

Séance du 13 novembre 2017

La contraception est-elle la prévention de l'interruption volontaire de grossesse?

Gemma DURAND

Académie des Sciences et Lettres de Montpellier

MOTS CLÉS

Contraception, IVG, Interruption volontaire de grossesse, Pilule, Sexualité, Information, Prévention.

RÉSUMÉ

Au fil des cinquante dernières années, l'installation de la contraception moderne, efficace, dénuée d'effets secondaires, accessible et remboursée ne semble pas avoir modifié le nombre d'interruption de grossesses (IVG) de notre pays. Les gynécologues et autres acteurs de la mise en place de la contraception portent sur leurs épaules l'insoutenable défaillance du contrôle préventif. Mais s'agit-il des mêmes IVG? S'agit-il des mêmes femmes? De la même sexualité? Et si la contraception n'était pas la prévention de l'IVG?

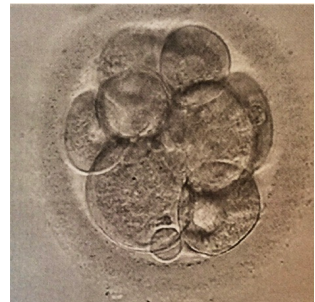
Éthique & morale

La question de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un affront à la conscience dans l'exercice de la gynécologie. Pour tous, pour chacun, quelle que soit la position choisie, position affichée ou pas. Indépendamment de toute référence à la doctrine religieuse qui place le début de la vie à la conception chez les catholiques et interdit d'y porter atteinte, qui estime que la mère est prioritaire par rapport à l'enfant dans le judaïsme, qui laisse le libre choix à la conscience tout en recommandant d'éviter un avortement de convenance pour les protestants, indépendamment de toute question morale, c'est un affront à la conscience car notre métier est fondamentalement, résolument, tourné vers la vie.

D'aide à donner la vie, nous avons été emportés dans le tourbillon des avancées scientifiques fulgurantes de la fin du siècle dernier. Avec la contraception puis l'IVG est arrivé le temps des enfants programmés et aussi du désir programmé. On programme les enfants mais on programme aussi le désir que l'on va avoir d'eux.

Puis est arrivé le temps de fabriquer l'enfant qui ne venait pas de concert avec ses parents. Amandine voyait le jour.

À cette époque, les petits arrangements avec les questions du début de la vie faisaient loi, morale et loi se rejoignaient, tout ce qui était scientifiquement possible était moralement permis. C'était la norme scientifique qui établissait le bien là où l'éthique des « actions estimées bonnes [1] » n'avait pas encore sa place.



Embryon humain

C'était un feu d'artifice de puissance. Et sous nos yeux, la vie et la mort se côtoyaient au gré de ce qui devenait le seul maître, le désir. Leurs fils étaient entre nos mains. L'éthique est alors venue, toute en délicatesse, avec ce regard nouveau, cette écoute nouvelle, ce discernement. Cette façon de dissocier le possible du bon. De poser la question, qu'il y ait, ou pas, la réponse. Elle nous a aidés à analyser les situations pour lesquelles nous cherchions le bien, ou s'il n'apparaissait pas, le moindre mal.

Car l'homme a par nature une inclination à la vertu, dit Rabelais. Face à un choix, il choisira le bien [2]. Mais le bien de l'un n'est pas le bien de l'autre. L'IVG est un affront à la conscience car plus que tout autre dilemme éthique, elle fixe le bien de l'autre là même où il nous échappe.

Mais nous, gynécologues, accueillons en humanité, aidons cette femme en souffrance qui affirme qu'elle ne peut accueillir cette vie en elle qui s'origine. Et au delà, nous orientons notre travail vers la prévention de ces grossesses non souhaitées.

À cette conscience individuelle mise à mal vient s'ajouter la conscience collective bousculée. Car la rumeur peut prendre le pas sur la question du bien si l'on n'y prend pas garde. Elle peut énoncer une morale surannée, sottement posée. La presse s'est fait l'écho ces dernières années d'accidents vasculaires sous pilule, d'algies pelviennes dues à la stérilisation tubaire définitive, de dépressions sous stérilet. Nos consultations ne sont plus faites aujourd'hui d'écoute, de clinique, de bienveillance et d'humanité, elles sont controversées, arguments face aux convictions erronées avec lesquelles les femmes viennent à nous.

Ma première confrontation avec la conscience dans l'exercice de mon métier date de l'époque où l'étudiante que j'étais à *La Maternité* de Montpellier a vu une lueur de doute, un frémissement d'inquiétude dans le bleu des yeux sans fond de mon maître et patron, le professeur Jean-Louis Viala¹. Probablement a-t-il lu, lui aussi, quelque chose de ce type en moi puisqu'en ces temps où il se voyait obligé d'ouvrir - oserai-je dire contre le gré du protestant qu'il était - le centre d'IVG de Bionne, c'est moi qu'il a chargée de sa conscience me demandant de me rendre dans tous les collèges de la région pour parler aux jeunes, les informer et ainsi tenter de réduire le nombre des IVG de Montpellier. Car les années passaient et le taux annuel des IVG ne bougeait pas. Il y avait à cette époque 220 000 IVG par an en France². Avec la contraception moderne, légale, bien tolérée et remboursée, il y en a toujours aujourd'hui, bon an mal an, 220 000³. Ces 220 000 IVG⁴, d'une stabilité déconcertante depuis plus de quarante années, malmènent les consciences de tous les adultes préposés à ce type de prévention⁵.



