un autre problème d'accès à la contraception mais que nous avons malheureusement oublié de spécifier au sein de notre questionnaire. Il s'agit bien évidemment des problèmes médicaux. En effet, en dehors des choix féminins pour tel ou tel type de contraception, il faut également que l'organisme puisse l'accepter !

Ainsi, les patientes allergiques au latex ne peuvent choisir d'une protection par préservatif, ou encore les patientes diabétiques ou hypertendues, par exemple, ne bénéficient pas d'une palette de contraceptifs aussi étendue que d'autres femmes en bonne santé du fait de la contre-indication aux œstrogènes de synthèse. Cependant, est apparue sur le marché des contraceptifs oraux, depuis l'été 2009, une nouvelle pilule oestroprogestative, Qlaira, à base d'œstrogènes naturels et qui pourrait, de ce fait, présenter une liste de contre-indications plus limitée que celle de ses consœurs à base de produits de synthèse.

En outre, près de 17% de nos patientes ont choisi une méthode naturelle comme le retrait ou l'abstinence en fonction du cycle. Ces méthodes contraceptives ancestrales à efficacité toute relative devraient être bannies une bonne fois pour toutes car les femmes se sentent protégées du fait de ces astuces de grand-mère et prennent donc des risques en matière de grossesse non désirée comme peuvent le prouver nos résultats. En effet, selon ces derniers près de 85% de nos patientes qui n'avaient pas pris de contraception ou utilisaient une méthode naturelle lors du rapport sexuel fécondant ont développé une grossesse non désirée dans les six mois suivant la mise en place de la dite situation, et même pour la plus grande majorité (55% des cas) avant d'atteindre trois mois. En résumant de façon simpliste, on peut donc conclure que méthode naturelle = pas de contraception = risque de grossesse présent = grossesse non désirée à arrivée rapide. Le tout est désormais de faire comprendre cette vérité à nos patientes.

1.4.2 Et qu'en est-il des autres 60% pourtant sous contraception efficace ?

Le préservatif, quant à lui, même si ses conditions de pose et de retrait sont bien respectées, présente toutefois un indice de Pearl à 5. Cet indice de Pearl se définit comme une technique utilisée dans les essais cliniques pour mesurer l'efficacité des méthodes de contraception. Il correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an. Ainsi cette valeur égale à 5 montre une fiabilité toute relative vis-à-vis du risque de grossesse. En outre, même si son utilisation au premier abord semble relativement simple, 13 patientes sur 22 signalent une erreur de manipulation : rupture, déversement lors du retrait... Il semble donc qu'il y ait un réel problème d'éducation vis-à-vis de cette pratique.

En outre, le nombre de rupture pourrait être revu à la baisse si lors de chaque rapport du lubrifiant était utilisé afin de faciliter la pénétration. Or, seulement certains types de préservatifs en sont munis... Sinon, pour réduire ce risque de Pearl théorique, il faudrait associer l'utilisation du préservatif à celle des spermicides, ce qui permettrait à la femme de bénéficier à la fois d'une protection mécanique et chimique au niveau vaginal, mais revient dans ce cas le problème du coût d'une telle contraception.

Notre questionnaire a également mis en évidence un cas de grossesse sous implant et un autre sous stérilet Mirena. Se pose dans ce cas la question de la pose de ces dispositifs médicaux, puisque ces derniers présentent de très bon indices attestant de leur fiabilité. En effet, le risque de grossesse leur étant associé est quasiment nul.

Aucun cas de grossesse non désirée sous spermicides ou préservatifs féminins n'a été relevé. Ce phénomène s'explique tout bonnement dans le fait où ces méthodes ne sont pas utilisées de nos jours en France puisqu'elles sont très astreignantes pour le couple.

Concernant l'utilisation de la contraception orale, il conviendra de distinguer deux types de pilules, avec d'une part les oestroprogestatives, qui présentent un intervalle de prise égal à 12h et d'autre part les microprogestatives qui ne tolèrent qu'une prise fixe dans un court laps de temps de 2h. Les premières du fait de l'utilisation combinée des œstrogènes et de la progestérone présentent une action maximale sur tous les étages de la sphère génitale ce qui explique, dans la limite où elles sont bien utilisées le risque théorique de grossesse proche de 0. Les micropilules progestatives, quant à elles, n'agissent que sur la glaire cervicale et souffrent donc d'un indice de Pearl plus élevé que leurs consœurs puisqu'il est estimé aux alentours de 1 /1.5. Dans notre étude, la proportion des deux types de pilule est égale, ce qui facilite la comparaison. Selon le rapport de l'INPES « *Les Français et la contraception* » [25], plus d'une femme sur cinq utilisant la pilule (21 %) déclare l'oublier au moins une fois par mois. Ce pourcentage monte à 27 % pour les jeunes femmes de 21 à 30 ans. La limite de ce moyen contraceptif très fiable réside donc dans sa prise journalière. En effet, nos patientes signalent que dans 75% des cas, elles ont oublié de prendre un comprimé, ce qui les place dans un groupe à risque de grossesse comme pour toute femme ayant des rapports sexuels réguliers sans contraception, à moins qu'elle ne prenne la Norlevo, la pilule du lendemain.

Or, on peut constater chez les patientes bénéficiant d'une pilule microprogestative que seulement près de 60% d'entre elles ont oublié un comprimé, ce qui monte à 40% le nombre de patientes qui indiquent avoir suivi les indications concernant l'utilisation de ce type de contraception orale mais ont quand même déclarées une grossesse, d'où un type de pilule plus à risque que l'oestroprogestative où l'oubli a été mentionné dans près de 92% des cas et où l'inefficacité n'a été mentionnée que par une seule patiente.

