



HAL
open science

Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977)

Marie-Laurence Lamy, Alain Jourdain, Jean-Marc Levaillant

► To cite this version:

Marie-Laurence Lamy, Alain Jourdain, Jean-Marc Levaillant. Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977). Population (édition française), 1980, 35 (3), pp.565-579. hal-04024242

HAL Id: hal-04024242

<https://ehesp.hal.science/hal-04024242>

Submitted on 30 May 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977)

Marie-Laurence Lamy, Alain Jourdain, Jean-Marc Levailant

Citer ce document / Cite this document :

Lamy Marie-Laurence, Jourdain Alain, Levailant Jean-Marc. Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977). In: Population, 35^e année, n°3, 1980. pp. 565-579;

doi : 10.2307/1532398

https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1980_num_35_3_18236

Fichier pdf généré le 25/04/2018

Resumen

Lamy Marie-Laurence, Jourdain Alain y Levaillant Jean-Marc. — Aspectos médico-sociales del aborto. Dos encuestas comparativas en Bretagne y en Créteil (1975-1977). Este estudio presenta algunos resultados de una encuesta comparativa efectuada a partir de datos recolectados en nueve establecimientos hospitalarios situados en el Oeste de Francia y en el Centro Hospitalario de Créteil. Se interrogó a mujeres que solicitaban una interrupción voluntaria de su embarazo. Aproximadamente el 40 % de las mujeres interrogadas utilizaban un moderno método de contracepción (píldora o dispositivo intrauterino) en el momento de la concepción o habían interrumpido su uso (casi siempre por consejo o con el acuerdo de su médico). En la región de Créteil, 40 % de las mujeres interrogadas declararon no haber utilizado jamás un método anticonceptivo, contra un 8 % en el Oeste; pero en esta última región eran declarados con mucha frecuencia métodos pocos eficaces (retiro, Ogino). Después de la intervención, se prescribe sistemáticamente algún método anticonceptivo. En el Oeste la píldora es prescrita a un 93 % de las mujeres, mientras que en Créteil el método más recomendado es el dispositivo intrauterino a un 52 % de las mujeres, seguido por la píldora (34 %). Más del 50 % de las mujeres tuvieron un control en el hospital por lo menos una vez, dos o tres semanas después de la intervención.

Abstract

Lamy Marie-Laurence, Jourdain Alain and Levaillant Jean-Marc. — Social and Medical Aspects of Abortion. Two Enquiries in Brittany and Créteil (1975-1977). In this study, some results from a comparative survey on women requesting an abortion carried out in 9 hospitals in West France and the Créteil university hospital complex are presented. Nearly 40 % of the women used a modern contraceptive (pill or I.U.D.) at the time of conception or had just ceased using it (often on the advice or with the agreement of their physician). In Créteil, 40 % of the women stated that they had never used any method, compared with 8 % in the West; but in this region inefficient methods of contraception (withdrawal, rhythm) were very common. After the abortion, contraceptives were prescribed systematically. In the West, the pill was prescribed for 93 % of the women, whereas in Créteil the I.U.D. was the most popular with 52 % (34 % were prescribed the pill). Over 50 % of the women were re-examined at least once at the hospital 2 to 3 weeks after the abortion.

Résumé

Lamy Marie-Laurence, Jourdain Alain et Levaillant Jean-Marc. — Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977). Cette étude présente quelques résultats d'une étude comparative effectuée à partir des données collectées dans 9 établissements hospitaliers de l'Ouest de la France et au CHU de Créteil, auprès de femmes faisant une demande d'IVG. Près de 40 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contracepción (pilule ou stérilet) au moment de la conception, ou venaient de l'interrompre (souvent sur l'avis, ou avec l'accord de leur médecin). A Créteil, 40 % des femmes ont déclaré n'avoir jamais utilisé de méthode, contre 8 % dans l'Ouest; mais dans cette région les méthodes peu efficaces (retrait, Ogino) étaient très fréquentes. Après l'intervention, la prescription contraceptive est systématique. Dans l'Ouest, la pilule est prescrite à 93 % des femmes, tandis qu'à Créteil c'est le stérilet qui domine avec 52 % (et 34 % pour la pilule). Plus de 50 % des femmes ont été revues au moins une fois à l'hôpital 2 à 3 semaines après l'intervention.