Musée de l'Histoire de la
Contraception,
Toronto, Canada

¹ Chef de service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier

² Taux à corriger en fonction de la sous-déclaration.

³ Légère baisse depuis trois années, dont l'évolution dans le temps reste à confirmer

⁴ L'augmentation de la population française durant ce demi siècle concerne avant tout les femmes plus âgées

⁵ Médecins, psychologues, infirmières, sage-femmes, professeurs de SVT, pharmaciens, éducateurs, conseillères conjugales et familiales, assistantes sociales...

La stabilité du nombre d'IVG

La réflexion qui suit interroge le fait que l'installation de cette contraception dans notre pays dont on dit qu'elle est excellente n'ait pas modifié le nombre d'IVG qui n'en finit pas de ne pas décroître.

Avant tout, il est indispensable de comprendre comment les choses se sont passées. Tout a commencé avec le désir des femmes à maîtriser leur fécondité. Ce désir d'une main mise sur la conception est bien antérieur à mai 68, et antérieur aussi à la promulgation de la loi libéralisant la contraception: Lucien Neuwirth 1967. Le fameux *un enfant si je veux, quand je veux*, brandi dans les rues de Paris en 1970 a commencé à émerger dans les consciences longtemps auparavant. Neuwirth n'a rien fait d'autre que répondre à une tendance dont il savait qu'elle allait devenir incontournable. Quand la contraception leur a été offerte, les femmes l'ont utilisée, massivement et très rapidement. La couverture contraceptive des françaises est devenue rapidement une des meilleures du monde, y compris chez les jeunes.

Comment est-il possible qu'il y ait toujours autant d'IVG? Si l'on y regarde de plus près, les choses, durant ces 40 années, ont changé. À la fin des années 1960, une grossesse sur deux était *mal planifiée* ou *non désirée*. Aujourd'hui on est passé de une sur deux à une sur cinq. Mais cette nouvelle génération de femmes a placé haut son exigence et elle est moins tolérante à l'échec: aujourd'hui, une grossesse non planifiée est interrompue. Ce sont là les 220 000 IVG actuelles. C'est peu, c'est beaucoup moins que les IVG des années 70. Ce ne sont plus les mêmes femmes, ça n'est plus la même sexualité, ce ne sont plus les mêmes rapports, en fait il ne s'agit plus des mêmes IVG.

Il est là le succès de l'excellente couverture contraceptive: elle a divisé par 4 les grossesses non planifiées. Et le résidu représente nos IVG actuelles qui n'ont plus rien à voir avec les IVG d'antan. Presque toutes les grossesses non planifiées aujourd'hui sont interrompues. Pour nos mères et nos grand-mères, c'était un mariage à la hâte et un premier enfant accueilli précipitamment, ou bien un petit quatrième accueilli en soupirant: *Celui-là, c'est Dieu qui l'a voulu!*

Mais nos 220 000 IVG annuelles, si c'est peu, c'est aussi beaucoup. Parce qu'une IVG est, pour une femme, une blessure. Mais aussi, en ce qui nous concerne, parce qu'il n'est pas une seule IVG pour laquelle nous ne nous soyons dit qu'elle aurait pu être évitée. Nous portons sur nos épaules l'insoutenable défaillance du contrôle préventif.

Nous sommes particulièrement attentifs, dans ce souci préventif, aux débuts de la vie sexuelle.

Les débuts de la vie sexuelle

La préparation à la sexualité

L'*Enquête sur la sexualité en France* effectuée en 2008 par Nathalie Bajos et Michel Bonzon [3] nous montre que la période appelée préparation à la sexualité est une période d'apprentissage. Les jeunes, dès la puberté, veulent savoir. Ils cherchent des informations autour d'eux. Ces informations, ils vont les collecter pour les filles à l'école, à la télévision et auprès de la mère, pour les garçons, à l'école, à la télévision et auprès des copains. Cette phase d'apprentissage est concomitante du cortège des manifestations pubertaires.

Le premier baiser

Le premier baiser a lieu à 14 ans pour les filles et à 13 ans pour les garçons. On note là un rapprochement, presque un télescopage entre les événements physiologiques et les événements comportementaux.

