

8 mars - Journée internationale des femmes - 8 mars

Abus sexuels précoces et santé reproductive des femmes en Nouvelle-Calédonie 2002 - 2003

Christine Hamelin, Christine Salomon, Alice Gueguen, France Lert, Diane Cyr

Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 687/IFR 69, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Nos recherches anthropologiques en Nouvelle-Calédonie sur les rapports sociaux de sexe, appelés aussi rapports de genre [1,2,3], nous ont amenées à entreprendre, dans le prolongement de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff), une enquête par questionnaire sur ce thème. Bien que les données à traiter et le raisonnement explicatif, de même que l'échelle d'observation, diffèrent entre l'ethnographie et les statistiques [4], la combinaison des deux méthodes s'est avérée fructueuse pour décrire et expliquer l'ampleur et le type des violences. Outre la fréquence très élevée des violences vécues par les femmes calédoniennes au cours des 12 derniers mois (brutalités physiques : 22 %, tentatives de viols ou viols : 9 %), l'enquête révèle l'importance des violences précoces, en particulier des abus sexuels avant 15 ans. Les publications américaines de l'étude *Adverse Childhood Experiences* ont démontré les conséquences à long terme sur la santé des violences sexuelles précoces qui sont un facteur de risque des grossesses adolescentes et responsables d'une altération durable de la capacité des femmes à maîtriser leur fécondité [5,6,7]. Bien que plusieurs types d'expériences négatives ou violentes dans l'enfance soient renseignés dans le questionnaire, l'objectif est ici d'étudier le lien entre abus sexuels précoces – vécus le plus souvent au sein de la famille – et indicateurs de santé reproductive à l'âge adulte. Le contexte pluriethnique lié à l'histoire coloniale de la Nouvelle-Calédonie et la persistance de différences importantes entre les communautés nous amènent à préciser ce lien selon les communautés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le recueil de données a été effectué par entretien au moyen d'un questionnaire standardisé passé en face-à-face en 2002 - 2003. Une liste de 4 000 femmes a été tirée de façon aléatoire par tranche d'âge sur la liste électorale qui, en Nouvelle-Calédonie, est une source fiable en raison du fort taux d'inscription.

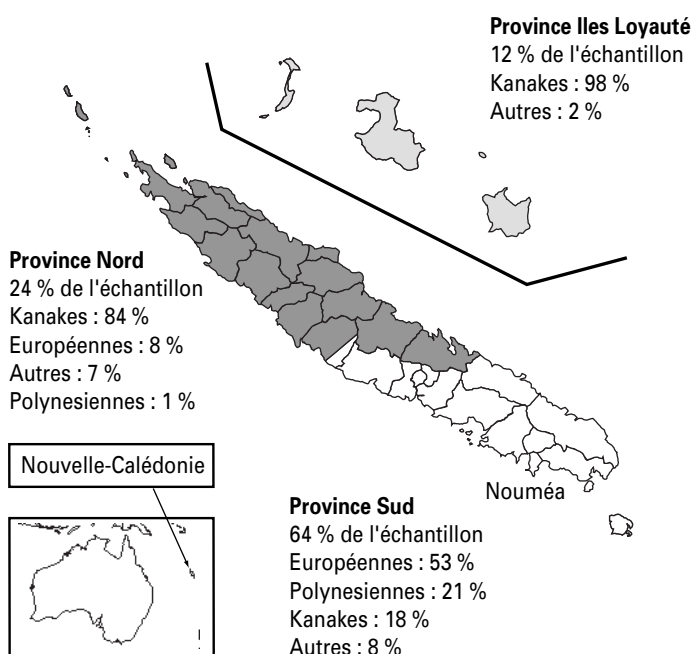
Néanmoins, on sait que des personnes résidant dans le Grand Nouméa restent inscrites dans leur commune d'origine ce qui induit un léger biais concernant le lieu de résidence dans notre échantillon : si l'on compare la répartition par province des femmes de 20 à 49 ans de notre échantillon à celle du dernier recensement de 1996, le décalage est de 4 à 8 points selon les provinces.

L'objectif était, compte tenu des refus, des adresses incorrectes et des déménagements, de constituer un échantillon de 1 000 répondantes âgées de 18 à 54 ans. Sur les 1 445 femmes qui ont été effectivement recherchées, 323 n'ont pu être contactées,

essentiellement parce qu'elles avaient déménagé hors de Nouvelle-Calédonie ou résidaient habituellement hors de leur zone d'inscription électorale et étaient de ce fait exclues du champ de l'enquête. Au total 1 122 ont été effectivement jointes. Les 5 % de refus exprimés et les 3 % de rendez-vous non honorés ont été remplacés. Les abandons (1 %) sont tous intervenus avant que les questions sur les violences ne soient abordées. L'analyse porte sur un échantillon de 1 012 répondantes. Il comprend 44 % de Kanakes (Mélanésiennes autochtones), 33 % d'Européennes (Calédoniennes de naissance et Métropolitaines), 13 % de Polynésiennes (Wallisiennes et Futuniennes pour l'essentiel), 3 % d'Asiatiques, 6 % de femmes hors de ces groupes (« Autres ») et 1 % de refus de réponse à la question sur la communauté. Pour des raisons statistiques et sociodémographiques, nous avons agrégé aux « Autres » les non réponses à la question sur la communauté et aux Européennes, les Vietnamiennes et les Indonésiennes, communautés installées en Nouvelle-Calédonie depuis plusieurs générations.

Figure 1

Distribution géographique et communautaire de l'échantillon
(n = 1012)



La taille de la population concernée s'est avérée insuffisante pour étudier l'effet du viol précoce seul sur les indicateurs de santé reproductive. Pour cette raison, une variable « abus sexuels précoces » a été construite qui oppose les femmes victimes d'attouchements sexuels, de tentatives de viol ou de viols avant 15 ans à celles n'ayant pas subi ces agressions.

Les indicateurs de santé reproductive dont nous avons testé le lien avec les abus sexuels précoces sont : au moins une IVG au cours de la vie, une grossesse précoce (avant 18 ans), cinq grossesses ou plus, une grossesse non désirée au cours des cinq dernières années et l'usage de la contraception (pilule-stérilet-préservatif) dans l'année versus pas de contraception ou recours aux méthodes du type retrait-température-plantas locales.

Les liens entre abus sexuels précoces et indicateurs de santé reproductive ont été étudiés au moyen de plusieurs régressions logistiques. Notre connaissance du terrain nous a conduites à réaliser, pour chaque indicateur de santé reproductive, une analyse globale sur l'ensemble des femmes concernées et des analyses séparées pour les communautés européenne et kanake qui sont à la fois démographiquement les plus importantes et socialement les plus différentes.

L'effet des abus sexuels précoces sur les variables de santé reproductive a été estimé après ajustement sur la communauté, l'âge, le diplôme des femmes et d'autres expériences négatives précoces : mauvais traitements, problèmes d'alcool dans l'entourage familial, problèmes de disputes constantes ou de bagarres entre les adultes de la famille.

RESULTATS

L'ampleur des violences précoces

Parmi les 1 012 femmes interrogées, 12 % ont subi des abus sexuels précoces, 7 % sont entrées dans la sexualité par un premier rapport forcé, 12 % ont souffert de mauvais traitements pendant l'enfance ou l'adolescence, 36 % ont grandi dans un environnement marqué par des problèmes d'alcool dans l'entourage familial immédiat (concernant le père dans deux cas sur trois) et 37 % dans un climat familial marqué par des disputes à répétition ou des bagarres entre les adultes.