de Créteil ⁽⁵⁾. La répartition par âge est proche de celle des femmes avortées en 1976 dans l'ensemble de la France ⁽⁶⁾, mais on relève, en Bretagne, davantage de femmes de cadres moyens, d'artisans et de commerçants (cf. annexe).

1. Les différents établissements.

Deux types d'établissements semblent se dégager : — Les établissements dans lesquels le chef de service de gynécologie-obstétrique dirige personnellement l'organisation des avortements qui sont réalisés au sein de son service; c'est le cas des établissements de Dinan, Lorient, Morlaix pour la zone Ouest. et de Créteil pour la Région parisienne.

— Les établissements fonctionnant grâce à un groupe de médecins vacataires venus réaliser les interventions dans un local généralement éloigné du service de gynécologie. Il s'agit des établissements de Redon, Nantes, Rennes et Vannes; ce dernier centre, tout en étant un cas particulier, est plus proche de ce type.

2. Remboursement de l'intervention.

Les frais de soins et d'hospitalisation afférant à l'intervention doivent être pris en charge par les femmes. Le décret du 13 mai 1975 donne toutefois la possibilité aux personnes matériellement défavorisées ou désirant garder le secret vis-à-vis de leur entourage de bénéficier d'une assistance médicale. Ainsi dans les établissements de l'Ouest, 9 % des interventions ont donné lieu à une prise en charge totale ou partielle, avec des variations d'un établissement à l'autre, puisque les niveaux extrêmes se situent entre 3 et 33 % des demandes. A l'hôpital de Créteil, 23 % des interventions ont donné lieu à une telle assistance (tableau 1).

3. Mode d'orientation vers l'établissement.

Dans l'Ouest, 65 % des consultantes sont envoyées par leur médecin traitant; 9 % visitent en premier un autre médecin, 10 % viennent directement au centre et 6 % sont envoyées par le Mouvement français pour le planning. Cette hiérarchie des circuits varie peu d'un centre à l'autre de cette zone. A Créteil, au contraire, le comportement

⁽⁵⁾ Quelques différences entre les deux zones d'étude : statut économique plus élevé, taux d'activité plus fort, moins d'étrangères, plus de mariées, chez les femmes observées dans les établissements de l'Ouest.

⁽⁶⁾ Cf. Chantal Blayo. « Les interruptions volontaires de grossesse en France en 1976 ». *Population*, 2, 1979, 307-342.

TABLEAU 1. — ASSISTANCE FINANCIÈRE ET MODE D'ORIENTATION.

Acquittement des frais de l'intervention			Mode d'orientation de la femme vers le centre d'interruption		
	Ouest N = 4.800	Créteil N = 477		Ouest N = 5.440	Créteil(1) N = 1267
	%	%		%	%
Pas d'assistance	90,7	77,0	Par elle-même	11,6	68,4
Assistance totale	6,8	15,9	Par médecin	74,7	26,6
Assistance partielle	2,5	5,0	Par assistance sociale	1,4	1,7
Autre	0,0	2,1	M.F.P.F.	6,5	3,3
Total	100,0	100,0	Autre	5,8	
			Total	100,0	100,0

(1) Y compris les demandes rejetées.

le plus répandu (7 fois sur 10) est d'arriver à l'hôpital en première consultation, sans être passé auparavant par un médecin ou une autre filière. A noter que dans ce même établissement, 75 % des femmes arrivent seules à la consultation (tableau 1).