Le premier rapport

L'âge du premier rapport est stable depuis de nombreuses années: 17,6 ans pour les filles contre 17,2 ans pour les garçons. Au cours du siècle dernier et en 50 ans l'entrée dans la vie sexuelle des hommes s'est abaissée d'un an et demi et celle des femmes de trois ans. La différence entre les deux sexes à l'âge du premier rapport qui était de deux ans il y a cinquante ans, a presque disparue aujourd'hui. L'âge de ce premier rapport n'évolue pas depuis une trentaine d'années. Le préservatif sera utilisé 9 fois sur 10. Le premier rapport constitue, pour la majorité des femmes un engagement relationnel, pas conjugal mais un engagement amoureux, ceci est moins vrai en ce qui concerne les hommes. La relation sera de courte durée pour plus d'hommes que de femmes. Mais si les femmes préfèrent une relation plus longue, le premier partenaire n'est plus *l'homme de leur vie*. Cette entrée en sexualité qui se fait aujourd'hui à peu près au même âge pour les deux sexes et avec un partenaire qui aura peu de chances d'être le futur conjoint, est sans conflit majeur avec les parents. La virginité et la chasteté ne sont plus des préceptes moraux incontournables. La recherche du partenaire se fait dans la même tranche d'âge. Une femme sur deux prend la pilule, 7% de ces premiers rapports ne seront pas protégés du tout.

La phase pré-conjugale

Vient ensuite ce que l'on appelle la phase pré-conjugale qui est située entre ce premier rapport et la première mise en couple. Elle dure moins longtemps chez les femmes (4 ans) que chez les hommes (6 ans). Durant cette phase pré-conjugale, il y aura une succession de partenaires mais pour ces jeunes femmes, c'est chaque fois une histoire d'amour véritable avec chaque fois son cortège d'espérances pour l'avenir. C'est ce que l'on aime à appeler *la monogamie en série*. Il y aura aussi des périodes sans rapports. Les relations sans lendemain seront plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Durant cette période, les hommes auront plus que les femmes des partenaires multiples. 34% des femmes n'ont eu qu'un seul partenaire contre 16% pour les hommes. Une contraception est en place pour 90% d'entre eux.

Néanmoins, si la jeune génération affiche un nombre de partenaires différents supérieur aux générations antérieures, ce nombre est en baisse par rapport à une génération très particulière quant à sa sexualité, je veux parler des hommes et des femmes nés entre 1955 et 1970. Ceux-là ont bénéficié à la fois de la libéralisation sexuelle, de l'installation de la contraception moderne et ils ne connaissaient pas le virus du SIDA. L'apparition du SIDA a changé la donne, pour la génération suivante: le nombre global de partenaires durant cette phase pré-conjugale a baissé, surtout chez les hommes. L'usage du préservatif s'est répandu et ce après les campagnes de prévention débutées dès 1987. La génération qui commençait sa vie sexuelle à une époque de confort absolu du côté de la contraception et de liberté de mœurs a été télescopée par l'arrivée du sida et a conservé, en cela, une inquiétude quant au risque.

L'installation en couple

À partir de l'installation en couple, nombreux sont les hommes et les femmes à ne plus utiliser de contraception car dans 20% des cas la femme est enceinte et dans 29% des cas ils cherchent à concevoir. Pour les autres, la contraception privilégiée est la pilule. Le préservatif sera utilisé en cas de partenaire occasionnel ou dans les premiers mois d'une nouvelle relation [3].

La contraception en France

La contraception en France a longtemps été décrite comme l'excellence dans le monde. Plus de deux femmes sur trois en âge de procréer dans notre pays l'utilisent (71,9%). Ce taux est important car il représente la quasi totalité de ce que l'on appelle *les femmes concernées*, c'est à dire celles qui veulent avoir des rapports sexuels sans être enceintes. Le tiers restant, *les femmes non concernées*, ce sont les femmes enceintes ou cherchant à l'être, les femmes stériles, les homosexuelles ainsi que les femmes n'ayant pas de rapports. Il ne reste au final que très peu de femmes qui sont à risque de grossesse non désirée. Et encore certaines parmi ces femmes feront contre mauvaise fortune bon coeur et poursuivront leur grossesse. C'est donc une situation excellente en matière de couverture contraceptive qui fait parler dans le monde d'excellence française.

Parmi les femmes concernées (deux femmes sur trois), 36,5% prennent la pilule auxquelles il faut rajouter 5,3% qui utilisent d'autres contraceptions hormonales (patch hormonal, anneau vaginal hormonal, implant hormonal sous-cutané), 25,6% ont un stérilet, 4,5% ont une contraception définitive. Les deux tiers de ces femmes concernées ont donc une contraception dite efficace. Par contre 20,1% d'entre elles utilisent des contraceptions dites moins efficaces: les préservatifs ou les méthodes naturelles. Le résultat cumulé de tous ces moyens est important et les femmes courant un risque de grossesse non souhaitée, et donc d'IVG ne représentent que 5,7% de l'ensemble des femmes françaises de 15 à 49 ans [4].

Mais cette protection à peu près satisfaisante est en train de se modifier car une désaffection pour la pilule est apparue depuis les années 2000. Les femmes ont peur des hormones, elles parlent volontiers pendant la consultation de sensation de s'intoxiquer, de s'empoisonner tous les jours en avalant leur comprimé. Elles n'acceptent plus les effets secondaires mineurs des contraceptifs hormonaux. Et de façon générale, elles tendent vers des comportements qu'elles considèrent comme *naturels*. Elles parlent beaucoup de la nature. Entre 2000 et 2013, l'utilisation de la pilule a beaucoup baissé. À cela il faut ajouter la crise contraceptive de 2012, après qu'une jeune femme ait attaqué l'industrie pharmaceutique pour avoir fait un accident vasculaire sous pilule de 3ème génération. Une femme sur 5 a changé de méthode contraceptive.