Cependant, nous sommes en mesure de nous interroger sur la fréquence de cet oubli. On peut alors se demander s'il existe un lien entre durée d'utilisation du moyen contraceptif et oubli. Selon nos questionnaires, dans 84% des cas la grossesse non désirée survient plus de six mois après la mise en place de la contraception orale. Ainsi, la contraception semble bien mise en place quand débute cette grossesse non désirée. Cela démontre donc bien l'existence d'un effet lassitude au cours du temps vis à vis de la prise quotidienne de comprimés dans un contexte qui n'est plus celui des débuts de la contraception.

La contraception hormonale étant entrée dans les mœurs et inscrite dans les pratiques courantes, la pilule n'est plus investie du même enjeu qu'il y a quelques dizaines d'années et, en conséquence, est souvent vécue davantage comme une contrainte que comme une libération. Or, la motivation conditionne l'efficacité réelle de la contraception. Cependant, la pilule contraceptive est davantage utilisée par les femmes de plus de 20 ans, que par les mineures comme l'indique le diagramme page suivante. Ainsi, en sens inverse, des jeunes filles surestimant, par méconnaissance, les effets négatifs de la pilule préfèrent recourir à des moyens de contraception peu efficaces accroissant ainsi le risque d'une grossesse non désirée.

1.4.3 Les idées reçues et stéréotypes convoyés par les français portent de graves torts en matière de contraception

Une première campagne « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », s'est appuyée sur une étude de l'INPES qui regroupait des données sur les pratiques et les représentations de la contraception en France.

Celle-ci montrait que l'on se trouvait dans la situation paradoxale déjà évoquée : un des taux d'utilisation de contraceptifs les plus importants et en même temps un nombre stable d'IVG, des difficultés pour la prise quotidienne des contraceptifs et en matière de choix de celui-ci et finalement un usage très approximatif de la contraception et une connaissance assez faible des méthodes de rattrapage en cas d'échec de la contraception [25].

Un quasi-stéréotype s'est installé : on entre dans la sexualité avec un préservatif, on s'installe dans une relation stable en utilisant la pilule et enfin, une fois les enfants nés on utilise un stérilet. Plus précisément, la pilule demeure le moyen contraceptif le plus utilisé (58 %) des femmes, le stérilet est utilisé par 24 % d'entre elles, essentiellement les femmes de 35 ans et plus, tandis que l'usage du préservatif masculin ne concerne que 11 % d'entre elles.

Or, il y a eu une très grande diversification des méthodes de contraception sans que l'état des connaissances de la population suive cette évolution des techniques : patch contraceptif, implant, anneau vaginal, diaphragme, cape cervicale, spermicides, préservatif féminin... La pilule fait l'objet d'une utilisation « de principe » alors qu'elle n'est pas forcément la mieux adaptée à la situation et au mode de vie de l'intéressée.

Il existe toutefois des points rassurant dans le fait où, la quasi-totalité des utilisateurs d'un moyen de contraception se déclarent satisfaits (95 %) et même très satisfaits (79 %) du moyen qu'ils utilisent. Les Français sont également nombreux à connaître une diversité de méthodes contraceptives. Sans surprise, la pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. Presque les trois quarts des personnes interrogées connaissent également le préservatif féminin et le diaphragme. La plupart des autres moyens sont connus par environ un Français sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 %. [25]

Face à cela, le choix des pratiques contraceptives souffre de profondes idées reçues comme en témoignent les chiffres suivants. Près d'un quart (22 %) des Français et 34 % des jeunes de 15-20 ans pensent que la pilule peut rendre stérile et fait systématiquement grossir (24 %), 50 % des Français croient que l'on ne peut pas utiliser de stérilet si on n'a pas eu d'enfant.

Parmi les Français qui connaissent les nouvelles méthodes, seulement un sur deux ne connaît pas la durée d'effet du patch contraceptif, ni de l'anneau vaginal tandis que près de six Français sur dix (59 %) ne savent pas quelle est la durée d'efficacité de l'implant contraceptif. Un jeune sur dix âgé de 15 à 20 ans, n'a pas conscience que la pilule ne protège pas du VIH et des infections sexuellement transmissibles.

Il semble également que le cycle hormonal féminin soit méconnu d'une bonne partie de la population française ce qui conduit bien évidemment à des rapports à risque. Ainsi, 53 % des Français croient qu'une femme ne peut pas déclarer de grossesse si un rapport sexuel a eu lieu pendant ses règles et 64 % qu'il existe des jours sans aucun risque de grossesse simplement identifiables en surveillant son cycle. Mais qu'en est-il dans ce cas des problèmes d'ovulation surprise, de cycles irréguliers ? Même s'il est possible de cibler des zones à risque plus élevé au cours du cycle, il semble évident que ce dernier n'est jamais nul.

Ainsi ces problèmes d'information semblent récurrents. Nous rappellerons à cette occasion que dans notre étude ces problèmes de connaissances représentent près d'1/4 des problèmes d'accès à la contraception rencontrés par nos patientes. Cependant tous ne sont pas égaux face à cette problématique qui semble toucher une population plus âgée, les jeunes quant à eux étant davantage limités dans leur recherche de contraception efficace par le fait d'une part que la sexualité soit un sujet tabou, extrêmement sensible et d'autre part par la composante financière qu'elle soulève. Cependant, ils ne doivent pas être oubliés pour autant, car comme nous l'avons vu précédemment le nombre d'IVG chez les adolescentes ne cesse d'augmenter. Ainsi, c'est dans cette optique que la loi du 4 juillet 2001 a conféré à l'éducation nationale une véritable mission d'éducation à la sexualité. Au moins trois séances annuelles d'information doivent y être consacrées dans les écoles, les collèges et les lycées par groupes d'âge homogènes et ce thème s'est donc vu ajouté dans les programmes du primaire et du secondaire. Des professionnels de centres de planification ou des professionnels de santé peuvent être associés à ces séances. Cependant, cette pratique dépendante de la qualité des acteurs de santé locaux intervenant dans ces centres reste insuffisante.