4. *Champ d'attraction des établissements.*

Dans l'Ouest, l'attraction des établissements va bien au-delà de leur zone habituelle d'activité, puisque 51 % de la clientèle provient d'une commune autre que celle de l'établissement, commune appartenant cependant presque toujours au même département. Attraction encore plus « forte » pour le centre de Créteil qui pratique 93 % des avortements sur des femmes résidant en dehors de la commune : celles-ci pour la moitié viennent du même département, et pour l'autre moitié d'un autre département ⁽⁷⁾ (tableau 2).

TABLEAU 2. — LIEU DE RÉSIDENCE DES CONSULTANTES.

	Ouest N = 5609	Créteil N = 634
	%	%
Même commune que celle du centre	49,4	7,1
Autre commune dans le département	48,0	47,6
Autre commune hors du département	2,6	45,3
Total	100,0	100,0

⁽⁷⁾ Depuis 1978, une sectorisation plus précise a été développée, et la proportion des femmes habitant Créteil dépasse 20 %.

5. Méthode contraceptive utilisée lors de la conception non désirée.

Il apparaît des différences de comportement contraceptif entre les deux zones d'observation (tableau 3). Dans les Centres de l'Ouest, la pratique très courante des méthodes traditionnelles ou peu sûres (retrait, Ogino, température, préservatifs, gelée, ovules) est plus souvent à l'origine des grossesses non désirées (45 % des cas) qu'au centre de Créteil (14 %). Dans ce dernier centre, c'est bien davantage la non-utilisation d'une méthode jusqu'au jour de la grossesse qui prévaut : 41 % des cas, pour 8 % dans l'Ouest. Toutefois, dans les deux zones, et à Créteil en particulier, l'arrêt (momentané ou non) de la pilule est la seconde des causes de grossesse (35 % à Créteil et 20 % à l'Ouest ⁽⁸⁾).

TABLEAU 3. — MÉTHODE CONTRACEPTIVE UTILISÉE AU MOMENT DE LA CONCEPTION, ET RAISON DE L'ABSENCE DE CONTRACEPTION.

	Méthode utilisée au moment de la conception						
	Ouest N = 5433 %	Créteil (b) N = 1225 %	Age				
			Moins de 20 ans N = 206	20-24 ans N = 307	25-29 ans N = 299	30-34 ans N = 195	35 ans et + N = 179
Pilule	17,8(a)	2,0	0,5	2,9	2,1	2,0	1,7
Stérilet	2,6	1,9	1,0	1,3	3,4	2,0	1,1
Diaphragme	0,5	0,6	0,0	0,7	0,0	0,5	2,2
Préservatif	5,4	3,7	1,9	2,3	4,0	3,1	8,4
Gelée-ovules	2,1	2,0	1,5	1,0	3,3	3,1	1,1
Retrait	23,9	6,3	4,3	4,9	5,0	7,7	11,2
Ogino, températures	13,5	2,9	0,5	2,9	2,3	3,1	6,7
Pas de méthode	34,2	80,6	90,3	84,0	79,9	78,5	67,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Pourquoi la femme n'utilisait-elle pas de méthode ?</i>							
Arrêt pilule	16,1 (a)	34,6	23,3	41,0	40,8	44,6	30,2
Retrait stérilet	1,0	1,5					
Jamais utilisé méthode	8,0	40,9	61,7	40,7	34,8	31,3	35,2
Sur le point d'utiliser une méthode	3,0	3,3	5,3	2,3	4,3	2,6	2,2
Autres	6,1	0,3					
Total	34,2	80,6	90,3	84,0	79,9	78,5	67,6
<p>(a) Il faut retenir plutôt les résultats du second semestre 1977 : une meilleure information du personnel chargé de remplir les dossiers montre en effet que les grossesses qui ont eu lieu pendant l'utilisation de la pilule ne sont en réalité que 11 % de l'ensemble contre 20 % provenant de l'arrêt de pilule juste avant la grossesse.</p> <p>(b) Ensemble des demandes d'IVG.</p>							

(8) Pour les centres de l'Ouest, nous retenons ici un pourcentage calculé ultérieurement, voir note a du tableau 3.