L'ère moderne des stérilets.
Musée de l'Histoire de la
Contraception,
Toronto, Canada

À l'époque de leur élaboration par Pincus en 1950, les pilules contenaient des doses importantes d'œstrogènes avec pour corollaire augmentation de l'appétit, rétention d'eau et prise de poids ainsi que des progestatifs puissants avec pour corollaire prise de poids aussi, augmentation de la pilosité et acné. Face à ces effets secondaires plus ou moins marqués, l'industrie pharmaceutique a réduit progressivement les taux d'œstrogène et a conçu des progestatifs moins puissants. C'est cette tendance qui a constitué le passage des pilules de première et seconde générations vers les pilules de troisième et quatrième génération. L'observance de ces mini pilules dépourvues d'effets secondaires est devenue excellente et le risque d'arrêt de la pilule et de survenue d'une grossesse non souhaitée a baissé. Mais si c'est l'œstrogène qui est responsable du risque vasculaire des pilules œstro-progestatives, le progestatif, à l'inverse, protège. Et ces progestatifs de troisième et quatrième générations moins puissants sont moins protecteurs face aux effets délétères des œstrogènes même faiblement dosés. C'est alors qu'est apparue une augmentation des accidents vasculaires sous pilules de troisième génération et c'est ainsi qu'une jeune fille a attaqué l'industrie pharmaceutique⁶. En quelques jours, l'affaire a fait la une de tous les journaux. Les pilules de troisième et quatrième générations qui représentaient 1 prescription sur 2 sont passées à 1 sur 4. Dans ces abandons, les très jeunes femmes se sont reportées sur les pilules de seconde génération mais les autres ont affiché une désaffection pour la pilule en général. Il y a quelques mois, le parquet de Paris a classé sans suite l'enquête sur les pilules de troisième et quatrième génération, mais pour nous le mal était fait. La plus forte baisse de l'utilisation de la pilule se voit chez les 25-30 ans qui se tournent plutôt vers le stérilet pour les femmes diplômées ou vers les préservatifs ou les méthodes naturelles pour les femmes plus précaires.

Face à cette baisse de l'utilisation de la pilule, le stérilet connaît une forte augmentation, en particulier chez les 25-29 ans. Il atteint les mêmes taux que la pilule pour la tranche des 30-34 ans. Et il passe en tête chez les plus de 35 ans [4]. Cette poussée du stérilet se fait aux dépens de la pilule tous âges confondus [5].

Cette forte demande concernant les stérilets mérite que l'on s'y arrête un instant. Nous avons longtemps été réticents sur l'emploi des stérilets au cuivre avant la conception des enfants à cause d'accidents infectieux qui pouvaient pour certains entraîner une stérilité. Suite à des publications rassurantes, la Haute Autorité de Santé nous encourage aujourd'hui à poser des stérilets chez les jeunes femmes et les laboratoires ont fabriqué des modèles de petite taille tout à fait adaptés. Mais il est de notre responsabilité d'être attentifs à bien poser les indications et en particulier à écarter cette méthode chez une jeune fille à risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) c'est-à-dire non installée dans une relation stable et fidèle.

La pratique professionnelle de la contraception se heurte bien souvent au militantisme et au fanatisme. Sous couvert de liberté, tout doit être proposé. Tout n'est pas toujours possible et le choix d'un contraceptif reste un acte médical délicat qui doit tenir compte de l'entière des contre indications et d'une bonne analyse du rapport bénéfice-risque.

La contraception par préservatif occupe la troisième place en France, derrière pilule et stérilet. La stérilisation féminine définitive est peu utilisée chez nous contrairement à ce qu'elle représente dans le reste du monde. Ce rejet est et reste très français [6].

⁶ Au risque vasculaire sous contraception œstro-progestative doit être opposé aussi ce même risque très augmenté durant la grossesse induite par un arrêt de la contraception et même précocement interrompue.

Au total, et malgré ce recul de la pilule, la contraception hormonale reste le moyen le plus utilisé. La récente baisse du taux d'utilisation de la pilule ne signifie pas une baisse de la vigilance contraceptive, la maîtrise de la conception reste, pour la nouvelle génération, la priorité. On assiste à une diversification des méthodes, le stérilet, le préservatif et les autres contraceptions hormonales comme l'implant augmentent dans toutes les tranches d'âge [4].

Le modèle français stable que l'on connaissait (préservatifs dans les premières années de la vie sexuelle puis pilule lorsque le couple est formé puis stérilet après la naissance des enfants) a changé. Mais la baisse de la pilule et l'emploi des méthodes naturelles nous font craindre une recrudescence des IVG.