Désormais, le plus difficile à accomplir est de toucher un public plus âgé, qui a quitté les bancs d'école il y a de cela plusieurs années et qui de ce fait n'a pu bénéficier de ces séances de prévention. Ces constats ont donc conduit l'INPES à élaborer une première campagne d'information autour du choix d'une contraception qui pour être efficace doit être la mieux adaptée. Cependant, cette dernière a eu lieu en 2007, et même si les brochures accompagnant cette action se retrouvent encore dans certains lieux, il semble évident que cette dernière doit être renouvelée et surtout réactualisée selon les progrès de la science. Ces problèmes d'information doivent également trouver une solution lors de visite régulière chez un gynécologue, ou chez une sage-femme dès que les décrets d'application de la loi Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009 seront parus. Nous pouvons une fois encore souligner le rôle d'écoute et d'orientation des professionnels de santé en matière de contraception.

En outre, il convient de rappeler que chaque moyen contraceptif est fourni avec une notice d'utilisation. Il serait bon que les patientes ne se tiennent pas uniquement au discours du médecin ou de la sage-femme et aillent un peu plus avant en s'intéressant au fonctionnement réel de leur moyen contraceptif. C'est aussi cela être acteur de sa contraception. Selon les données de notre questionnaire, seulement 73% des femmes ont lu cette notice. Se pose dans ce cas la question de la compréhension, mais toutes sauf une indiquent que le contenu est accessible et que le fonctionnement du contraceptif leur est connu. Cependant, ces statistiques indiquent également que 27% d'entre elles ne vont pas chercher plus loin, faisant confiance à leur intuition et au discours du professionnel de santé d'où la nécessité d'une information claire et complète à leur communiquer.

1.4.4 Une absence de prise de pilule du lendemain dans 94% des cas

Un autre problème soulevé par notre questionnaire réside dans l'utilisation de la pilule dite du lendemain. En effet, seules 3 patientes sur 81 disent l'avoir utilisée et ce à des intervalles variables, mais toujours supérieurs à 24h. Or, nous savons que c'est durant ce court laps de temps qu'est efficace cette contraception d'urgence dont l'efficacité décroît de façon exponentielle dès 24h après le rapport sexuel non protégé pour devenir nulle aux alentours de 72h.

Ainsi, si on met de côté les patientes qui n'ont pas de contraception ou qui pratiquent les méthodes naturelles, nous obtenons un taux d'utilisation de la Norlevo de 6%. Bien sûr, il semble naturel que les patientes considérées comme hyperfertiles qui n'ont pas failli dans leur contraception, et pensant de ce fait ne pas être enceintes, n'aient pas pris cette pilule mais qu'en est-il pour toutes ces autres femmes ?

Là encore de nombreuses idées reçues devront être combattues. En effet, plus du tiers (35 %) des personnes déclarant connaître la contraception d'urgence pense qu'elle ne concerne que les jeunes femmes de moins de 25 ans et seuls 5 % des Français (et 15 % des 15-20 ans) connaissant la contraception d'urgence savent qu'il est possible de l'utiliser jusqu'à 72h après un rapport non protégé [25]. Il semble donc qu'il persiste un réel problème de connaissance vis-à-vis de cette pilule, même si son utilisation s'est fortement développée avec l'accessibilité directe en pharmacie sans prescription médicale dès 1999, puis sa prise en charge par l'assurance maladie à partir de 2001 pour les mineures.

Ainsi, en 2005, plus d'une femme sur sept (13,7 %) a eu recours à la contraception d'urgence au cours de sa vie (contre 8,4 % en 2000). La Norlevo a été prise lors de problèmes de préservatif (dans 32,5 % des cas), d'oublis de pilule (dans 24,9 % des cas) et de rapports sexuels non protégés (dans 21,8 % des cas). [17] L'accès des mineures à la contraception d'urgence a été organisé par la loi du 13 décembre 2000 en permettant que celle-ci leur soit délivrée en pharmacie, de façon gratuite et anonyme. Après une première période de mise en place, le système de prise en charge est aujourd'hui considéré comme globalement satisfaisant, même si dans les très petites agglomérations le manque de confidentialité peut toujours constituer un frein.

En revanche le niveau de connaissances sur la contraception d'urgence est assez hétérogène : il est nettement plus élevé dans les classes d'âge les plus jeunes, en milieu scolaire que chez les femmes en situation financière difficile, sans travail et/ou avec un niveau d'étude bas. Cela est la preuve d'une réussite de cette politique de prévention qui pousse les jeunes à devenir acteurs de leur contraception. La loi du 13 décembre 2000 a également élargi l'accès à la contraception d'urgence pour jeunes filles en autorisant sa délivrance, en milieu scolaire, par les infirmières de l'éducation nationale.

Ainsi, pour l'année scolaire 2006-2007, 14 268 élèves en ont fait la demande, dont 11 233 mineures (soit 78,7 % des demandes) comme l'indique le tableau ci-dessous. Une fois la demande formulée, dans la quasi-totalité des cas (81 %), le Norlevo est délivré directement par les infirmières, ce qui correspond bien à l'objectif poursuivi et permet au même moment le dialogue avec l'élève et son information sur la contraception. Il reste que l'élève doit pouvoir s'adresser facilement et rapidement dans son établissement à un professionnel de santé.