Les échecs associés à la pilule sont à étudier tout particulièrement. L'échec peut survenir (11 % à l'Ouest ⁽⁸⁾ et 2 % à Créteil) lorsque la femme utilise effectivement la méthode ou affirme l'utiliser, mais il survient le plus souvent juste après l'arrêt de la méthode. Les utilisatrices ou ex-utilisatrices de pilule représentent plus de 30 % des demandes d'avortement.

L'arrêt d'utilisation de la pilule, dans l'Ouest, intervient à la demande de la femme dans 53 % des cas, mais aussi sur avis du médecin qui juge nécessaire de relancer l'ovulation (dans 10 % des cas) ou qui arrête la méthode en raison d'une mauvaise tolérance (effets secondaires) (27 % des cas). 37 % des arrêts de pilule sont donc conseillés par les médecins, ce qui représente 7 % de l'ensemble des demandes d'interruption de grossesse, résultat semblable à celui qui a été observé dans d'autres centres de Paris et de la Région parisienne ⁽⁹⁾.

La contraception pratiquée au moment de la conception non désirée est différente suivant l'âge de la femme. Souvent totalement absente chez les plus jeunes, la contraception serait plutôt défailante aux âges plus élevés.

Ainsi à Créteil ⁽¹⁰⁾, jusqu'à 20 ans, il s'agit dans 6 cas sur 10 de jeunes filles qui n'ont jamais eu recours à la contraception. Au-delà de cet âge, bien qu'encore au moins 3 femmes sur 10 déclarent n'avoir jamais pratiqué la contraception, il s'agit davantage d'un échec de contraception qui fait suite, jusqu'à 35 ans, dans 4 cas sur 10, à l'interruption d'une contraception « sûre » (pilule en général) et dans 2 cas sur 10 à la pratique d'une des méthodes moins sûres évoquée ci-dessus. Au-delà de 35 ans l'échec peut être attribué au moins aussi souvent à l'interruption d'une méthode de contraception « sûre » qu'à la pratique d'une méthode moins sûre (respectivement 3 cas sur 10). Dans l'ensemble ces données sont confirmées par le dépouillement de 11 000 dossiers centralisés à l'Ecole nationale de la Santé publique de Rennes ⁽¹¹⁾.

6. Contraception post-opératoire. La loi stipule que « tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances ».

Ici encore, on observe des différences entre nos deux zones d'étude (tableau 4). Dans les établissements de l'Ouest, les contraceptifs oraux sont prescrits immédiatement après l'intervention dans 93 % des cas.

⁽⁹⁾ Cf. E. Zucker et G. Maruani, op. cit.

⁽¹⁰⁾ Ensemble des femmes qui demandent l'avortement.

⁽¹¹⁾ 77 % des mineures n'ont jamais utilisé de contraception, 69 % des femmes âgées de 18 et 19 ans contre respectivement 36 et 33 % dans les groupes d'âges 20-29 ans et 30-39 ans.

TABLEAU 4. — MÉTHODE CONTRACEPTIVE PRESCRITE APRÈS L'INTERVENTION SELON L'ÂGE.

	Méthode prescrite						
	Pilule	Stérilet	Stérilisation féminine	Injections	Autres	Total	
Ouest N = 3176 %	93,3	3,0	1,0	0,0	2,7	100,0	
Créteil N = 607 %	33,7(a))	52,4	4,9	6,4	2,6	100,0	
Méthode prescrite selon l'âge							
Age de la femme	Pilule		Stérilet		Autre		Total Ouest Créteil
	Ouest	Créteil	Ouest	Créteil(b)	Ouest	Créteil	
Moins de 20 ans %	98,3	16,5	1,0	74,5	0,7	9,0	100,0
20-24 ans %	95,8	34,3	2,8	59,1	1,4	6,6	100,0
25-29 ans %	95,7	31,8	2,6	53,8	1,7	14,4	100,0
30-34 ans %	91,9	30,1	4,3	55,9	3,8	14,0	100,0
35-39 ans %	86,9	34,5	4,9	37,9	8,2	27,6	100,0
40-44 ans %	86,8		2,2		11,0		100,0
45-49 ans %	85,7		7,1		7,2		100,0
(a) Dont 4,5 % avant la pose d'un stérilet.							
(b) Y compris les 4,5 % de stérilets qui seront posés ultérieurement.							