La contraception d'urgence

À ce panorama général il faut rajouter la contraception d'urgence qui est essentielle dans le cadre de ce qui nous préoccupe. Un peu plus d'un million de pilules du lendemain sont vendues en France chaque année, c'est insuffisant et ce chiffre est en baisse depuis 2013. L'urgence est imposée ici pour ce moyen qui vient en rattrapage d'un contrôle préventif défaillant. Pour cela, un accès direct et gratuit est proposé dans les infirmeries scolaires et universitaires. En pharmacie, la pilule du lendemain est donnée sans prescription et gratuitement aux mineures de plus de 15 ans, sans prescription aux majeures. Mais cet accès direct a de nombreux détracteurs qui posent trois questions: Cet accès direct et facile n'entraînera-t-il pas une utilisation intempestive et répétée de la méthode? Aura-t-il vraiment un impact sur le nombre de grossesses non désirées et ne risque-t-il pas de modifier la bonne prise des contraceptions régulières? Une excellente étude écossaise de 1998 apporte les réponses: Si la contraception d'urgence est beaucoup plus utilisée lorsqu'elle est en accès libre, c'est le cas pour une utilisation et elle n'est pas suivie d'utilisations répétées ensuite. Cet accès libre baisse de façon significative le nombre de grossesses non désirées tout en n'altérant pas le nombre de naissances. Et dans les populations disposant de la contraception d'urgence en accès libre, l'utilisation ultérieure de la pilule contraceptive n'est pas diminuée, le paysage contraceptif qui suivra n'est pas du tout modifié [7].

La contraception dans le monde

Dans le monde, la moyenne d'utilisation de la contraception chez les femmes de 15 à 49 ans est à 63%. Ce recours varie beaucoup selon les pays. On passe de 4 % au Sud-Soudan à 88 % en Norvège. La France nous l'avons vu est à 71,9% donc très bien placée.

La stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée (près de 30 %) devant le stérilet, la pilule et le préservatif. La pilule et le préservatif sont privilégiés dans les pays développés, la stérilisation féminine et le stérilet dans les pays en développement [6].

L'interruption volontaire de grossesse en France:

En 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France. Leur nombre, qui était relativement stable depuis 2006, a subi une hausse en 2013 puis il a montré une légère baisse durant 3 années consécutives. Le taux de

recours est de 13,9 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. La proportion de grossesses interrompues par une IVG est maximale aux âges extrêmes de fécondité. Mais le taux d'IVG par femme est maximal entre 20 à 24 ans, avec un taux de 26 IVG pour 1 000 femmes, tandis que le taux continue de décroître chez les femmes de moins de 20 ans atteignant 10 recours pour 1 000 femmes [8]. L'indice conjoncturel d'avortement (somme des taux d'IVG par âge) est à 0,52 IVG par femme, il est stable depuis 2006. Cela ne signifie pas qu'une femme sur deux fera une IVG dans sa vie, car 9,5 % des femmes ont recours 2 fois à l'IVG et 4,1 % d'entre elles 3 fois ou plus au cours de leur vie. Si l'on corrige ces chiffres en enlevant ces femmes récidivistes, le taux d'IVG par femme diminue à 0,33 ce qui signifie que 33 % des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie [9]. L'âge moyen des femmes réalisant une IVG est de 27,5 ans.

Plus de la moitié des IVG en France (57%) sont aujourd'hui réalisées par voie médicamenteuse, parmi elles, 31,5% ont lieu en établissement, 24% en cabinet libéral et 1,5% en centre de planification et d'éducation familiale [8].

La moyenne de l'âge de la grossesse au moment de l'interruption s'est beaucoup réduite grâce à cette technique médicamenteuse, les grossesses sont interrompues en moyenne avant la fin de la 7ème semaine [9]. La technique médicamenteuse a aussi réduit le coût et le risque de complications.

D'où proviennent les IVG?

Pour ces femmes françaises éduquées, prises en charge, presque toutes sous contraception - pour celles d'entre elles qui sont concernées - attirant les regards du monde et qualifiées d'excellence, d'où proviennent ces IVG?

Nous l'avons vu, il n'y a peu de femmes françaises en âge de procréer et ne souhaitant pas être enceintes qui n'utilisent pas de contraception. Ces femmes, nous nous en doutons, participent grandement aux 220 000 IVG annuelles. Mais elles ne fournissent que la moitié du taux annuel d'accidents (53%). L'autre moitié des IVG provient de femmes sous contraception, de ces femmes qui placent notre pays à un des meilleurs rangs mondiaux en matière de contraception. Il s'agit pour 32% des IVG des contraceptions dites *peu efficaces* (préservatifs, méthodes naturelles), mais pour 15% d'entre elles de contraceptions dites *efficaces* (pilule, stérilet) mises en échec. Or ces femmes sous contraception médicale sont passées dans nos bureaux! On pointe là notre première responsabilité, nous soignants, prescripteurs, écoutants, décideurs, nous sommes responsables de 33 000 IVG par an.