DÉLIVRANCE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE EN MILIEU SCOLAIRE

Année scolaire 2001/2002	Année scolaire 2002/2003	Année scolaire 2003/2004	Année scolaire 2004/2005	Année scolaire 2005/2006	Année scolaire 2006/2007
Bilan sur 30 académies de septembre 2001 à juin 2002	Bilan sur 24 académies de septembre 2003 à juin 2004	Bilan sur 30 académies de septembre 2003 à juin 2004	Bilan sur 29 académies de septembre 2004 à juin 2005	Bilan sur 29 académies de septembre 2005 à juin 2006	Bilan sur 30 académies de septembre 2006 à juin 2007
Demandes de contraception	Demandes de contraception	Demandes de contraception	Demandes de contraception	Demandes de contraception	Demandes de contraception
15 171 élèves	12 039 élèves	16 347 élèves	14 605 élèves	14 264 élèves	14 268 élèves
11 257 mineures soit 74,2 %	9 034 mineures soit 75 %	12 309 mineures soit 75 %	9 095 mineures soit 78,4 %	11 220 mineures soit 78,6 %	11 223 mineures soit 78,7 %
3 914 Majeures soit 25,8 %	3 005 majeures soit 25 %	4 038 majeures soit 25 %	3 155 majeures soit 21,6 %	3 045 majeures soit 21,4 %	3 045 majeures soit 21,3 %
Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)	Délivrance du Norlévo par les infirmier(ères)
à 5 826 élèves soit 59,8 % des cas	à 4 520 élèves soit 55,2 % des cas	à 8 535 élèves soit 71 % des cas	à 8 619 élèves soit 74,4 % des cas	à 8 836 élèves soit 80,2 % des cas	à 9 672 élèves soit 81,1 % des cas

Source Ministère de l'Education nationale

Afin que la population française soit mieux informée des possibilités qu'implique cette contraception d'urgence, il serait bien que cette pilule trouve sa place dans la campagne pour la contraception. Ce serait également une bonne idée si l'existence de ce procédé pouvait être annoté sur chaque mode d'emploi des moyens contraceptifs de même que ses conditions de son utilisation notamment en terme de prise horaire.

Mais là encore, la guerre personnelle que se livrent les différents laboratoires pharmaceutiques ne rendent pas la chose aisée. Toutefois, il conviendra de demeurer prudent dans la prescription ou l'utilisation de ce moyen contraceptif qui est, nous le rappelons, un procédé d'urgence et non pas une contraception à prendre jour après jour. Une utilisation régulière ne pourrait qu'aboutir à de profonds dysfonctionnements hormonaux. Cependant, plus d'un million de comprimés de Norlevo ont été vendus en 2006, surtout à des jeunes femmes sans que, généralement, une utilisation répétée ait été repérée.

En outre, ses détracteurs, souvent des professionnels de santé, se permettent de remettre en question son action et le bien-fondé de son utilisation, et omettent donc volontairement d'informer la patiente de l'existence de ce moyen contraceptif d'urgence. Grave erreur car le fait que seules trois patientes l'aient prise sans résultat montre bien son efficacité. En effet, pour ces trois cas où la Norlevo a été prise sans succès, et ce après les 24 premières heures succédant au rapport sexuel il faut le rappeler, combien de prises ont évité des grossesses non désirées ?

Dans une étude publiée par l'American journal of public health en 2009 [23], Nathalie Bajos et Caroline Moreau, spécialistes de la sexualité et de la contraception à l'Inserm, mettent en exergue l'importance de cette contraception d'urgence et montrent que la pilule du lendemain correspond aux besoins d'une sexualité différente, irrégulière, non prévue, parfois imposée ou menée en dépit d'un fort contrôle social et religieux. Attention toutefois car elle pousserait 8,4% des femmes adoptant un moyen de contraception à relâcher leurs habitudes.

Il semble également important de mettre le doigt sur une limite dans l'accès à cette contraception d'urgence que peuvent rencontrer les patientes mineures, dans le fait où parfois les pharmacies leur facturent honteusement cette pilule au lieu de la leur délivrer gratuitement comme cela est stipulé dans la loi. En outre, si le tarif de la Norlevo est souvent aux alentours de 7 euros, il existe encore des officines où elle est vendue bien plus cher. Est-ce normal que les pharmaciens puissent ainsi s'enrichir sur le malheur des femmes ? A quand un tarif unique pour toutes les pharmacies ?

Alors que la première génération de pilules est à prendre sous 48h après le rapport sexuel, la pilule du surlendemain, commercialisée sous le nom d' « *EllaOne* », reste efficace à 95% jusque cinq jours après l'acte. Contrairement à la Norlevo, elle n'est pas en vente libre dans les pharmacies puisqu'elle n'est délivrée que sous ordonnance. Mais là encore, la limite financière se doit d'être avancée car cette dernière n'étant pas remboursée par la Sécurité Sociale, son montant pourrait s'élever jusqu'à 50 euros dans certains cas. Quel est l'intérêt de promouvoir une pilule à ce prix, sachant que peu de personnes ont les moyens financiers suffisants pour l'acquérir, comme peuvent en témoigner les femmes de notre étude ?

1.4.5 De l'intérêt d'éduquer convenablement nos patientes en matière de pratiques contraceptives après leur IVG

Le fait que la patiente subisse une IVG permet toutefois de lui apporter des réponses quant à ses questions en matière de contraception. C'est le moment de combattre les idées reçues et de lui permettre de trouver une contraception qui pourrait satisfaire ses attentes. Le plus important demeure bien entendu que la patiente ne quitte pas le centre sans une contraception efficace. Si cette dernière usait déjà d'un moyen contraceptif lors de la mise en place de cette grossesse non désirée, on va tenter de voir si ce dernier lui correspond et dans ce cas, dans quelles mesures, il a échoué dans son rôle de prévention. Mais il convient cependant de noter le fait que nos patientes préfèrent, de manière générale, changer de contraceptif du fait d'une perte de confiance évidente dans leur précédente contraception, défectueuse pour l'occasion, et ce même si elles sont pleinement responsables de l'échec de ce dernier. C'est tout du moins le cas pour 86% d'entre elles. Celles qui décident néanmoins de conserver le même moyen contraceptif, (dans la grande majorité des cas il s'agit de la contraception orale) voient leur choix préservé. Cependant, il apparaît comme nécessaire que les règles d'utilisation soient reformulées encore une fois et il faudra veiller en parallèle à insister sur l'existence de la contraception d'urgence en cas d'oubli, d'un geste manqué.

Une fois toutes les contraceptions évoquées, on peut constater que les patientes se laissent séduire par des techniques dont elles ignoraient l'existence ou alors qu'elles n'auraient pas envisagé comme utilisables de prime à bord.