A Créteil, c'est le stérilet qui est prescrit le plus souvent (dans 52 % des cas), et il est posé le jour même de l'intervention; la pilule y est prescrite dans 34 % des cas, dont 4 % comme solution temporaire avant la pose d'un stérilet. La prescription de stérilet est encore plus fréquente en 1978, elle touche 77 % des femmes venues avorter.

La stérilisation définitive (ligature des trompes) est pratiquée sur 1 % des femmes dans les établissements de l'Ouest et 5 % à Créteil, où elle est réalisée lors de l'intervention. Dans ce dernier établissement ont été également pratiquées des injections intra-musculaires de dépoprozone (assurant une protection de trois mois environ) dans des cas très précis. Cette méthode a été abandonnée en 1976 en raison de certains inconvénients.

Les prescriptions de contraception varient selon l'âge. Dans les établissements de l'Ouest, la pilule est d'autant plus prescrite que la femme est jeune; ainsi le stérilet n'est qu'exceptionnellement posé chez les jeunes de moins de 20 ans (1 % des cas); à Créteil, tout au contraire, le stérilet est posé surtout chez ces jeunes femmes (74 % des cas), pour qui la contraception orale n'est pas encore considérée comme une contraception sûre.

7. Rang de l'avortement. 6 % des femmes de l'Ouest et 12 % de celles de Créteil déclarent avoir déjà subi au moins une interruption de grossesse par le passé; respectivement 0,7 % et 2 %, déclarent en avoir subi au moins deux ⁽¹²⁾. On peut craindre que ces proportions soient sous-estimées (tableau 5).

TABLEAU 5 — POURCENTAGE DE FEMMES AYANT DÉJÀ EU DES AVORTEMENTS PROVOQUÉS.

Nombre d'avortements	Ouest N = 471	Créteil N = 165
	%	%
1	5,20	8,4
2	0,70	2,3
3	0,08	} 1,6
4 et plus	0,08	
Total	6,06	12,3

8. Raisons conduisant à recourir à l'avortement. Au cours de la rédaction du dossier médical utilisé pour cette étude, il a semblé nécessaire de définir une liste de rubriques (tableau 6) permettant de coder les raisons qui ont conduit les femmes à demander une interruption de grossesse. Ces raisons sont relevées au cours de l'entretien préliminaire qu'elles ont eu avec une assistante sociale ou un psychologue.

L'interprétation de ces résultats doit donc tenir compte de la situation d'entretien, des choix arbitraires effectués à la fois au moment de la rédaction de cette rubrique et au moment où le « conseiller » choisit la raison qui lui paraît la plus significative dans le discours de la femme. Nous ne cherchons donc pas, ici, à déterminer les raisons profondes qui ont conduit à l'avortement, mais espérons identifier les stéréotypes sociaux les plus couramment évoqués.

Les raisons les plus rares, en Bretagne comme à Créteil, sont des raisons eugéniques, psychiques, ainsi que des raisons de viol et d'inceste. Les plus souvent invoquées (plus de 8 fois sur 10) sont les raisons somatiques, économiques et celles qui sont liées au couple, avec une prédominance des raisons somatiques à l'Ouest (44 % des cas) ⁽¹³⁾

⁽¹²⁾ Au niveau national, on observe 7,4 % des femmes qui ont eu au moins un avortement antérieur, et 3,4 % qui déclarent une grossesse antérieure sans en préciser la nature. Cf. C. Blayo, op. cit.