Donc la France ne rentre pas dans le modèle mathématique simple qui consiste à considérer que s'il y a contraception, il n'y aura pas IVG, comme en Hollande et que s'il n'y a pas contraception il y aura IVG, comme au Japon. La France a les deux: contraception et IVG. Par son taux annuel d'IVG le France n'est pas aux côtés de ses voisins d'Europe occidentale, entre l'Espagne et la Belgique par exemple qui ont un taux de recours à 5 ou 6 pour 1 000, la France est aux côtés des pays d'Europe de l'est issus de l'ancien bloc soviétique avec son taux de recours de 14 pour 1 000. La France a un des plus mauvais résultats européens en matière d'IVG [10].

Les solutions

Alors faut-il encore améliorer la contraception, si l'on estime que c'est elle qui représente la prévention de l'IVG, ou faut-il chercher ailleurs? À quels niveaux vont se jouer les actes au cours desquels peut s'effectuer la prévention?

Dans le huis clos de nos bureaux d'abord.

Ce temps privilégié de la consultation de contraception est un temps très particulier. Ce n'est pas un acte médical comme les autres. Au terme d'un interrogatoire détaillé, d'un examen clinique si celui-ci est possible, il ne suffira pas de prescrire. Autre chose va se jouer. Il est de notre devoir d'aider la jeune patiente à s'autonomiser. La première consultation de contraception et de prévention de ces toutes jeunes filles est plus qu'un acte médical, c'est un rite de passage, du passage d'enfant à femme, de l'entrée dans le groupe des femmes. C'est à nous de confirmer, d'encourager mais surtout de responsabiliser. Elles ne pourront plus désormais être à la fois grandes et petites, avoir des rapports avec un garçon ou déjà y penser, c'est assumer tout ce qui va avec. Ça n'est pas donner l'ordonnance à la mère, en sous-entendant que c'est à elle de s'en occuper. Et nous devons aussi, en cela, aider la mère, qui bien souvent a du mal à se situer face à sa fille qu'elle n'a pas vu grandir.

Il est aussi indispensable de prendre du temps pour choisir la méthode la meilleure dans la singularité de chaque cas et d'expliquer la contraception point par point, son fonctionnement et son utilisation, le rattrapage des erreurs.

Mais aussi rectifier ces sentiments de plainte, cette litanie d'effets secondaires mineurs qui brouillent les échanges. Cette nouvelle génération est née avec la contraception mais aussi avec une prise en charge globale de la santé telle qu'elle existe dans notre pays. Elle est exigeante, pense avoir ses droits. Elle revendique le moyen parfait et fronce les sourcils si nous ne l'avons pas. Alors immédiatement elle propose de tout arrêter avec l'idée que dans ce cas c'est nous qu'elle punit, pas elle. L'IVG a changé de camp aujourd'hui, c'est notre échec, pas le sien, notre prix à payer, pas le sien, c'est notre sanction.

Il est essentiel de recadrer. « Si vous avez décidé d'avoir des rapports avec l'homme que vous aimez, sans pouvoir accueillir un enfant, il est de votre responsabilité de mettre en place une contraception. Il s'agit de votre décision. Ma place est de vous aider à trouver le moyen le meilleur, le plus adapté, le mieux supporté. Mais votre contraception, c'est votre responsabilité! »

Au delà de nos bureaux, de nos hôpitaux, nos dirigeants s'activent.

Pour des raisons pas toujours semblables aux nôtres, mais ils s'activent! Les lois se succèdent:

- En 2001, la loi Aubry a fait passer le délai légal de l'IVG de dix à douze semaines de grossesse et dans le même temps, elle est venue apporter des dérogations à la nécessité de l'autorisation parentale⁷.
- En 2004, un décret⁸, modifié en 2009⁹, ouvre aux médecins libéraux la pratique de l'IVG médicamenteuse jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (5 semaines de grossesse).

⁷ Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JORF n° 0156 7 juillet 2001 page 10823 texte n° 1 dite "loi Aubry »

⁸ Décret n°2004-636 du 1^{er} juillet 2004 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse hors établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JORF n° 152 du 2 juillet 2004 page 12061 texte n° 27

- En 2013¹⁰ et 2014, l'IVG des jeunes filles de 15 à 18 ans est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, ainsi que les consultations de contraception.
- En 2014 la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes¹¹ supprime dans le texte la notion de 'situation de détresse'.
- Enfin, la loi Touraine, en janvier 2016, supprime le délai de réflexion de sept jours, imposé jusque là aux femmes souhaitant une IVG, et le maintient pour les jeunes filles mineures¹².
- La loi autorise les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses¹³.
- Plus récemment la loi élargit le délit d'entrave à l'IVG en créant un délit d'entrave numérique à l'IVG¹⁴.