C'est ainsi que lors du choix de la contraception post-IVG, la mise en place d'un l'implant revient dans 10% des cas, le stérilet quant-à lui est présent dans près de 33% des cas. Par ces moyens, les femmes se voient en sécurité pendant respectueusement trois ans et cinq ans et ne sont donc plus contraintes à la prise d'une contraception au jour le jour. De même, les patientes plus âgées, ayant déjà des enfants, qui ont été surprises par l'arrivée de cette grossesse non désirée vont désormais s'orienter vers une ligature des trompes dans 9% des cas pour prévenir toute récurrence. Ainsi, environ une patiente sur deux fait le choix d'une contraception sur du long terme.

Face à cela, la contraception orale associée ou non à un préservatif reste majoritaire et représente près de 45% des suffrages. Il faudra envisager de donner à ces patientes, d'une part, une pilule au dosage adapté au vu de l'hyperfertilité dont ont fait preuve certaines d'entre elles et, d'autre part, une plaquette de 28 comprimés afin qu'à travers la prise d'une gélule chaque jour du cycle, sans exception, les indécisions soient réduites à néant. Il faudra également insister pour que ces dernières la prennent à heure fixe, même si en théorie elle peut être administrée avec plus de flexibilité. C'est une fois ces conditions remplies et à travers la prise automatique et rapide d'une contraception orale d'urgence, dans les 24 premières heures, en cas d'acte manqué que la patiente sera indemne de tout risque de grossesse. Il faudra, en outre, que la Norlevo soit associée à l'utilisation de préservatifs et ce jusqu'à la fin du cycle par mesure de sécurité.

2. RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ETUDE

Il convient désormais de mettre en place une liste de recommandations ayant pour but, dans la mesure de leur application, de diminuer le nombre d'IVG d'une part et à contrario si une grossesse non désirée devait toutefois survenir de permettre une meilleure prise en charge de nos patientes ceci toujours dans l'esprit de garantir la santé des femmes.

- Améliorer la qualité des outils statistiques relatifs à l'IVG, notamment, pour mieux connaître les délais de prise en charge, les cas d'IVG effectuées pendant les deux dernières semaines du délai légal ainsi que les demandes non satisfaites. Cela suppose, en premier lieu que les établissements renseignent ces trois points, de façon obligatoire et non plus facultative, dans le cadre de l'élaboration des Statistiques Annuelles des Établissements de santé. Il conviendra également de se mettre en relation avec les pays limitrophes auprès desquels il est possible d'obtenir une IVG tardive afin de se faire une idée précise du nombre de françaises qui vont ainsi avorter à l'étranger.
- Renforcer le repérage des femmes en situation précaire (patientes célibataires, patientes sans revenus réguliers, patientes étrangères avec qui il semble difficile de communiquer, patientes limitées intellectuellement...) et/ou ayant déjà eu recours à plusieurs IVG. Il faut faire en sorte que ces femmes puissent bénéficier d'une contraception efficiente et pour cela il conviendra de mettre en place un suivi gynécologique régulier.
- Chercher à analyser les disparités importantes en matière d'IVG qui existent à l'heure actuelle à l'échelle régionale. Il semble donc qu'il faille augmenter les actions de prévention à l'échelle locale au niveau de ces zones où l'IVG est fortement présente. C'est notamment le cas au niveau des DOM-TOM.
- Former les professionnels de santé à la pratique des IVG pour remplacer la génération qui va cesser son activité. Il convient donc dans cette optique d'autoriser les sages-femmes dans les établissements de santé, les centres de santé et de planification à réaliser l'IVG médicamenteuse parce qu'elles sont les professionnelles de santé référentes en matière de grossesse et qu'elles ne peuvent donc pas, à ce titre, occulter volontairement un versant de l'obstétrique.

Il est donc nécessaire de légiférer sur ce point malgré l'opposition de certaines d'entre elles.

- Favoriser l'installation des sages-femmes en exercice libéral pour mettre en cohérence leurs compétences en matière de contraception et de suivi des femmes avec leur capacité de l'exercer.
- Lancer une réflexion sur le mode de rémunération des IVG dans le contexte de la réforme du financement de l'hôpital et de la mise en place de la tarification à l'activité, afin d'une part d'éviter que ces actes soient une source de déficit qui menacerait leur pratique dans certains établissements et d'autre part afin d'inciter les praticiens à réaliser ces dits-actes.
- Poursuivre les campagnes d'information sur la contraception à intervalles réguliers de façon à diffuser des messages actualisés à un public féminin et masculin en constant renouvellement. Les adolescents doivent être les premiers visés car futurs adultes en devenir, ils seront les acteurs de la contraception de demain. Ils doivent à ce titre être au courant du risque de grossesse et de la présence des maladies sexuellement transmissibles et surtout des moyens qui existent afin de les prévenir. Il faut souligner l'importance de se situer dans le préventif et non le curatif. Il convient également de lutter par ce biais contre tous les stéréotypes ou idées reçues qui font grand tort à la cause contraceptive.
- Poursuivre et amplifier les actions tendant à la diversification des modes de contraceptifs lancées par la campagne d'information sur la contraception. Il faut également veiller à assurer un meilleur remboursement de certains contraceptifs pour que les populations les plus défavorisées puissent également bénéficier d'une contraception efficiente.
- Organiser la délivrance de la contraception, et en particulier de la contraception d'urgence, dans les services de médecine de prévention des universités tout en poursuivant la politique déjà mise en place dans les collèges et lycées.
- Etablir une politique européenne en matière d'IVG