⁽¹³⁾ Probablement en raison du moindre nombre de séparées et divorcées dans cet échantillon.

TABLEAU 6. — MOTIF PRÉSENTÉ POUR EXPLIQUER LA DEMANDE D'AVORTEMENT.

	Ouest N = 4486 %	Créteil N = 627 %	Paris, région parisienne N = 600 (a) %
— Raisons somatiques, peur pour la santé de la femme : nombre d'enfants trop élevé, grossesses trop rapprochées, femme trop âgée	44,5	24,7	26
— Raisons eugéniques : peur d'une malformation si l'enfant naissait	2,4	1,0	2
— Raisons psychiques : peur de la grossesse sans autre motif	2,2	7,3	5
— Raisons économiques : problèmes de logement, chômage, revenus insuffisants, etc.	20,8	26,0	18
— Causes liées au couple : étudiante, femme seule, mère célibataire, refus de mariage, couple désuni, pression des parents	28,6	34,1	42
— Causes liées au géniteur : viol, inceste, grossesse adultérine	0,6	4,8	7
— Refus de donner des raisons	0,9	0,0	
— Autres	0,0	2,1	
	100,0	100,0	100

(a) Source : E. Zucker et Maruani, op. cit.

et les raisons liées au couple à Créteil et dans les neuf autres centres de Paris et la Région parisienne (34 et 42 % des cas). Pour ces trois dernières raisons, le mode de classement comporte trois pôles différents :

— raisons somatiques : où apparaît la notion de risque biologique;

— raisons liées au couple : la rationalisation porte cette fois-ci sur l'absence d'une union stable, présentée comme condition nécessaire à la venue d'un enfant;

— raisons économiques : dans ce cas, la notion de niveau de vie apparaît comme essentielle, une nouvelle grossesse mettant en péril l'équilibre de la famille ou de la femme.

Les raisons citées varient sensiblement selon l'âge de la femme et sa situation matrimoniale. Nous pouvons distinguer les trois groupes suivants :

— les femmes n'ayant aucun enfant, représentent 30 % de l'ensemble dans les deux zones et sont essentiellement des femmes jeunes

et des célibataires. Les raisons invoquées le plus souvent sont liées au couple : 62 % dans les centres de l'Ouest et 51 % à Créteil, ou bien sont d'ordre économique (28 % et 15 %);

— les femmes ayant deux enfants ou plus (groupe le plus nombreux : 54 % dans l'Ouest et 47 % à Créteil), ce qui se justifie par la part importante de ce groupe de femmes dans la population. Ces femmes sont plus âgées, et généralement mariées. Les raisons invoquées sont le plus souvent d'ordre somatique (63 % et 43 %), puis économique (17 % et 29 %), et enfin liées au couple (13 % et 16 %);

— et enfin, les mères d'un enfant représentent 16 et 23 % de l'ensemble des demandes à l'Ouest et à Créteil. Ces femmes sont âgées de 20-29 ans et sont mariées. La hiérarchie des raisons n'est pas la même dans les deux zones : dans les centres de l'Ouest, ce sont les causes somatiques qui prévalent (40 %) à cause essentiellement d'une naissance précédente trop rapprochée, puis économiques et liées au couple (25 et 24 %); à Créteil, au contraire, ce sont d'abord des raisons économiques (45 %) suivies des raisons liées au couple et des raisons somatiques (22 et 19 %).

9. Aspects médicaux et intervention.

Le protocole opératoire varie selon les centres : les centres dirigés par un collège de médecins vacataires utilisent un protocole plus léger et pratiquent moins souvent l'anesthésie; on y trouve, alors, davantage de femmes se plaignant d'avoir ressenti des douleurs. Inversement, les centres intégrés à un service de gynécologie-obstétrique ont recours plus souvent à l'anesthésie et peuvent pratiquer des interventions jusqu'aux 12 semaines d'aménorrhée autorisées par la loi ⁽¹⁴⁾; cette situation, liée aux conditions locales également, a pour conséquence une moindre fréquence de femmes se plaignant de douleurs (tableaux 7 et 8).

