

Résumé soumis au Congrès international sur la population à Tours, 18-23 juillet 2005 :

Session S107 *Avortement provoqué*

Iqbal Shah

Session S805 *Contraception et grossesses non prévues*

Henri Leridon

Clémentine Rossier

INED

Septembre 2004

La stabilité du taux d'interruptions volontaires de grossesse en France

Contexte

La contraception médicalisée s'est largement répandue en France dès la fin des années 60 et a remplacé les méthodes liées à l'acte utilisées jusqu'alors (Leridon et al., 2002). En 1978, 48% des femmes exposées au risque de grossesse non désirée utilisaient la pilule ou le stérilet, 4% d'entre elles n'utilisant aucune méthode (De Guibert Lantoine et Leridon, 1998) ; en 2000, ces chiffres se montaient respectivement à 81% et 4% (Bajos et al., à paraître). Le remplacement des méthodes naturelles par les méthodes médicales s'est achevé dans les années 90 (Toulemon et Leridon, 1992, Rossier et al, 2004).

Les méthodes médicales de contraception étant plus efficaces que les méthodes naturelles, on pourrait penser que la diffusion des premières s'est accompagnée d'une baisse du recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Or, en France, on note au contraire une relative stabilité du taux d'IVG sur la période. D'après les estimations produites par Blayo (1995) sur la base des bulletins d'IVG entre 1976 et 1993, le ratio d'IVG aux naissances aurait en effet diminué au cours des années 80, de 34,2 IVG pour 100 naissances à 30,7 IVG pour 100 naissances en 1986 ; ce ratio serait ensuite resté stationnaire jusqu'en 1993. Les données hospitalières utilisées dès 1995 pour le calcul du nombre d'IVG en France (Statistiques Annuelles d'Etablissements, SAE) indiquent même une légère augmentation du recours à l'IVG dans la deuxième moitié des années 90 : le taux d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans passe de 12,3 en 1995 à 13,8 en 2001 (Vilain et Mouquet, 2003).

Objectifs

L'objectif de cette communication est de comprendre pourquoi l'intensité du recours à l'IVG est restée relativement stable durant la période de diffusion de la contraception médicalisée en France, et cela à partir des statistiques d'IVG françaises. La première étape consiste à produire une série temporelle cohérente du nombre d'IVG en France depuis 1976 à partir de plusieurs sources de données divergentes. Dans un deuxième temps, en complétant les statistiques d'IVG par des données d'enquêtes, nous décomposerons l'évolution des taux d'IVG par âge, et mettrons ces évolutions en parallèle avec la progression des méthodes de contraception par âge sur la même période, celle du taux de grossesses non prévues, et celle de la pension à les interrompre.

L'évolution du taux d'IVG depuis 1976

La statistique d'IVG française a connu d'importantes modifications au milieu des années 90. Jusqu'en 1993, des estimations du nombre annuel d'IVG en France ont été

produites à partir des bulletins d'IVG (Blayo, 1995). Les bulletins sont des fiches remplies en principe obligatoirement par le médecin à chaque interruption de grossesse ; en pratique, si les bulletins sont remplis de manière presque exhaustive dans le secteur public, une part importante des IVG faites dans le secteur privé ne sont pas enregistrées. Blayo a donc introduit un facteur correctif pour tenir compte de ce sous-enregistrement et produire des estimations du nombre annuel d'IVG en France. Depuis 1995, le nombre annuel d'IVG est tiré de la Statistique Annuelle d'Etablissement (SAE), dont le recueil informatisé a été achevé cette année-là. Il s'agit d'un questionnaire rempli une fois par année par tous les établissements hospitaliers, et récapitulant tous les actes de l'année.

Or, les deux séries (estimations à partir des bulletins et SAE) ne concordent pas : Blayo (1995) estime qu'il y a eu 225 000 IVG en 1993 ; la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques du ministère de la santé (DREES) estime qu'il y a eu 179 648 IVG en 1995 (Vilain et Mouquet, 2003).

Blayo a produit des estimations du nombre annuel d'IVG en France jusqu'en 1993 en appliquant au nombre total de bulletins un facteur correctif allant de 1,86 en 1976 à 1,35 en 1993 (Blayo, 1995, nos calculs). L'évolution de ce facteur de correction est calquée jusqu'en 1985 sur l'évolution d'un indicateur de la qualité de l'enregistrement des bulletins (somme, pour tous les départements, des différences absolues entre le ratio d'IVG d'un département et les ratios des départements voisins) : comme la qualité de l'enregistrement sur la période augmente, le facteur de correction baisse. La DREES propose une autre méthode de correction du nombre de bulletins entre 1990 et 1994, basée sur les écarts moyens observés entre la SAE et les bulletins de 1995 à 1998, soit +4,6 % en public et +49,6 % en privé : on estime ainsi à partir des bulletins qu'il y a eu 191 057 IVG en 1993 (Vilain et Mouquet, 2003). Quel critère de correction retenir pour les bulletins de la période 1976-1994? Par ailleurs, un autre problème se pose : l'exhaustivité des décomptes d'IVG dans les sources utilisées après 1995 (SAE) n'a pas été établie. La légère augmentation du taux d'IVG enregistrés entre 1995 et 2001 pourrait ainsi être le fait d'une amélioration de ce nouveau système statistique.