Conclusion

En conclusion, il apparaît que la régulation du nombre d'IVG est un phénomène complexe et multifactoriel. Dans tous les cas, sa diminution est une nécessité, une véritable mission de Santé Publique du fait de ses conséquences non négligeables pour la femme, en premier lieu, car c'est cette dernière qui subit l'acte tant dans la chair que dans l'esprit, mais également pour son compagnon, dans la mesure où il existe. En effet, même si ce dernier est souvent l'abonné absent face à cet acte, ce n'est pas pour autant qu'il y est indifférent. Cependant, les conséquences de ce nombre élevé d'IVG a également des répercussions à des échelles plus vastes, créant de véritables problématiques législatives et éthiques, provoquant une scission en matière de société entre les pro-IVG et ceux, population plus vieillissante, qui s'y opposent, querelles qui sont en outre attisées par les religions, farouchement hostiles pour la plupart à la réalisation de cet acte. Même la politique budgétaire n'y est pas insensible. Pour toutes ces raisons, la diminution du nombre annuel de ces 200 000 IVG est une nécessité, mais la chose reste plus facile à dire qu'à faire dans la mesure où il existe un nombre d'avortements considéré comme incompressible, car sous la dépendance de notions complexes décrites par les psychologues et faisant état de la présence d'une nécessité inconsciente chez nos patientes. A cela se rajoutent les problèmes d'hyperfertilité.

Cependant, en contre partie, il semble possible, d'influer sur le nombre d'IVG dues à des défauts en matière de contraception. Les nouvelles politiques de prévention, même si elles sont encore insuffisantes dans la réussite de leurs objectifs ont quand même permis de faire bouger les choses. En effet, il semble que le nombre de grossesses non désirées diminue mais, en parallèle, les françaises avortent plus facilement d'où une compensation des deux phénomènes. Il faut donc, dans cette optique, poursuivre ces mesures, aller à la rencontre de nos patientes et laisser ces dernières exposer leurs problèmes. Ainsi, nous savons désormais, par ce biais, qu'il existe une certaine catégorie de population plus à risque de grossesse non désirée et donc d'IVG du fait notamment de ressources limitées mais pas uniquement. En effet, certaines femmes aux revenus plus réguliers mettent le doigt quant à elles sur de profondes lacunes en matière de sexualité et contraception. De même, le taux d'IVG chez les jeunes ne fait que croître depuis quelques années.

Pour remédier à ces problèmes deux grandes mesures doivent être prises. La première consiste à exiger un meilleur taux de remboursement des contraceptifs car certains ne peuvent se les procurer ou ne veulent car il faut en outre rappeler que de toute manière ces dépenses ne sont pas les plus prioritaires du foyer. De même, il semble vital de veiller à la diffusion d'informations de masse auprès de la population vis-à-vis de la sexualité. Tous les moyens sont bons : TV, radio à l'image de la campagne pour la contraception mise en place par le ministère de la Santé en 2007. Le but d'une telle organisation serait de montrer aux français, tout en leur donnant des conseils, que ce sujet de la sexualité ne doit plus être considéré comme tabou, ce qui a trop longtemps eu pour conséquence la limite des initiatives d'achat d'une contraception efficiente du fait du regard de l'autre. Si le coup d'envoi doit être national, les informations doivent également être reléguées efficacement à l'échelle locale par l'action des professionnels de santé lors de conférences, meeting ou encore lors de leurs consultations. Doivent donc être concernés par cette mesure les gynécologues-obstétriciens, d'une part, mais également les sages-femmes, puisqu'une fois que les décrets d'application de la loi Hôpital Patient Santé Territoire seront parus, celles-ci seront à même d'assurer le suivi gynécologique physiologique. A nous désormais d'éduquer convenablement nos patientes et cette éducation doit comprendre l'explication des différents types de contraception et leur utilisation mais également la conduite à tenir si la contraception est mise en échec pour un oubli, une déchirure de préservatif... En effet, il apparaît clairement dans notre étude que les bienfaits de la contraception d'urgence sont encore trop méconnus et nombreuses sont les grossesses non désirées qui auraient pu être évitées par cet intermédiaire. De même, il semble que les médecins ne parlent pas suffisamment de cette pilule dite du lendemain en consultation pour une IVG. Nous rappelons à cette occasion le taux de récurrence proche des 37% qui sévit actuellement en France. C'est seulement à l'application de ces conditions que nous pourrions lutter efficacement contre les idées reçues qui font grand tort en matière de sexualité et de contraception car il ne fait nul doute que cette politique préventive sera plus efficace que la politique curative actuelle.

En parallèle de ces problématiques, et même si notre démarche semble contradictoire vis-à-vis du but recherché, il faut toutefois veiller également à assurer une bonne prise en charge de la patiente consultant pour une IVG. Il en va de notre devoir de professionnel de santé. C'est dans cette optique qu'a été discuté l'accès à l'IVG par méthode médicamenteuse à d'autres professionnels de santé, notamment aux sages-femmes. Cependant, cette mesure qui avait la spécificité de partager la profession n'a pas été validé par le gouvernement suite à une erreur de procédure. De ce fait, le problème reste entier et pendant ce temps le nombre de praticiens continue de décroître.

En plus de devoir régler ses problèmes internes vis-à-vis de l'IVG, la France doit également évoluer au sein de l'Europe. En effet, ses voisins acceptant la pratique tardive de l'IVG, de nombreux mouvements de patientes françaises sont observés, en direction de l'étranger, ceci dans l'espoir d'avorter une fois le délai dépassé en France. Dans ces conditions, il serait bon de mettre en place une politique européenne en matière d'IVG. A quand une uniformité des pratiques vis-à-vis de l'âge gestationnel ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Hôpitaux Maringer-Villemin-Fournier. Complications de l'IVG. CHU-Nancy; 1997
- [2] Delaisi de Parseval GE. La part du père. Paris: Seuil; 2004
- [3] Rondot-Mattauer BE. Interruption volontaire de grossesse: la dynamique du sens. Paris: Erès; 2003
- [4] Assemblée Nationale. (page consultée le 23/10/09). Bienvenue sur le site internet de l'Assemblée Nationale, [en ligne]. <http://www.assemblee-nationale.fr/index.asp>
- [5] Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de contraception. (page consultée le 23/10/09). Bienvenue sur le site internet de l'ANCIC, [en ligne]. <http://www.ancic.asso.fr/>
- [6] Foliguet BE. Cours à l'école de sages-femmes : Les problèmes éthiques en début de grossesse
- [7] Ponte CA, Nguyen FR, Poulain MA. 40 questions sur le métier de sage-femme. Paris: Masson; 2007
- [8] Union suisse pour décriminaliser l'avortement. (page consultée le 23/10/09). Avortement - interruption de grossesse : pour le droit au libre choix, [en ligne]. <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/europe.htm>
- [9] Institut de Politique Familiale. (page consultée le 23/10/09). IPF version française, [en ligne]. <http://www.ipfe.org/francaise.htm>
- [10] La Documentation Française. (page consultée le 23/10/09). Le réflexe pour mieux s'informer et mieux comprendre, [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>
- [11] Vilain AN (DREES). Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Paris: DRESS; 2008. Études et résultats n° 659.