Pour l'ensemble des centres observés dans l'Ouest, 81 % des femmes ont reçu une prémédication, 70 % n'ont eu aucune anesthésie, et 44 % ont déclaré avoir ressenti des douleurs au cours de l'intervention. Quant au centre de Créteil, 87 % des interventions ont été faites sous anesthésie générale, plutôt sous dilatation en employant des vacuettes souples de petit diamètre; l'intervention s'est pratiquée en moyenne à 8 semaines d'aménorrhée et n'a pas nécessité, en règle générale, une hospitalisation de plus de 12 heures. En 1976, au niveau national, l'anesthésie, qui est le plus souvent générale, était pratiquée dans 68 % des cas ⁽¹⁵⁾.

⁽¹⁴⁾ Soit 10 semaines en durée « vraie », durée calculée à partir de la date présumée de la conception.

⁽¹⁵⁾ Cf. C. Blayo, op. cit.

TABLEAU 7. — CONDITIONS MÉDICALES DE L'INTERVENTION (en %).

Etablissements								
	Redon	Rennes	Nantes	Vannes	Dinan	Lorient	Morlaix	Créteil
<i>Anesthésie</i>								
Générale	0,0	0,8	0,5	77,6	33,1	98,0	25,0	87,3
Locale	0,0	28,2	7,6	0,8	66,9	2,0	0,0	12,7
Pas d'anesthésie	100,0	71,0	91,9	21,6	0,0	0,0	75,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Douleurs pendant l'intervention</i> (réponses recueillies 3 semaines après intervention)								
	64,0	59,0	62,0	9,8	28,2	3,1		
<i>Durée d'aménorrhée au moment de la demande</i>								
5 semaines	1,3	0,3	0,4	0,4	3,2	1,7	—	4,0
6	3,9	3,1	2,4	3,6	5,5	0,9	1,0	10,3
7	17,1	12,4	9,3	22,6	23,4	7,0	26,0	24,1
8	25,1	37,3	16,6	23,8	24,2	29,5	31,0	27,2
9	26,3	34,8	32,3	21,8	20,3	23,5	24,0	18,6
10	22,4	11,4	37,1	13,5	15,6	22,6	12,0	8,3
11 et + (~ 12)	3,9	0,7	1,9	14,3	7,8	14,8	6,0	7,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Durée moyenne	8,81	8,40	8,98	7,20	8,39	9,15	8,44	7,81
Anesthésie			Aspiration			Vacurette		
	Ouest N=5 142	Créteil N=614		Ouest N=5 199	Créteil N=600		Ouest N=5 112	Créteil N=589
Générale	14,9	87,3	Sans dilatation Avec dilatation Révision curette	35,2	57,2	Souple Rigide Autre	60,4	65,4
Locale	15,4	12,7		64,7	42,0		39,2	32,8
Pas d'anesthésie	69,7	0,0		0,1	0,8		0,4	1,8
Total	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0
Hystérométrie			Volume aspiré					
	Ouest N=2 214	Créteil N=218		Ouest N=5 010	Créteil N=301			
≤ 7 cm	2,7	3,7	Moins 30 cc 30 à 49 cc 50 à 99 cc 100 à 199 cc plus de 200 cc					
8 cm	7,5	6,9		7,3	—			
9 cm	16,7	15,1		20,3	7,6			
10 cm	26,0	24,4		42,0	30,2			
11 cm	20,1	18,3		26,5	38,9			
12 cm	14,0	16,5	3,9	23,3				
13 cm et +	13,1	15,1						
Total	100,0	100,0	Total	100,0	100,0			

10. Visite des consultantes après l'intervention.

Dans certains des centres, un rendez-vous a été proposé à la femme dans le mois suivant l'intervention. Au total, 53 % des femmes des centres de l'Ouest sont revenues consulter au moins une fois, deux à trois semaines après avoir subi l'avortement. Cette proportion est très variable selon les centres (2 à 83 %).