Tableau 1

Expériences négatives ou violentes dans l'enfance ou l'adolescence selon l'âge, la communauté d'appartenance et le diplôme des femmes au moment de l'enquête (n = 1 012), Nouvelle-Calédonie 2002-2003

	Abus sexuels avant 15 ans (%)	1 ^{er} rapport sexuel forcé (%)	Mauvais traitements (%)	Disputes, bagarres entre parents (%)	Problèmes d'alcool d'un membre de la famille (%)
Age					
18-24 ans (n = 218)	16	6	9	39	43
25-34 ans (n = 317)	13	6	13	37	36
35-44 ans (n = 279)	13	7	16	41	39
45-54 ans (n = 198)	8	10	8	28	27
	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>p = 0.02</i>	<i>p = 0.02</i>	<i>p = 0.005</i>
Communauté					
Kanake (n = 441)	12	12	12	42	47
Européenne (n = 364)	14	2	12	32	23
Polynésienne (n = 137)	12	5	11	39	47
Autre (n = 70)	10	4	10	29	23
	<i>ns</i>	<i>p < .0001</i>	<i>ns</i>	<i>p = 0.01</i>	<i>p < .0001</i>
Diplôme					
Aucun (n = 388)	10	13	14	40	45
BEPC, BEP, CAP (n = 344)	13	5	12	39	35
Bac (n = 166)	17	1	7	32	31
Supérieur (n = 114)	13	2	9	28	19
	<i>ns</i>	<i>p < .0001</i>	<i>ns</i>	<i>p = 0.06</i>	<i>p < .0001</i>

Les abus sexuels précoces et les mauvais traitements concernent les femmes de toutes les communautés au même niveau, quel que soit leur degré d'éducation. En revanche, le premier rapport sexuel forcé est beaucoup plus fréquent pour les femmes sans diplôme ou faiblement diplômées, ce qui corrobore un autre de nos résultats sur l'association avec l'information sur la sexualité : les femmes pas du tout informées à l'adolescence, qui sont aussi les moins diplômées, sont 11,5 % à avoir été forcées lors de leur premier rapport sexuel contre 4,7 % chez celles bien informées. L'entrée

contrainte dans la sexualité, bien que survenue pour les deux tiers des femmes avant 18 ans, diffère des abus sexuels précoces quant à la proximité de l'agresseur et à sa différence d'âge avec la victime. Le taux plus élevé d'entrée contrainte dans la sexualité chez les Kanakes s'explique par l'absence de norme de virginité pré-maritale associée à une permissivité vis-à-vis des jeunes hommes qui contraignent des filles qui ne leur sont pas socialement interdites (ni appropriées par un autre homme dans une relation officialisée par les familles). Les questions sur le premier rapport sexuel et sur les violences précoces étaient intentionnellement placées dans des modules distincts du questionnaire. Celles sur le caractère désiré, accepté ou forcé du premier rapport et sur l'âge à ce moment-là étaient posées dans le module introductif avant la partie abordant la santé sexuelle, alors que les questions sur les violences sexuelles subies dans des périodes anciennes et l'âge de la répondante au moment de ces agressions arrivaient tout à la fin du questionnaire (une heure en moyenne) après que la femme ait répondu sur les violences vécues l'année précédant l'enquête. L'adhésion à la thématique de l'enquête se construisant au fil du déroulement de l'entretien, on peut penser que la qualité des réponses sur le premier rapport sexuel est moins fiable que celle des réponses aux dernières questions posées.

Les Océanien(ne)s (Kanakes et Polynésien(ne)s) ont plus fréquemment grandi dans un climat familial marqué par les problèmes d'alcool et dans une moindre mesure par des conflits parentaux que les Européen(ne)s et les « Autres ». Le fait que les femmes de 45 à 54 ans déclarent moins de mauvais traitements et un environnement moins difficile relève selon nous, davantage d'un effet de jugement et de mémorisation, les événements familiaux de l'enfance étant souvent relativisés par l'expérience personnelle de la parentalité, que d'un changement du climat social dans le sens d'une dégradation à partir des années cinquante.

De fortes inégalités communautaires en santé reproductive

La description des indicateurs de santé reproductive, comme l'analyse de leurs liens avec les abus sexuels précoces, porte sur les femmes âgées de 18 à 44 ans qui ont eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois, qui ne sont pas enceintes au moment de l'enquête ou ne recherchent pas une grossesse (n = 683).

Tableau 2

Indicateurs de santé reproductive selon l'âge, la communauté d'appartenance et le diplôme des femmes concernées au moment de l'enquête (n = 683), Nouvelle-Calédonie, 2002-2003

	IVG (%)	Dernière grossesse non désirée (%)	Grossesse précoce (%)	Cinq grossesses ou plus (%)	Contraception moderne* (%)
Age					
18-24 ans (n=154)	12	21	10	2	72
25-34 ans (n=276)	20	13	8	15	73
35-44 ans (n=253)	21	4	13	32	73
	<i>p = 0.06</i>	<i>p < .0001</i>	<i>ns</i>	<i>p < .0001</i>	<i>ns</i>
Communauté					
Kanake (n = 295)	19	19	14	27	67
Européenne (n = 249)	20	6	6	8	85
Polynésienne (n = 95)	16	6	12	23	59
Autre (n = 44)	18	5	2	9	65
	<i>ns</i>	<i>p < .0001</i>	<i>p = 0.0040</i>	<i>p < .0001</i>	<i>p < .0001</i>
Diplôme					
Aucun (n = 232)	19	12	19	34	59
BEPC, BEP, CAP (n = 249)	19	14	7	14	72
Bac (n = 120)	20	11	3	5	85
Supérieur (n = 82)	17	4	4	6	86
	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>p < .0001</i>	<i>p < .0001</i>	<i>p < .0001</i>

* concerne les femmes qui ont eu un partenaire depuis plus de 6 mois dans les 12 derniers mois (n = 506)

Deux tiers des femmes utilisent une contraception médicale : pilule-stérilet. Le préservatif déclaré comme contraception est nettement lié à l'âge (13 % des moins de 25 ans contre 3 % des plus âgées l'utilisent) et à des situations de couple sans cohabitation, alors que la proportion de celles qui n'utilisent pas du tout de contraception (7 %) ou des méthodes anciennes ou traditionnelles (20 %) reste tout à fait stable dans les différentes

classes d'âge. Cette stabilité conduit à penser que les utilisatrices de préservatif passeront à la contraception médicale quand la relation avec un partenaire sera installée, aussi les avons-nous regroupées avec les utilisatrices de pilule et stérilet sous le vocable contraception moderne.

Ces indicateurs mettent en lumière de fortes disparités communautaires et sociales au détriment des Kanakes pour les grossesses non désirées, des Polynésiennes pour l'usage de la contraception et des femmes de ces deux communautés océaniques pour les grossesses précoces et répétées. Les non diplômées sont également plus exposées aux grossesses précoces et répétées et utilisent moins la contraception moderne. Seule l'IVG n'est associée ni à la communauté ni au diplôme. Les grossesses non désirées sont très fréquentes chez les moins de 25 ans qui demeurent également, autant que leurs aînées, exposées aux grossesses précoces. Clivages communautaires et inégalités scolaires se recoupent, les Océaniques étant moins diplômées que les Européennes. Néanmoins au sein de chaque communauté, à âge égal, l'élévation du niveau scolaire tend à réduire la fréquence des grossesses précoces et des grossesses nombreuses.