Mais légiférer ne suffit pas et nos dirigeants veulent comprendre les raisons de l'interminable stabilité du nombre d'IVG annuel des femmes françaises. Il est demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'établir un rapport. L'IGAS confirme l'enjeu majeur des actions d'information, d'éducation et de communication. Pour cela il faut mener des actions en direction du grand public, car la priorité a été donnée pendant longtemps à la prévention des IST et du SIDA au détriment de la contraception. Une campagne sur la contraception est organisée en 2007-2009 [11]. Mais nous savons des sociologues que ces grandes campagnes ont un mode d'action très particulier, elles pointent un problème, pas plus, elles éveillent dans les consciences la notion qu'il y a problème, mais elles n'apportent pas les réponses. Les lieux adéquats pour trouver ces réponses doivent exister en relai.

À cela vient s'ajouter l'éducation à la sexualité à l'école qui est une obligation légale depuis 2001¹⁵. Mais l'IGAS se plaint qu'aucun bilan n'ait été réalisé qui permette d'évaluer ces actions difficiles à mettre en oeuvre au niveau des établissements et qui se heurtent, encore aujourd'hui, à de nombreuses résistances.

À Montpellier

Nous avons souhaité comprendre les ressorts d'une telle information et mettre en évidence leurs éventuels résultats. Le professeur Jean-Louis Viala et moi-même nous rendions souvent dans les collèges de Montpellier et ses environs pour tenter d'informer les jeunes sur la sexualité, ses dangers et leur prévention. Nous avons décidé d'évaluer l'impact de nos interventions auprès d'eux. Nous avons informé les garçons et les filles de neuf classes de troisième âgés de 15 ans en moyenne, nous avons parlé dans le détail, accompagnés des enseignants et infirmières

⁹Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. JORF n° 0107 du 8 mai 2009 page 7808 texte n° 26

¹⁰ Remboursement à 100% de la contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2013 voté en octobre 2012 / Remboursement de l'interruption volontaire de grossesse sur la base des articles L.322-3 20° et R.322-9 1.4° du Code de la sécurité sociale

¹¹ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. JORF n° 0179 du 5 août 2014 page 12949 texte n° 4

¹² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n° 0022 du 27 janvier 2016 texte n° 1

¹³ Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. JORF n° 0130 du 5 juin 2016 texte n° 22

¹⁴ Loi n° 2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse. JORF n° 0068 du 21 mars 2017 texte n° 1

¹⁵ loi du 4 juillet 2001, article L 312-16 du Code de l'éducation

d'établissements. Nous leur avons expliqué la physiologie, la contraception, l'IVG, mais nous avons aussi parlé de cœur et d'esprit, d'amour, de cette relation humaine bâtie sur l'échange incluant le respect de l'autre et le respect de soi. Nous nous déplaçons toujours à trois, gynécologue homme, gynécologue femme et psychologue. Trois ans plus tard nous les avons évalués, ils avaient alors 18 ans en moyenne, puis nous les avons comparés à une population témoin de mêmes caractéristiques mais n'ayant jamais reçu ce type d'information au collège.

Dans un premier temps nous avons analysé l'ensemble de ces jeunes qui constituaient un échantillon d'adolescents montpelliérains ayant eu ou pas une information au collège:

Ces jeunes se portent bien, ils sont épanouis. Le niveau scolaire est moyen mais les activités extra scolaires sont riches et intenses. Leurs connaissances en physiologie et en contraception sont mauvaises. Les 2/3 d'entre eux ont, à 18 ans, des rapports, l'âge moyen du premier rapport étant à 16,7 ans pour les filles et à 15,8 ans pour les garçons. Les filles ont plutôt des rapports réguliers, les garçons ont plutôt des rapports épisodiques, les filles ont plutôt un partenaire fixe et ce depuis plus de 6 mois alors que les garçons ont plutôt des partenaires multiples. Les filles ont eu peu de partenaires différents, les garçons ont des partenaires plus nombreuses. Ces jeunes *a priori* semblent sérieux quant à la prévention des risques, 85% des filles ayant des rapports ont déjà utilisé une contraception. Mais on sait qu'à cet âge du début de la vie, la contraception est mal utilisée. Il n'y a pas de stabilité sur l'une ou l'autre méthode. Ils essaient les méthodes et abandonnent vite et entre les différentes méthodes, il y a des périodes sans protection aucune. Or la prévention de l'IVG ne repose pas, surtout à cet âge de fertilité maximale, sur le fait d'avoir utilisé une contraception ou une autre, la prévention de l'IVG repose sur le fait d'avoir protégé tous les rapports. Un seul rapport non protégé, à cet âge, représente un risque important de grossesse non souhaitée. Donc nous avons analysé un autre facteur: le fait d'avoir eu, ou pas, un ou plusieurs rapports non protégés. 50,7% des filles et 51% des garçons disent avoir eu, au moins une fois, un rapport non protégé.

Si l'on compare ensuite les adolescents dits *informés* aux *témoins*, on est surpris d'emblée par des connaissances théoriques semblables c'est-à-dire mauvaises. Les connaissances en physiologie sont les mêmes dans les deux groupes, comme si, à ce premier niveau, ils n'avaient rien retenu de notre intervention. Leur sexualité est aussi fort semblable: même pourcentage d'adolescents ayant des rapports, même âge au premier rapport. La seule légère différence consiste en une augmentation de partenaires fixes chez les informés, par rapport à un plus grand nombre de partenaires chez les témoins. Donc nous ne mettons en évidence aucun effet de libéralisation sexuelle dû à ce type d'information, au contraire.