- [12] INSERM U 379. Repère Santé sur des données de la Région PACA. Marseille: INSERM; 2006. Numéro 10.
- [13] Bydlowski MO. Je rêve un enfant. Paris: Odile Jacob; 2000
- [14] Bajos NA (INSERM, U 292). Enquête GINE Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées. Paris: INSERM; 2002
- [15] Agence de la Biomédecine. (page consultée le 25/10/09). Agence de la Biomédecine, [en ligne]. <http://www.agence-biomedecine.fr/>
- [16] Benhamou OL. Avorter aujourd'hui. Paris: 1001 nuits; 2005
- [17] Poletti BE. Rapport d'information lié à la loi HPST concernant la situation actuelle de l'IVG en France. Paris: Assemblée Nationale; 2008
- [18] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Les compétences des Sages-femmes et le code de déontologie. Paris : CNOSF; 2007
- [19] Francillon FL. Sage-femme et IVG pourquoi une polémique ? Vocation sage-femme. 2009 Jul;8(74):4
- [20] Ministère de la Santé. (page consultée le 25/10/09). Contraception et interruption volontaire de grossesse, [en ligne]. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/contracep_ivg4.htm
- [21] Dell' Era DA. Rapport de la DRASS : Les interruptions volontaires de grossesse en Lorraine. Nancy: DRASS; 2008
- [22] Nisand IS, Toulemon LA. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures. Paris: Haut Conseil de la Population et de la Famille; 2006
- [23] Bajos NA, Moreau CA. The Effect of Access to Emergency Contraceptive Pills on Women's Use of Highly Effective Contraceptives: Results from a French National Cohort Study. USA: American Journal of Public Health; 2009-12-11
- [24] Goualard FR. Que fait la sage-femme au Centre d'Orthogénie de la Maternité des Lilas ? Les dossiers de l'obstétrique. 2008 Jun; (372) : 7-14
- [25] Gall BE, Jouannic EL. Etude INPES Les Français et la contraception. Paris: INPES; 2007

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Préface.....	6
Introduction	7
Partie 1 La question de l'IVG : un vaste débat	9
1. Les enjeux de la diminution du nombre d'ivg.....	10
1.1. Conséquences d'une IVG pour la femme, l'homme, le couple	10
1.1.1. Atteinte physique	10
1.1.2. Atteinte psychologique	11
1.1.3. Les hommes avortent également.....	13
1.2. Problématiques d'hier et d'aujourd'hui engendrées par l'IVG.....	15
1.2.1. Le coût de l'IVG	15
1.2.2. Problématiques et enjeux législatifs.....	17
1.2.3. Questions d'éthique.....	20
1.2.4. Vers une politique européenne en matière d'IVG ?.....	24
1.2.5. L'IVG et la société française.....	25
1.2.6. Problématiques religieuses.....	27
2. Un nombre incompressible d'IVG.....	30
3. De l'intérêt d'autoriser les sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses	37
Partie 2 L'étude	44
1. Justification et mise en place de l'étude	45
2. Recueil et exploitation des données	51
Partie 3 Réalisation de l'état des lieux et pistes de travail.....	63
1. Etat des lieux.....	64
1.1 Taux de participation et ciblage de population	64
1.2 IVG et conditions socio-économiques	67
1.2.1 Les jeunes appartiennent à la catégorie de population la plus à risque de faire une IVG.....	67
1.2.2 Les patientes célibataires sont à risque de grossesse non désirée et d'IVG du fait du manque d'utilisation de contraception fiable.....	68
1.2.3 Les femmes qui n'ont pas de revenus réguliers n'ont pas accès à une contraception efficace du fait du coût élevé des contraceptifs	70
1.2.4 De l'intérêt du remboursement des contraceptifs par la Sécurité Sociale	71
1.2.5 Les patientes dans la vie active et consultant pour une IVG soulignent davantage des problèmes d'information que de coût.....	73
1.3 IVG et condition obstétricale	74
1.3.1 Les raisons pouvant pousser les femmes jeunes de moins de 30 ans à faire une IVG.....	75

1.3.2	Les raisons pouvant pousser les femmes de plus de 30 ans à faire une IVG	76
1.3.3	Le problème de la récurrence.....	76
1.4	IVG et pratiques contraceptives.....	79
1.4.1	Près de 40% des patientes demandant une IVG n'avaient pas de contraception efficace lors du rapport sexuel fécondant.....	79
1.4.2	Et qu'en est-il des autres 60% pourtant sous contraception efficace ? ...	81
1.4.3	Les idées reçues et stéréotypes véhiculés par les français portent de graves torts en matière de contraception.....	83
1.4.4	Une absence de prise de pilule du lendemain dans 94% des cas	86
1.4.5	De l'intérêt d'éduquer convenablement nos patientes en matière de pratiques contraceptives après leur IVG	90
2.	Recommandations issues de l'étude	92
	Conclusion.....	94
	Bibliographie	98
	TABLE DES MATIERES	100
	Annexe 1.....	102

ANNEXE 1

Questionnaire thème IVG et Contraception

Bonjour, je suis étudiant sage-femme en troisième année. Je réalise actuellement dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, intitulé « L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) comme moyen de contraception », une enquête visant à cibler les méthodes contraceptives défectueuses et à mettre en évidence des pistes de travail ayant pour objectif une diminution du nombre d'IVG.