Les répercussions des abus sexuels précoces sur la santé reproductive, Nouvelle-Calédonie 2002-2003

Tableau 3

Odds Ratio et intervalles de confiance à 95 % : violences sexuelles subies avant l'âge de 15 ans et indicateurs de santé reproductive (n = 683)

	Brut		Ajusté sur l'âge, la communauté, le diplôme et les autres expériences précoces négatives ou violentes	
	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
IVG au moins une fois dans la vie	1,9	1,2 - 3,1	1,8	1,1 - 3,1
Kanakes	2,0	0,9 - 4,3	2,4*	1,0 - 5,8
Européennes	2,1	0,9 - 4,4	1,8	0,8 - 4,1
Dernière grossesse non désirée dans les 5 ans	2,4	1,3 - 4,2	2,3	1,2 - 4,3
Kanakes	3,9	1,9 - 8,2	2,9	1,3 - 6,6
Européennes	1,9	0,5 - 5,8	2,0	0,5 - 7,0
Grossesse précoce	1,2	0,6 - 2,3	1,1	0,5 - 2,3
Kanakes	0,7	0,2 - 2,0	0,6	0,1 - 1,7
Européennes	4,1	1,3 - 12,0	4,2	1,1 - 14,5
Cinq grossesses ou plus	0,9	0,5 - 1,6	1,1	0,5 - 2,1
Kanakes	1,0	0,4 - 1,9	1,6	0,6 - 4,2
Européennes	1,5	0,5 - 4,7	1,2	0,3 - 4,1
Contraception moderne dans l'année	1,5	0,8 - 2,8	1,6	0,8 - 3,1
Kanakes	3,2	1,2 - 11,2	4,1	1,3 - 15,0
Européennes	0,9	0,3 - 2,6	0,8	0,3 - 2,8

Les analyses par communauté ont été faites en ajustant sur l'âge, le niveau d'étude et les autres expériences précoces négatives ou violentes.

Les abus sexuels précoces sont associés à la plupart des indicateurs relatifs à la grossesse, sauf au nombre de grossesses. En effet, pour l'ensemble des femmes, ils constituent un facteur de risque d'IVG (OR = 1,9) et de grossesse non désirée (OR = 2,4) qui est encore augmenté chez les Kanakes (OR = 2,0 et OR = 3,9). L'odds ratio reste élevé et significatif après ajustement sur l'âge, la communauté, le diplôme et les autres expériences négatives de l'enfance et de l'adolescence, ce qui souligne le rôle déterminant des violences sexuelles précoces dans l'altération de la capacité des femmes à gérer leur fécondité.

Alors que les abus sexuels précoces n'ont pas de lien avec la fréquence des grossesses à l'adolescence chez les Kanakes, leur impact est particulièrement élevé chez les Européennes (OR = 4,2). Cet écart renvoie à une obligation sociale d'enfantement très prégnante dans la société kanake où devenir mère permet de passer à un statut plus valorisé. Par ailleurs, jusque

récemment, il n'y avait pas d'exigence d'investissement scolaire et de carrière professionnelle pour les filles, à la différence des Européennes chez qui les maternités adolescentes sont moins nombreuses, plus stigmatisées et de ce fait discriminantes. Chez les Européennes qui sont 85 % à utiliser une contraception moderne, les abus sexuels précoces ne sont pas significativement liés au mode de contraception. On observe en revanche chez les Kanakes des conséquences plus marquées des abus sexuels précoces sur l'usage d'une contraception moderne (OR = 4,0). Cet odds ratio ne varie pas après ajustement sur le nombre de naissances, l'IVG et la dernière grossesse non désirée. Que les abus sexuels soient en lien avec l'usage de la contraception chez les Kanakes est un résultat différent de ce qui est observé dans d'autres études où l'abus sexuel est associé à un usage moindre de la contraception. Le fait d'avoir eu une grossesse non désirée ou une IVG aurait pu expliquer que les femmes kanakes aient davantage recours par la suite à la contraception moderne. Cette hypothèse a été testée sur les données de l'étude et elle n'est pas validée. Nous pensons que dans une culture où l'idéal de maternité est particulièrement pesant, implique d'avoir plusieurs enfants dont des garçons et stigmatise les femmes sans enfants, ce résultat, joint à l'augmentation des déclarations d'IVG et de grossesses non désirées, montre plutôt que les abus sexuels précoces écartent les femmes kanakes de l'idéal social de leur communauté.

CONCLUSION

Nos résultats confirment la force du lien chez toutes les femmes entre abus sexuels précoces et attitudes et pratiques face à la reproduction. Mais la gestion des grossesses se conforme à des normes sociales qui peuvent différer selon les générations et surtout les groupes sociaux. L'étude réalisée dans le contexte pluriculturel de la société calédonienne met en évidence des répercussions différenciées selon les communautés. L'association entre violences et grossesses à l'adolescence est augmentée chez les Européennes alors que l'âge à la première naissance recule dans cette communauté. Chez les Kanakes où l'exigence de maternité est plus prononcée, on observe un lien entre les abus sexuels et un plus fort taux d'utilisation de la contraception. Ces éléments indiquent qu'avoir été victime d'abus sexuels dans l'enfance ou l'adolescence se traduit par un écart par rapport aux normes quelle que soit la culture considérée, et donc potentiellement une fragilisation sociale dont témoigne aussi la fréquence accrue des violences sexuelles à l'âge adulte [8].

REMERCIEMENTS

L'étude a été soutenue par l'ANRS, ECS, la Mildt/Inserm, l'Ireb, le Gouvernement de Nouvelle-Calédonie et les Trois Provinces.

RÉFÉRENCES

- [1] Salomon C. « La personne et le genre au centre nord de la Grande Terre (Nouvelle-Calédonie) », *Gradhiva*, 23, 1998:81-100.
- [2] Salomon C. « Les femmes kanakes face aux violences sexuelles et domestiques : le tournant judiciaire des années 1990 », *Le Journal des anthropologues*, 82, 2000:287-07.
- [3] Salomon C. « Quand les filles ne se taisent plus : un aspect du changement post-colonial en Nouvelle-Calédonie », *Terrain* 40, 2003:133-50.
- [4] Weber F. *L'ethnographie armée par les statistiques*, Enquête, n° 1, 1995:153-65.
- [5] Dietz P.M, Spitz A.M, Anda R.F, Williamson D.F, McMahon P.M, Santelli J.S, Nordenberg D.F. Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood. *JAMA*. 1999; 282:1359-64.
- [6] Felliti V.J. Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *South Med J* 1991; 84 (3):328-31.
- [7] Hillis S.D, Anda R.F, Nordenberg D.F, 1 Marchbanks P.A. Adverse Childhood Experiences and Sexually Transmitted Diseases in Men and Women: A retrospective study. *Pediatrics* 2000; 106(1):E11.
- [8] Hamelin C. & Salomon C. Parenté et violences faites aux femmes en Nouvelle-Calédonie: un éclairage sur l'ethnicité différenciée des violences subies au sein de la famille. *Espace, Populations, Sociétés*, 2004-2:307-23.