Pour résoudre ces différents problèmes, nous allons reprendre les calculs de Blayo, et développer plusieurs indicateurs de l'exhaustivité des bulletins basés sur les différences enregistrées entre départements voisins (rapport ou différence entre ratios ou taux de départements voisins). Nous obtiendrons ainsi une indication de l'évolution de la qualité de l'enregistrement des bulletins entre 1976 et 1997 (dernière année de publication des bulletins). Nous essayerons ensuite d'établir un facteur de correction des bulletins, soit basé sur l'indicateur de qualité, soit sur une comparaison avec d'autres sources (chiffres de remboursements de la sécurité sociale, SAE). Nous appliquerons ensuite les indicateurs de qualité de l'enregistrement aux chiffres d'IVG et de naissances de la SAE entre 1995 et 2001 pour juger de la complétude des IVG dans cette source, sachant qu'il a été montré que les chiffres des naissances sont corrects dans la SAE par comparaison avec l'état civil (*référence*). Enfin, nous comparerons les chiffres d'IVG de la SAE à des sources extérieures (chiffres de vente de RU, sécurité sociale).

Décomposition du taux d'IVG entre 1976 et 2001

Une fois que nous aurons obtenu une série pour le taux d'IVG entre 1976 et 2001, nous examinerons l'évolution du taux par âge sur l'ensemble de la période. D'après les bulletins, le taux d'avortement a diminué à tous les âges entre 1980 et 1989 (Blayo, 1985) ; au début des années 90 (entre 1990 et 1997), on note une baisse du taux d'avortement après 23 ans, et une hausse aux âges plus jeunes (Prioux, 2000). A la fin des années 1990 (1995-2001) et d'après la SAE, on note une légère augmentation des taux dans toutes les classes d'âge. Il s'agira pour nous de considérer l'ensemble des changements par âge entre 1976 et 2001. En

nous appuyant sur les différentes enquêtes de l'Ined sur la contraception¹, nous mettrons ces évolutions en parallèle avec, par âge, l'utilisation des méthodes médicales de contraception chez les femmes au risque de grossesses non désirées, le taux de grossesses non prévues, et la décision d'avortement en cas de grossesse non désirées. Cette décomposition s'appuie sur une modélisation du processus menant à l'IVG (Rossier et al., 2003), qui utilise les grossesses *non prévues* plutôt que *toutes* les grossesses comme catégorie de référence à laquelle comparer les IVG, contrairement aux calculs usuels (ratio) mettant en relation IVG et naissances. Ce choix découle de la configuration-même du processus menant à l'IVG : en simplifiant un peu, la question de l'avortement ne se pose en effet que pour les grossesses non prévues ; les grossesses voulues s'inscrivent dans une toute autre logique d'actions individuelles. Ce choix nous permet d'affiner notre compréhension du phénomène, un peu comme lorsque l'on parle de pratique contraceptive chez les femmes au risque de grossesse non prévue plutôt que de pratique contraceptive chez toutes les femmes : on cerne mieux la population concernée (Toulemin et Leridon, 1992).

Références

- Bajos N. Leridon H et N. Job-Spira (à paraître) « la contraception et le recours à l'interruption volontaire de grossesse en France dans les années 2000 », *Population*.
- Blayo C. (1995), « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976 », *Population*, (50)3°: 779-810
- De Guibert-Lantoine C., Leridon H. (1998), "La contraception en France: Un bilan après 30 ans de libéralisation", *Population*, 53(4) : 785-812.
- Henshaw S., Singh S. and T. Haas (1999), "The incidence of abortion worldwide", *International Family Planning Perspectives*, supplement to volume 25, S30-S38.
- Leridon H., Oustry P., Bajos N. et le Groupe COCON (2002), "La médicalisation croissante de la contraception en France", *Population et Sociétés*, n° 381.
- Prioux F. (2000), « L'évolution démographique récente de la France », *Population*, 55(3) : 441-476.
- Rossier C., H. Leridon et l'équipe Cocon (2004) « Pilule et préservatif, substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 », *Population*.
- Rossier C., N. Brouard, N. Bajos et le groupe Cocon (2003), "A new model to understand the process leading women to an abortion: Decomposing the effects of socio-demographic variables on the recourse to abortion using survey data, France, 2000", communication présentée à la *European Population Conference*, Warsaw, Poland, 26-30 août 2003.
- Toulemon L., Leridon H. (1991), "Vingt années de contraception en France: 1968-1988", *Population*, 45(4) : 777-812
- Toulemon L., Leridon H. (1992), "Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements", *Population*, 46(1) : 1-46
- Vilain A. et M.-C. Mouquet (2003), « Les interruptions volontaires de grossesse en 2001 », *Etudes et résultats*, n° 279, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

¹ La première enquête nationale sur la contraception auprès de femmes d'âge reproductif a été réalisée par l'Ined en 1971 (femmes mariées seulement) ; elle a été suivie par l'*Enquête Mondiale sur la Fécondité* (EMF) en 1978, l'*Enquête Régulation des Naissances* (ERN) en 1988, et l'*Enquête Situations Familiales et Emploi* (ESFE) en 1994, et *Cocon* en 2000 (Inserm-Ined).