C'est dans cette optique que je me permets de vous adresser ce questionnaire, totalement anonyme et facultatif, qui me permettra de recueillir les précieuses données nécessaires à cette étude. Une fois ce dernier rempli, vous n'aurez qu'à le glisser dans l'enveloppe ci-jointe et la remettre au médecin du centre de planification lors de votre prochain entretien.

Si le résultat de cette étude vous intéresse, sachez que les conclusions seront disponibles auprès du centre de planification de l'hôpital Villemin à partir de janvier 2010.

En vous remerciant par avance, Arthur GEROMETTA.

- 1) Cette grossesse non désirée survient-elle dans un contexte de problème de contraceptif ? oui / non

Si oui, veuillez passer aux questions suivantes.

Si non, le remplissage de ce questionnaire est terminé. Merci de votre participation !

- 2) Concernant les conditions socio-économiques :

- quel âge avez-vous ? 15-20 ans / 21-30 ans / 31-40 ans / 41-49 ans
- vous êtes ? célibataire / en couple / mariée
- concernant votre métier, vous êtes ? sans profession / au chômage / vie active

Si vous êtes active, quelle est votre profession ?.....

- 3) Concernant votre condition obstétricale :

- avez-vous des enfants ? 0 / 1 / 2 / 3 et +
- avez-vous déjà eu recours à des IVG ? 0 / 1 / 2 / 3 et +
Si oui, étaient-elles dues à un problème de contraception ? oui / non
Si oui, avez-vous conservé le même moyen de contraception ? oui / non
- votre dernière grossesse, c'était ?
 - il y a moins de 6 mois
 - entre 6 mois et 1 an
 - entre 1 an et 2 ans
 - il y a plus de 2 ans
 - je n'ai jamais eu de grossesse avant cette demande d'IVG

- 4) Lors du rapport sexuel ayant entraîné cette grossesse non désirée, quel type de contraception utilisiez-vous ?
- pas de contraception
 - méthode naturelle
Dans ce cas laquelle : retrait / abstinence en fonction du cycle / autre
 - préservatif masculin
Dans ce cas y'a-t-il eu une rupture lors du rapport : oui / non
 - préservatif féminin
 - spermicides
 - implant
 - stérilet
 - contraception orale (pilule)
Dans ce cas, votre pilule est à heure de prise fixe ? oui / non
Avez-vous respecté cet intervalle de temps ? oui / non
Avez-vous oublié un comprimé ? oui / non
Si oui, avez-vous pris la pilule dite du lendemain oui / non
Dans quel laps de temps après l'oubli ? 24h / 48h / 72h
 - autre :.....
- 5) Depuis quand utilisiez-vous ce moyen de contraception ?
- depuis moins d'un mois
 - entre 1 et 3 mois
 - entre 3 et 6 mois
 - depuis + de 6 mois
- 6) Avez-vous lu la notice d'utilisation, accompagnant votre moyen de contraception ? oui / non
Si oui, pensez-vous avoir compris son mode de fonctionnement ? oui / non
- 7) Avez-vous des difficultés à vous procurer une contraception efficace ? oui / non
Si oui, pourquoi ?
- coût élevé des contraceptifs
 - convictions religieuses
 - gêne lors de l'achat, sujet tabou
 - manque d'information
- 8) Après votre IVG, envisagez-vous de changer de moyen de contraception ?
Si oui, quelle contraception souhaitez-vous essayer ?
- pas de contraception
 - méthode naturelle
 - préservatif masculin
 - préservatif féminin
 - spermicides
 - implant
 - stérilet
 - contraception orale (pilule)
 - autre :.....

RESUME

200 000. C'est le nombre d'IVG par an, en France. Malgré la multiplication des moyens contraceptifs au cours de ces dernières années, ce dernier demeure constant. Terrifiant. A travers cet ouvrage, nous allons tâcher de démontrer pourquoi il est nécessaire de veiller à la diminution du nombre de ces actes, pourtant non sans conséquences pour la femme et son compagnon. Mais ce problème de Santé Publique connaît également des répercussions à des échelles bien plus vastes que nous décrirons. De même, il semble exister, en matière d'IVG, un seuil incompressible, impossible à franchir, du fait de causes psychiques inconscientes que nous tâcherons de mettre en évidence. Nous discuterons également de l'intérêt d'autoriser les sages-femmes à accéder à l'IVG médicamenteuse. Puis, à travers notre étude nous allons tenter de définir des catégories de population plus à risques de grossesses non désirées en fonction de leurs conditions socio-économiques et obstétricales d'une part et de leurs pratiques contraceptives d'autre part. Enfin, de ces résultats, nous tirerons des conclusions et des recommandations à adopter en vue de diminuer ce nombre d'IVG. C'est l'objectif que nous allons nous fixer au cours de cette étude.

200.000. It is the number of Voluntary Termination of Pregnancy per year, in France. In spite of the multiplication of the average contraceptives during these last years, the latter remains constant. Terrifying. Through this work, we will try to show why it is necessary to take care of the reduction in the number of these acts, however not without consequences for the woman and her companion. But these Public Health problems also know repercussions on much vaster scales than these described here. In the same way, it seems to exist, as regards of abortion, an incompressible threshold, impossible to get over, because of unconscious psychic causes that we are trying to highlight. We will also discuss the interest of allowing the midwives to have access to the medicinal abortion. Then, through our study we will try to define the categories of population being more at the risks of non desired pregnancies according to their socio-economic obstetrical conditions, on the one hand, and their contraceptive practices, on the other hand. Finally, from these results, we will draw the conclusions and the recommendations to adopt in order to decrease the number of Voluntary Termination of Pregnancy. It is the purpose we will aim at through this study.