Violences envers les femmes et état de santé mentale : résultats de l'enquête Enveff 2000

Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles

Institut national de la santé et de la recherche médicale, U149/IFR 69, Villejuif

INTRODUCTION

Les violences peuvent avoir un effet sur l'état de santé de différentes façons. Les violences physiques ont des conséquences directes, de gravité variable selon l'intensité des coups reçus : fractures, plaies, entorses. Les répercussions des violences sexuelles ont fait l'objet de publications qui montrent les risques de maladies sexuellement transmissibles, de troubles fonctionnels et gynécologiques et de douleurs pelviennes chroniques [1]. L'altération de la santé mentale, dont il est question dans cet article, est documentée par plusieurs études dont la plupart ont été menées aux Etats-Unis : dépression, anxiété, syndrome post-traumatique, ou comportements auto agressifs sont plus fréquents parmi les victimes de violences, même anciennes [2]. Jusqu'à la fin des années 1990, très peu de travaux avaient été réalisés en France sur ce sujet. Programmée dès 1997 par le Service des droits des femmes du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, une enquête nationale a été réalisée pour la première fois en France sur ce thème en 2000, avec l'objectif prioritaire de produire des statistiques fiables portant sur l'ensemble de la population féminine [3]. Au cours de la même période, l'Organisation mondiale de la santé a produit un rapport [4] et coordonné une enquête réalisée dans de nombreux pays. En France, un groupe s'est réuni sous la présidence du Professeur Henrion pour réfléchir au rôle des professionnels de santé [5]. Enfin, plus récemment, le Haut comité de la santé publique a publié un rapport sur « Violences et santé » [6].

DONNÉES

Enquête Enveff¹, Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France

Les données ont été recueillies de mars à juillet 2000, auprès d'un échantillon représentatif de 6 970 femmes âgées de 20 à 59 ans. La collecte a été effectuée par téléphone, selon la méthode Cati, Collecte assistée par téléphone et informatique, par un groupe d'enquêtrices professionnelles. Les ménages éligibles étaient ceux, équipés d'un téléphone, y compris sur liste rouge, comprenant au moins une femme âgée de 20 à 59 ans et parlant assez couramment le français. Parmi les femmes qui auraient dû être interrogées, le taux de refus global est estimé à 18 %. Comparé à la population féminine métropolitaine de même âge décrite par l'enquête Emploi de l'Insee de 1999, l'échantillon présente de légères distorsions dans sa structure par âge, par catégorie socioprofessionnelle et par statut d'activité ce qui nous a conduit à l'application systématique de coefficients de redressement.

L'entretien, d'une durée moyenne de 45 minutes, était mené à partir d'un questionnaire fermé, constitué de trois parties. La première recueillait les données socio-démographiques et contextuelles, des éléments de biographie, dont la sexualité, et des informations sur l'état de santé. La deuxième partie portait sur les violences subies lors des douze derniers mois, dans différents contextes de vie : les espaces publics, le milieu de travail ou d'études, le couple, les relations avec un ex-conjoint, la famille d'origine et le cercle des proches, ainsi que les consultations ou visites à domicile. Les questions portaient sur les agressions verbales, psychologiques, physiques et sexuelles, sans que le terme de violence ne soit jamais utilisé. Une troisième partie concernait les violences physiques subies depuis l'âge de 18 ans et les agressions sexuelles subies depuis l'enfance.

Les indicateurs de violences

Toutes les violences subies par les femmes ont été prises en compte, quelle que soit la sphère où elles se sont produites et nous avons distingué les violences physiques et les violences sexuelles. Ont été considérées victimes de violences physiques les femmes qui avaient répondu positivement aux deux questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, vous

a-t-on giflée, frappée ou a-t-on exercé d'autres brutalités physiques contre vous ? » et « vous a-t-on menacée ou attaquée avec une arme ou un objet dangereux, a-t-on tenté de vous tuer ou de vous étrangler ? ». Ces deux questions se retrouvaient dans l'ensemble des sphères. Elles étaient plus détaillées dans la partie du questionnaire consacrée aux violences exercées par le conjoint où quatre questions couvraient les brutalités physiques ; ces quatre questions ont été considérées ici. Au total, les réponses à 16 questions différentes sont utilisées pour définir les femmes victimes de violences physiques au cours des 12 derniers mois. Parmi ces 16 questions, certaines ne concernaient que les femmes vivant en couple et d'autres uniquement les femmes ayant un emploi. Nous avons distingué les femmes qui n'avaient subi aucune violence physique de celles qui en avaient été victimes une fois et de celles qui avaient subi des violences physiques à plusieurs reprises l'année précédant l'enquête.

Ont été considérées victimes de violences sexuelles les femmes qui avaient répondu positivement à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été forcée à subir ou à faire des attouchements sexuels, a-t-on essayé ou est-on parvenu à avoir avec vous un rapport sexuel contre votre gré ? ». Cette question était posée dans les différentes sphères, à l'exclusion du couple pour lequel les deux questions suivantes ont été posées : « au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre conjoint ou ami a utilisé la force pour avoir des rapports sexuels avec vous ? » et « vous a-t-il imposé des gestes sexuels que vous refusiez ? ». Neuf questions concernaient les violences sexuelles.

Dans les résultats présentés ci-dessous, les violences subies avant les douze derniers mois ont été considérées : d'une part, une question sur « les sévices ou coups répétés dans l'enfance » était posée aux femmes, d'autre part, l'existence des violences sexuelles antérieures aux douze derniers mois a été prise en compte.

Les indicateurs de santé

Le questionnaire visait à produire des informations sur l'état physique et mental des répondantes, au moment de l'enquête ou au cours des 12 derniers mois.

Une question générale était posée : « Compte tenu de votre âge diriez-vous que votre état de santé est : très bon, bon, moyen, médiocre, franchement mauvais ? ».

Une échelle visant à mesurer le niveau de détresse psychologique, le *General Health Questionnaire* en 12 items (nommée GHQ-12 dans la suite du texte), était passée au cours de l'entretien. Certains items font référence à de la symptomatologie dépressive et d'autres à des troubles anxieux. Pour chacun des items, les réponses, recueillies en quatre modalités auprès des répondantes, ont été traitées en deux classes conduisant à un score global variant de 0 à 12. Trois catégories ont été construites : de 0 à 2 pour un niveau faible de détresse psychologique, de 3 à 5 pour un niveau modéré et de 6 ou plus pour un niveau élevé.

Trois questions permettaient de décrire l'existence et la fréquence, au cours des 12 derniers mois, des symptômes suivants : cauchemars, anxiété ou crises de panique selon la définition clinique suivante : « moments où vous avez eu très peur, avec des palpitations, le sentiment de suffoquer et de perdre le contrôle ». Les réponses étaient proposées en quatre modalités : non, parfois, souvent, très souvent. Ces trois questions ont été regroupées car ces symptômes sont caractéristiques de stress, notamment d'un état d'anxiété consécutif à une épreuve douloureuse. Un indice a été constitué distinguant un niveau faible, modéré et élevé de stress.

Nous demandions aussi aux femmes si elles avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. Enfin, la consommation de psychotropes était décrite en distinguant la consommation régulière de la consommation occasionnelle.

Le test du Chi-2 a été utilisé pour comparer les caractéristiques des femmes. Les différences ont été considérées non significatives pour une valeur de p supérieure à 0,05. Des modèles de

¹ L'équipe de recherche qui a réalisé l'Enveff était composée de E. Brown, S. Condon, D. Fougeyrollas-Schwebel, A. Houel, M. Jaspard, B. Lhomond, F. Maillochon, M.J. Saurel-Cubizolles et M.A. Schiltz

régression logistique ont été mis en œuvre afin d'estimer l'intensité de l'association entre les violences subies et divers indicateurs de santé, tout en ajustant sur les principales caractéristiques susceptibles d'expliquer les différences observées.