Les choses s'aggravent ensuite. Il n'y a pas non plus de différence entre ceux des deux groupes ayant des rapports quant à leur attitude contraceptive. L'utilisation de la contraception n'est pas bonne, nous l'avons vu, elle l'est à l'identique dans les deux groupes. Par contre, si l'on arrive au résultat final, au delà des connaissances et même du comportement, le fait d'avoir eu, ou pas, des rapports non protégés est divisé par deux chez les *informés* par rapport aux *témoins*: 39,6% des *informés* ont eu des rapports non protégés contre 72% chez les *témoins*.

La question se pose alors de connaître le ou les facteurs responsables d'une telle différence et une étude multifactorielle fait apparaître le facteur *information* comme premier facteur responsable, avec un coefficient multiplicateur de 2,3. C'est-à-dire que l'information reçue trois années plus tôt a divisé par 2,3 le risque d'avoir un rapport sans contraception entre 15 et 18 ans. Les adolescents informés n'avaient rien retenu et *a priori* n'ont rien modifié à leur comportement. Mais le message est allé

s'inscrire directement dans l'inconscient. Le psychiatre Michel Ribstein¹⁶ a dit « c'est la mélodie qui a compté, pas les paroles. » Et Françoise Dolto¹⁷ a conclu: « On s'est intéressé à eux, on leur a donné envie de s'intéresser à eux. On les a respectés, ils se sont respectés. » C'est dans la prise en charge, dans la responsabilité autonome que quelque chose s'est modifié. Peut-être même à leur insu, ils ont fait attention à eux [12].

Conclusion

Le taux d'IVG de notre pays n'est donc pas directement corrélé à la contraception, la contraception est un moyen technique nécessaire mais pas suffisant. Le taux d'IVG de notre pays dépend de la parole prononcée par un adulte bienveillant préposé à l'éducation et soucieux, avant tout, de responsabiliser la jeune femme dans le respect qui lui est dû. Parole prononcée au collège, dans le huis clos de nos bureaux ou dans tout lieu à vocation d'éducation ou de prévention.

Mais au delà, nous devons accepter l'idée qu'il restera quoi que l'on fasse un nombre incompressible d'IVG. Contraception et IVG ne seront jamais directement corrélées. Dans l'inconscient humain, elles n'appartiennent pas aux mêmes registres! La contraception est directement reliée à la sexualité, un homme mettra un préservatif pour avoir un rapport et une femme prendra la pilule pour la même raison. L'IVG, elle, est reliée à la procréation, c'est devant le fait accompli que va se poser, seulement, la question de mettre un enfant au monde ou pas. Or sexualité et procréation sont difficilement dissociables. Au niveau du fantasme, elles sont liées, dans les profondeurs du désir et ce indépendamment de toute considération religieuse. Dans notre souci préventif, dans les efforts à l'éducation des jeunes, nous devons accepter de travailler avec cette marge d'erreur. Mais de la qualité des paroles posées dépendra son ampleur.

RÉFÉRENCES

- [1] Ricoeur P., *Éthique et morale*, in *Soi-même comme un autre*. Seuil, 1990.
- [2] Rabelais F., *Gargantua*, 1542, éd. Gallimard, 2007, chap. LVII, « Comment estoient reglees les Thelemites à leur manière de vivre », p. 489.
- [3] Bajos N., Bozon M., *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, La Découverte, 2008.
- [4] Rahib D., Le Guen M., Lydié N., *Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent*, Santé publique France, Saint-Maurice, 2017.
- [5] Bajos N., Rouzaud-Cornabas M., Panjo H., Bohet A., Moreau C., et l'équipe Fécond, *La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ?* Population et Sociétés n° 511, 2014.
- [6] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World contraceptive patterns 2013*. United Nations, New-York, 2013.

¹⁶ Psychiatre et chef de service du CHU de Montpellier

¹⁷ Psychiatre et psychanalyste, Paris

- [7] Glasier A., Baird D., *The effects of self-administering emergency contraception*, N Engl J Med 1998;339:1-4.
- [8] Vilain A., *DREES 211900 interruptions volontaires de grossesse en 2016*, Études & Résultats, juin 2017, n° 1013.
- [9] Mazuy M., Toulemon L., Baril E., *Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété*, Population et Sociétés n° 518, 2015.
- [10] Nisand I., Toulemon L., *Rapport du Haut Conseil de la Population et de la Famille. Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures*, La documentation française, 2007.
- [11] Aubin C., Jourdain Menninger D., *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. La prévention des grossesses non désirées: information, éducation et communication*, La documentation française, 2010.
- [12] Daures J.P., Chaix-Durand G., Maurin M., Viala J.L., Gremy F., *Étude préliminaire sur la prévention des interruptions volontaires de grossesse et des maladies sexuellement transmissibles chez l'adolescent par une information en classe de troisième*, Contr Fertil Sexual 1989;17:1021-6.