RÉSULTATS

Sur l'ensemble de l'échantillon, 4 % des femmes avaient subi des violences physiques au cours de l'année écoulée ; 2 % en avaient subi à plusieurs reprises. Cette fréquence varie selon l'âge puisque 7 % des femmes âgées de 20 à 24 ans avaient été victimes de violences physiques, 4 % des femmes âgées de 25 à 34 ans, 4 % de celles âgées de 35 à 44 ans et 3 % des femmes âgées de 45 à 60 ans. De même, alors que 1 % des femmes déclaraient avoir subi des violences sexuelles au cours des douze derniers mois, cette fréquence variait de plus de 2 % parmi les plus jeunes à 0,6 % pour les femmes de 45 ans ou plus.

Les femmes victimes de violences physiques sont moins nombreuses à qualifier leur état de santé de « bon » ou « très bon » (tableau 1). Elles sont beaucoup plus nombreuses à avoir un niveau de détresse psychologique élevé, particulièrement celles qui ont subi des violences physiques à plusieurs reprises au cours de l'année écoulée. Leur niveau de stress est également plus élevé et elles sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Entre 20 et 25 % d'entre elles ont consulté un spécialiste de la santé mentale au cours de l'année au lieu de 6 % des femmes n'ayant pas subi de violence physique. Enfin elles sont plus nombreuses à avoir consommé des psychotropes, notamment pour celles qui avaient été victimes de violences physiques à plusieurs reprises.

Tableau 1

Etat de santé et violences subies au cours des 12 derniers mois, Enveff, 2000				
Etat de santé	Aucune violence	Violences physiques		Violences sexuelles
	(6 634) %	(150) %	(133) %	(84) %
Etat de santé perçu				
Très bon ou bon	80,2	72,6	71,1	72,5
Moyen	15,8	19,2	22,5	21,5
Mauvais ou très mauvais	4,0	8,2	6,4	5,9
		p < 0,01		ns
Détresse psychologique				
Faible	72,6	42,0	34,0	39,2
Modérée	16,9	30,6	22,6	32,5
Élevée	10,5	27,5	43,4	28,3
		p < 0,001		p < 0,001
Niveau de stress				
Faible	58,9	33,8	21,6	29,5
Modéré	36,0	48,8	53,5	58,6
Élevé	5,2	27,5	24,9	11,9
		p < 0,001		p < 0,001
Tentative de suicide				
Au cours des 12 mois	0,2	3,0	5,0	4,3
		p < 0,001		p < 0,001
Avoir consulté un psy*				
Au cours des 12 mois	6,4	20,3	25,0	19,7
		p < 0,001		p < 0,001
Consommation de psychotropes				
Au cours des 12 mois				
Jamais	78,6	64,2	49,9	60,8
Occasionnelle	11,7	15,7	19,6	15,8
Régulière	9,6	20,1	30,5	23,4
		p < 0,001		p < 0,001

* psychiatre, psychologue ou psychothérapeute

Si l'on prend en compte l'âge des femmes, leur niveau d'études, leur situation maritale, leur statut vis-à-vis de l'emploi et la taille de l'agglomération où elles résident, l'essentiel des relations décrites ci-dessus persiste et l'amplitude des associations est forte. Ainsi, comparé aux femmes n'ayant subi aucune violence au cours des 12 derniers mois, les odds ratios d'une détresse psychologique élevée associée à un épisode de violences physiques est de 3,0 (intervalle de confiance à 95 % = 2,1 - 4,4) et à plusieurs épisodes de violences physiques de 6,4 (4,4 - 9,1) ; celui associé aux violences sexuelles est de 3,4 (2,1 - 5,5). Pour les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, ces odds ratios sont respectivement de 13,2 (4,4 - 39,8) pour un épisode de violences physiques, de 19,3 (7,1 - 52,8) pour plusieurs

violences physiques et de 26,4 (7,5 - 93,4) pour les violences sexuelles.

Les femmes qui avaient subi des violences durant l'enfance ont un moins bon état de santé déclaré que les autres (tableau 2). Le cumul avec les violences à l'âge adulte conduit à un mal être très fréquent : ainsi la moitié des femmes qui ont subi à la fois des sévices dans l'enfance et des violences physiques ou sexuelles dans l'année écoulée ont un niveau de détresse psychologique élevé au lieu de 10 % des femmes n'ayant subi aucune de ces violences. Dans ces mêmes situations les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois sont de 8 % au lieu de 0,2 %.

Tableau 2

Santé selon les violences des 12 derniers mois et selon les violences antérieures, Enveff, 2000

	Détresse psychologique élevée* (%)		Tentative de suicide dans les 12 derniers mois (%)	
	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois non	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois oui	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois non	Violences physiques ou sexuelles dans les 12 derniers mois oui
Sévices ou coups répétés dans l'enfance				
Non	10,0	29,1	0,2	2,6
Oui	24,8	50,5	1,7	8,4
Violences sexuelles avant les 12 mois				
Non	9,3	28,6	0,2	3,6
Oui	21,5	45,9	0,6	3,0

* GHQ-12 items supérieur à 5

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cet échantillon est représentatif des femmes, de 20 à 59 ans, vivant en ménage ordinaire (au sens de l'Insee) et muni d'un téléphone fixe. Les femmes vivant en collectivité (hôpital, prison, communauté) n'ont pas été contactées ainsi que les femmes seulement équipées d'un téléphone portable, ce qui pouvait concerner une petite part des plus jeunes.

Néanmoins, ces données nationales, collectées en 2000, permettent de décrire à quel point l'expérience des violences, telle que les femmes en témoignent dans une enquête de ce type, est associée à un état de santé détérioré, notamment sur le plan de la santé psychique. Ces résultats rejoignent ceux des autres études menées ailleurs sur le même sujet [7,8]. Il est indispensable d'en prendre toute la mesure, tant au niveau individuel qu'en termes de population, pour permettre aux professionnels de santé d'intégrer dans leur pratique le rôle déterminant des violences sur la santé des femmes. Aujourd'hui, ces derniers se trouvent souvent démunis face à ces situations par manque de formation et de solutions concrètes pour les femmes. Il est vrai que les violences ne sont pas seulement une question médicale, elles présentent des aspects sociaux et légaux qui dépassent la seule fonction du soignant. Au niveau collectif, les informations issues de cette enquête et de travaux de recherche comparables doivent stimuler la mise en place de lieux d'accueil et d'écoute pour les femmes concernées.

RÉFÉRENCES

- [1] Marx BP. Lessons learned from the last twenty years of sexual violence research. *J Interpers Violence*. 2005 Feb; 20(2):225-30.
- [2] Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *BMJ* 2004; 328(7440): 621-4.
- [3] Jaspard M, Brown E, Condon S, Fougereyrolas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Maillochon F, Saurel-Cubizolles MJ, Schiltz MA. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. Paris, La documentation française, 2003, 320 pages.
- [4] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002.
- [5] Henrion R. (dir.). Les femmes victimes de violences conjugales : le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre délégué à la Santé. Paris, La documentation française, 2001.
- [6] Haut comité de la santé publique. Violences et santé. Rennes, Editions ENSP, janvier 2005.
- [7] Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Soc Sci Med*. 2005 Apr; 60(8):1717-27.
- [8] McHolm AE, MacMillan HL, Jamieson E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *Am J Psychiatry*. 2003 May; 160(5):933-8.

Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?

Nathalie Bajos¹, Caroline Moreau¹, Henri Leridon¹, Michèle Ferrand²

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale, U 569/IFR 69, Institut d'études démographiques, U14 et Paris XI

² Institut de recherche sur les sociétés contemporaines et Institut national d'études démographiques

Cet article a été publié dans *Population et sociétés*, n°407/décembre 2004, Institut national des études démographiques

Le 21 décembre 1974, le Parlement adoptait la loi Veil, promulguée le 17 janvier 1975, autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sous certaines conditions. Le texte imposait un réexamen après 5 ans et, le 31 décembre 1979, le Parlement confirmait la loi de 1974. Fin 1982, le remboursement de l'acte par la sécurité sociale était voté. Plus récemment, la loi du 4 juillet 2001 a assoupli certaines dispositions (voir encadré).

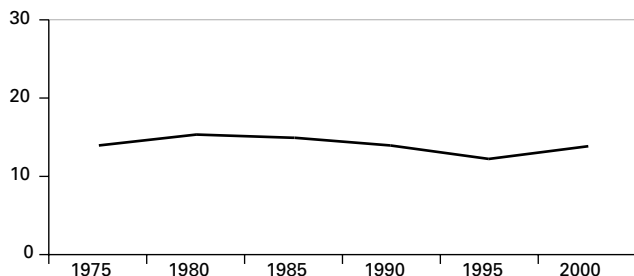
Le vote de 1974 traduisait l'évolution de l'opinion, qui s'était progressivement ralliée à l'idée d'une loi « libérale », la décision étant laissée explicitement à la femme que sa grossesse « plaçait dans une situation de détresse ». L'interruption volontaire de grossesse reste un acte médical particulier en ce qu'il engage des questions éthiques et philosophiques spécifiques : le droit à la vie, le droit de disposer de son corps, la relation à la maternité et au désir d'enfant, les rapports de couple, etc. En contrepartie de la liberté de décision laissée à la femme, la loi a donné la possibilité au médecin – fait exceptionnel – de refuser de pratiquer cet acte.

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 jours avant la loi Veil) conduirait à une diminution progressive du recours à l'avortement. Trente ans après la promulgation de la loi, l'IVG reste pourtant aussi fréquente qu'à la fin des années soixante-dix (figure).

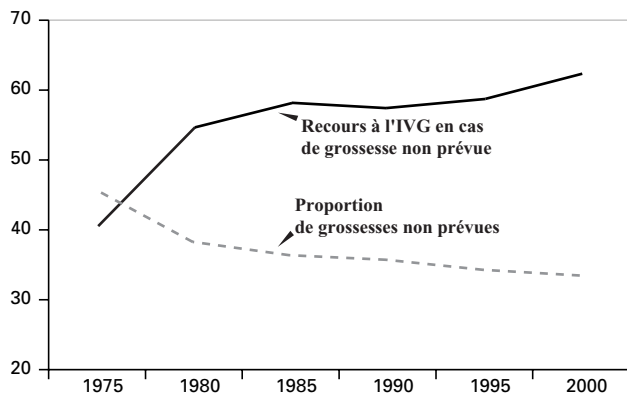
Figure 1

Fréquence du recours à l'IVG et des grossesses non prévues en France

a) Nombre annuel d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans



b) Proportion de grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesses non prévues)



Sources : enquêtes et annuaires Ined, Drees.

Un paradoxe : la contraception a progressé, mais le nombre d'IVG n'a pas baissé

Ainsi, en dépit d'une diffusion massive de la contraception médicale (pilule et stérilet), le recours à l'IVG est resté étonnamment stable depuis 1975 : le taux oscille autour de

14 avortements annuels pour 1 000 femmes de 15 - 49 ans, soit environ 200 000 IVG chaque année 5⁽¹⁾ (figure 1) ; on estime que près de 40 % des femmes y auront recours dans leur vie. Cette stabilité globale semble, toutefois, masquer une hausse des taux chez les moins de 25 ans [1]. Il ne faudrait pas en déduire que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG. Mais la liaison est complexe, le recours à l'IVG étant un processus résultant de la succession de plusieurs événements. Il faut d'abord que la femme ait des rapports sexuels alors qu'elle ne souhaite pas être enceinte, ensuite, qu'elle n'utilise pas de méthode pour éviter une grossesse ou qu'elle connaisse un échec de contraception. Face à une grossesse non prévue, il faut qu'elle choisisse de l'interrompre plutôt que de la poursuivre, et qu'elle accède à temps au système de soins dans le contexte prévu par la loi : terme de la grossesse, lieu de l'intervention, etc. Dans une telle succession d'événements, la stabilité du nombre d'IVG peut traduire soit la stabilité de chacun d'eux, soit des évolutions contraires qui se compenseraient globalement.

Les femmes exposées au risque de grossesse ne sont pas plus nombreuses aujourd'hui que dans les années 1970 : l'âge au premier rapport sexuel n'a que légèrement diminué [2], la fréquence des rapports sexuels est restée stable et la proportion de femmes sans enfant également. Quant aux femmes exposées au risque de grossesse non prévue, elles sont moins nombreuses qu'il y a quelques années en raison d'une plus grande diffusion de la contraception moderne : en 1978, 52 % des femmes « au risque » utilisaient une méthode médicale (pilule ou stérilet) et la proportion est aujourd'hui de 82 % [3]. Il en est résulté une diminution du nombre de grossesses non prévues qui représentaient 46 % des grossesses vers 1975, 36 % quinze ans plus tard, 33 % aujourd'hui⁽²⁾ (figure 1).

Un recours plus fréquent l'IVG en cas de grossesse non prévue

Si l'on considère que l'évolution des conditions d'accès à l'IVG n'a guère eu d'impact sur la demande des femmes, la stabilité des taux d'IVG semble bien alors traduire une hausse de la propension à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue. Alors que 4 grossesses non prévues sur 10 (41 %) se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de 6 sur 10 aujourd'hui (62 %) (figure 1) [3]. La tendance semble particulièrement marquée chez les très jeunes femmes : en dépit d'une baisse significative des conceptions, elles recourent plus souvent à l'IVG depuis une dizaine d'années [4].

Cette modification de l'usage de l'IVG s'inscrit dans un contexte d'évolution du statut des femmes caractérisé notamment par l'essor des taux de scolarité et d'activité féminins. La contraception et, en cas d'échec, le recours à l'IVG ont permis le passage d'un modèle de maternité sous contrainte à celui de maternité choisie, contribuant ainsi à redéfinir la parentalité au féminin, comme au masculin. L'enfant doit aujourd'hui être « programmé » dans un contexte affectif stable et au bon moment de la trajectoire professionnelle des parents. En outre, les grossesses non prévues ne surviennent pas dans les mêmes circonstances qu'auparavant. Les relations sexuelles hors contexte de conjugalité sont plus fréquentes et l'âge à la première maternité plus tardif. Celle-ci survient 9,5 ans en moyenne après les premiers rapports sexuels, contre 5,5 ans il y a 25 ans. Les couples sont par ailleurs confrontés plus souvent à des phases d'instabilité socio-économique qui touchent plus particulièrement les femmes. Tout se passe comme si la nouvelle norme procréatrice et l'évolution des trajectoires socio-affectives se conjugaient pour augmenter la propension à avorter en cas de grossesse non prévue. Celle-ci annule

⁽¹⁾ La France se situe à un niveau moyen en Europe, derrière les pays scandinaves et de l'Europe de l'Est, mais devant les pays d'Europe de l'Ouest, en particulier les Pays-Bas où le taux annuel est de 7 pour mille.

⁽²⁾ L'utilisation massive du préservatif (souvent sans pilule) en début de vie sexuelle pourrait, cependant, entraîner davantage d'échecs dans les premiers mois d'utilisation [5]

statistiquement l'effet de la hausse de l'utilisation de la contraception moderne, qui a entraîné une diminution du nombre de grossesses accidentelles.

Y-a-t-il des femmes à risque ou des situations à risque d'IVG ?

Les informations enregistrées dans le bulletin d'IVG⁽³⁾ permettent de dresser un profil socio démographique succinct des femmes recourant à l'IVG [1]. Le taux de recours à l'IVG augmente d'abord avec l'âge de la femme pour atteindre un maximum à 20 - 24 ans (27,4 p. 1 000) et il décroît ensuite. Toutes les catégories sociales sont concernées. Quant aux femmes (assez peu nombreuses) recourant de façon répétée à l'IVG, elles semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières [6].

Tableau 1

Situation contraceptive des femmes au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG (vers 1998)

Situation contraceptive	%
Pas de contraception	28,1
Pilule	23,1
Stérilet	7,0
Préservatif	19,3
Méthode naturelle	19,1
Autre méthode	3,4
Total	100,0

Source : Enquête Cocon 2000

Note : l'enquête Cocon a été réalisée avec le soutien de l'Inserm, l'Ined et la laboratoire Wyeth-Lederlé.

Au moment où est survenue la grossesse non prévue donnant lieu à une IVG, 28 % des femmes n'utilisaient aucune méthode de contraception, 22 % une méthode naturelle, 19 % le préservatif (tableau 1). Mais l'échec peut survenir même en cas d'utilisation d'une méthode réputée efficace : 23 % des femmes prenaient la pilule, l'échec étant alors six fois sur dix attribué à un oubli de prendre les comprimés.

Les raisons à l'origine des échecs sont variées [3,5]. Au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception dans certains groupes, et de l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse, ces raisons renvoient à la non reconnaissance sociale de la sexualité de certaines femmes, des jeunes en particulier, qui obère leur entrée dans une démarche contraceptive. Les échecs viennent aussi de ce que la méthode utilisée n'est pas toujours adaptée aux conditions de vie sociale, affective et sexuelle des femmes. La norme contraceptive qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité, relayée par la pilule dès que la relation se stabilise ; la contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est stable, ou supposée telle ; et le stérilet n'est prescrit que lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint [3]. Loin de faiblir, cette norme s'est encore renforcée au cours de la dernière décennie. Mais les logiques sociales gouvernant la vie des femmes ne cadrent pas nécessairement, à un moment donné de leur trajectoire personnelle, avec les impératifs de cette norme. Ainsi la pilule, dont l'efficacité théorique est la plus élevée de tous les moyens contraceptifs (à l'exception de la stérilisation et des implants) n'est pas forcément la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière (il est difficile de se protéger quotidiennement d'un risque que l'on n'encourt pas quotidiennement) ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale. Derrière ce constat, c'est la question de la prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription qui se trouve posée. Une véritable implication des femmes dans le choix de leur contraception permettrait sans doute de réduire l'écart entre l'efficacité théorique d'une méthode et son efficacité pratique.

Soulignons aussi qu'une femme ayant eu recours à l'IVG sur deux avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédant le rapport ayant conduit à l'IVG, ce qui invite à porter une attention particulière aux phases de transitions contraceptives : début, arrêt, suspension. Enfin, le recours à la contraception d'urgence en cas d'échec reste peu fréquent [3] et on ne connaît pas encore l'impact que pourra avoir la diffusion de cette méthode sur le recours à l'IVG.

⁽³⁾ La loi de 1975, toujours en vigueur sur ce point, prévoit qu'un bulletin soit rempli lors de chaque IVG renseignant sur quelques caractéristiques sociodémographiques et médicales.

Une décision tenait compte du contexte affectif et matériel

Quand la grossesse non prévue survient dans le contexte d'une relation affective stable, la femme informe presque toujours son partenaire (97 % des cas), et huit fois sur dix les partenaires sont d'accord sur la décision à prendre. En cas de relation instable ou de rupture, 17 % des partenaires ne sont pas informés ; quand ils le sont, il y a accord dans 56 % des cas et en cas de désaccord, c'est plus souvent la femme qui souhaite l'IVG.

Les logiques sociales qui sous-tendent la décision d'interrompre la grossesse dépendent de la phase du cycle de vie. Ainsi, pour les femmes de moins de 25 ans, l'engagement scolaire est un élément déterminant. Ce constat rejoint les conclusions de nombreux travaux qui montrent que, dans les pays industrialisés, une maternité précoce apparaît comme un frein au déroulement d'une scolarité et donc à une bonne insertion professionnelle ultérieure. A l'inverse, quand les études ne représentent guère un investissement rentable, le choix d'une maternité précoce peut représenter un moyen d'acquiescer un statut et une identité sociale ; il en est de même quand on se réfère au niveau d'études du partenaire. Dans la même logique, l'IVG apparaît comme un moyen de reporter une maternité survenue trop tôt pour les femmes dans une situation professionnelle débutante. A 25 - 34 ans, âge habituel de la maternité, c'est le contexte affectif qui apparaît déterminant ; pour les mères d'au moins deux enfants, l'IVG est clairement le moyen d'éviter une naissance « de trop » ; enfin, chez les femmes de 35 ans et plus, la trajectoire professionnelle semble aussi déterminante que le contexte affectif.

Finalement, la décision d'avorter, loin de correspondre à un comportement « égoïste » qui conduirait la femme à interrompre sa grossesse seulement parce que celle-ci intervient à un moment qui ne lui convient pas, traduit l'attention portée aux conditions d'accueil de l'enfant. Il s'agit donc d'une anticipation par les femmes et les hommes de leur capacité d'engagement dans une parentalité où le contexte relationnel et matériel soit favorable, face aux aléas des parcours de vie.

Une prise en charge sanitaire encore problématique

Pour le corps médical l'interruption volontaire de grossesse est un acte peu gratifiant sur le plan professionnel. Quelle que soit la technique utilisée (chirurgicale et encore plus médicamenteuse), l'acte lui-même est considéré comme sans enjeu scientifique ou technique particulier et il est confié le plus souvent à des médecins ayant un statut professionnel précaire. La difficulté de recrutement des personnels médicaux et paramédicaux dépasse largement la seule diminution du nombre de spécialistes en gynécologie-obstétrique. Elle participe du dysfonctionnement du système de prise en charge des IVG en France, qui a été récemment mis en évidence à partir d'une analyse de l'offre de soins [7]. Les problèmes rencontrés par certaines femmes, liés à l'insuffisance des capacités d'accueil, sont accentués par l'absence d'accompagnement dans leurs démarches : les filières d'accès au système de soins apparaissent parfois trop complexes. Les médecins généralistes sollicités pour une demande d'IVG semblent moins bien informés que les spécialistes sur les procédures à suivre [3]. On ne peut toutefois réduire les problèmes rencontrés par certaines femmes au seul manque d'information des professionnels concernés, car leurs pratiques renvoient aussi à leurs représentations de la légitimité de la demande des femmes [5]. Les femmes sont encore trop souvent confrontées à des propos culpabilisants de la part des professionnels de santé.

Avant le vote de la loi de juillet 2001, plusieurs milliers de femmes devaient chaque année se rendre à l'étranger pour avorter au-delà du délai légal de 12 semaines d'aménorrhée (14 aujourd'hui). Ces femmes ressentaient très fortement la stigmatisation due au fait qu'elles allaient faire dans un autre

LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LOI DU 4 JUILLET 2001

- L'entretien pré-IVG devient facultatif pour les femmes majeures.
- Le délai légal est allongé de 2 semaines (porté à 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée).
- La prescription du RU486 (avortement médicamenteux) par les médecins de ville est autorisée sous conditions.
- L'autorisation parentale pour les mineures n'est plus obligatoire, la présence d'un adulte référent est requise.
- Les médecins libéraux peuvent prescrire une contraception à une mineure sans autorisation parentale.

pays ce qui était interdit dans le leur, alors même que l'IVG y est légalisée, vivant comme une injustice cette situation. Les démarches et les problèmes financiers auxquels certaines étaient confrontées rendaient encore plus difficiles le parcours et le vécu de l'IVG [5]. On ne sait pas encore précisément comment la situation a évolué depuis 2001, mais les réactions de certains professionnels de santé au moment du vote de la loi laissent présager quelques difficultés dans ce domaine. On ignore aussi si la prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville, autorisée depuis juillet 2004, permettra de pallier les difficultés de prise en charge des IVG à l'hôpital.

La légalisation de l'avortement, en France comme dans d'autres pays, a considérablement amélioré les conditions sanitaires de sa prise en charge, entraînant ainsi une réduction spectaculaire des complications graves et des décès : on compte aujourd'hui moins d'un décès par an lié à la pratique d'un avortement en France (0,3 décès pour 100 000 IVG) [8]. Précisons aussi que la légalisation de l'avortement n'a pas eu d'impact démographique. La fécondité française a fortement baissé de 1964 à 1976. Mais depuis 30 ans, le nombre d'enfants souhaité est resté inchangé et les femmes ont toujours autant d'enfants. Bien que la légalisation de l'IVG fasse l'objet d'un très large consensus dans l'opinion, les conditions d'application de certaines dispositions légales demandent toujours à être soutenues. En France, et encore plus fortement dans d'autres pays (aux États-Unis, notamment), certains groupes cherchent à empêcher la pratique d'IVG, ces agissements étant sanctionnés par la loi depuis 1992. Pour ces minorités, les objections

morales au principe de l'IVG sont incontournables et leur objectif reste la remise en cause des lois libérales. Par ailleurs, des réticences existent toujours chez certains médecins, soit sur le principe, soit sur telle ou telle disposition légale. Mais au total, c'est moins une remise en cause du droit à l'IVG que l'on peut craindre qu'une dégradation progressive de sa prise en charge.

RÉFÉRENCES

- [1] Villain A, et Mouquet M-C. Les interruptions volontaires de grossesse en 2002, Études et résultats n° 348, octobre 2004, Drees
- [2] Bozon M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ? Population & sociétés n° 391, juin 2003
- [3] Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête Cocon, Population 2004, 59 (3-4), p. 409-18
- [4] Kafé H, Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? Population & Sociétés n° 361, octobre 2000
- [5] Bajos N, Ferrand M, l'équipe Gine. De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues, Éditions Inserm, collection Santé publique, 2002
- [6] Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives : enquête dans trois centres français, contraception, fertilité, sexualité, 1996, 24(1), p. 72-6
- [7] Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes, février 1999
- [8] Anaes. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, Paris, Anaes, mars 2001

APPEL À COMMUNICATIONS

« Journées de veille sanitaire »

Organisées par l'Institut de veille sanitaire

29-30 novembre 2005, Cité des sciences, Paris

Contexte

Depuis sa création, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a organisé des journées scientifiques dans le but de faire connaître la teneur de ses travaux. Mais la veille sanitaire est l'affaire de tous, et si la loi en confie la responsabilité à l'InVS, le champ est universel et les opérateurs multiples. De plus, les résultats doivent être connus de tous ceux qui ont besoin, les décideurs pour agir, les citoyens pour être informés, mieux prendre en compte et participer à l'élaboration des politiques de santé.

Objectifs et public cible

Dans ce contexte, l'InVS a souhaité élargir le champ de ses journées scientifiques et mettre en place les « Journées de veille sanitaire ».

Ces journées se proposent d'être un lieu privilégié d'échanges entre les différents acteurs de la veille sanitaire (professionnels de santé publique, professionnels de soins, chercheurs, décideurs, citoyens) et de mettre en lumière l'importance des collaborations.

Pour atteindre cet objectif, ces journées seront organisées autour de sessions plénières, de sessions parallèles thématiques et de présentations affichées.

Thèmes

Aucun thème relatif à la veille sanitaire et à l'épidémiologie d'intervention n'est exclu. Cependant, quatre grands axes seront privilégiés :

Veille sanitaire et utilisation de systèmes d'information

Quelle utilisation peut-on faire des données recueillies par des systèmes d'information dont l'objectif premier n'est pas orienté vers la surveillance ou l'alerte ?

Veille sanitaire et recherche

Comment la recherche et la veille sanitaire s'enrichissent-elles mutuellement pour aboutir à la mise en place de nouveaux systèmes de surveillance et à l'identification de nouveaux facteurs de risque ?

Veille sanitaire et place des citoyens

Quel rôle les citoyens revendiquent-ils ? Quel rôle leur accorde-t-on ?

Veille sanitaire et dimension internationale

Quelles coopérations faut-il mettre en œuvre pour construire des réseaux européens et internationaux de surveillance et d'alerte ?

Informations générales

Journées de veille sanitaire

Dates : **mardi 29 novembre 2005** de 9 h à 18 h

mercredi 30 novembre 2005 de 9 h à 18 h

Lieu : Cité des sciences, Paris

Organisateur : Institut de veille sanitaire

Comment proposer une communication ?

Les participants désirant présenter une communication sont invités à soumettre un résumé au comité des journées. Celui-ci ne doit pas dépasser 400 mots, il doit être dactylographié avec double interlignage et doit :

- > comporter le titre de la communication en lettres minuscules ;
- > suivre le plan IMRD : introduction, méthodes, résultats, discussion ;
- > ne pas contenir de graphiques, tableaux, abréviations, figures, références bibliographiques ;
- > contenir le nom, le prénom des auteurs, l'organisme auquel ils appartiennent ;
- > mentionner l'adresse complète de l'auteur correspondant (numéro de téléphone, adresse électronique, etc.) ;

Les auteurs doivent également mentionner sous quel thème ils souhaitent que leur communication soit présentée et leur préférence pour une présentation orale ou affichée.

Les résumés doivent être envoyés par courriel à :

appelcommunicationJS2005@invs.sante.fr au plus tard le 30 avril 2005.

Les auteurs recevront :

- > un accusé de réception de leur résumé ;
- > la décision du Comité des journées fin mai 2005.

Évaluation des résumés

Tous les résumés seront évalués par un comité de pairs qui jugera la pertinence du thème, la qualité scientifique et la clarté du texte. L'auteur principal recevra une réponse quant à l'acceptabilité du résumé et le mode de présentation retenu (orale ou affichée).

Les résumés sélectionnés pour communication (orale ou affichée) feront l'objet d'une publication distribuée aux participants lors des journées.