A Créteil, où toutes les femmes ont été convoquées au titre de la surveillance des suites de l'intervention et de la contraception, un peu plus de la moitié sont revenues (51 % en 1975, 60 % en 1976). En deuxième revisite, elles n'étaient plus que 24 %. Alors que le taux de retour ne diffère guère selon la méthode prescrite pour la première consultation, par la suite, les femmes ayant reçu un stérilet reviennent plus souvent (30 %) que celles à qui la pilule a été prescrite (16 %).

Ce faible taux de retour peut paraître décevant, mais des conclusions d'une enquête nationale effectuée en 1978 par l'INED ⁽¹⁶⁾ auprès d'un échantillon représentatif de femmes âgées de 20-44 ans, il ressort clairement que les femmes préfèrent être suivies par leur médecin habituel, même lorsque la première prescription contraceptive a été faite à l'hôpital, à l'occasion d'un accouchement ou d'un avortement.

Par ailleurs, dans une enquête menée quelque temps après l'intervention auprès de la clientèle de Créteil ⁽¹⁷⁾, il apparaît que les femmes pratiquent encore dans leur majorité (82 %) une contraception; elles sont en général restées fidèles à celle qu'on leur avait prescrite et elles s'en disent presque toujours satisfaites. Notons aussi, que 52 %

TABLEAU 8. — ATTITUDE TROIS SEMAINES APRÈS L'I.V.G.

	Ouest (N = 3 245)
<i>Regrettez-vous d'avoir interrompu votre grossesse ?</i>	%
Oui	4
Non	88
Je n'avais pas le choix	7
N.S.P.	1
Total	100

⁽¹⁶⁾ Parmi les femmes utilisant (ou ayant utilisé) la pilule, 37 % étaient suivies par leur généraliste, 47 % par leur gynécologue, et 4 % seulement dans une consultation hospitalière (et 1 % dans un centre de planning). (Données communiquées par H. Leridon).

⁽¹⁷⁾ Enquête auprès de femmes ayant avorté entre le 15-3-78 et le 15-2-79, soit entre 4 mois et 18 mois après l'avortement; 101 femmes sur 242 femmes ont pu être retrouvées par les enquêteurs. A paraître dans *Contraception, Fertilité, Sexualité*.

des femmes qui viennent d'avorter ignorent toujours la période du cycle au cours de laquelle la femme est susceptible de concevoir.

Dans les centres de l'Ouest, à l'occasion de cette visite, il a été possible de poser aux femmes quelques questions sur le « vécu » de leur intervention. Malgré les limites de ce type d'enquête, les réponses font apparaître que la demande avait été mûrement réfléchie. En effet, les regrets sont peu nombreux après l'intervention (4 %) (tableau 8).

Vue d'ensemble. L'analyse des dossiers coordonnés et exploités par l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes et ceux du Centre de Créteil renseigne sur quelques-uns des aspects sociaux et médicaux de l'avortement.

On observe certaines différences entre la Bretagne et Créteil, en particulier en ce qui concerne l'orientation des femmes vers les centres ou les protocoles opératoires, mais on relève des similitudes dans des domaines importants, comme celui de la contraception pratiquée antérieurement, par exemple; c'est ainsi que près de 40 % des femmes qui ont avorté en Bretagne ou à Créteil avaient déjà utilisé la pilule ou le stérilet mais elles l'utilisaient de façon irrégulière (s'agissant de contraception orale) ou en avaient interrompu l'usage. Pour les femmes qui utilisaient une méthode au moment de la conception, les échecs sont à attribuer le plus souvent à des méthodes peu sûres.

Enfin, signalons l'effort réalisé par de nombreux centres pour revoir les femmes quelques semaines après l'intervention (la fréquence des retours atteint 80 % dans certains centres). Outre l'intérêt médical évident d'une telle consultation, elle peut apporter des informations intéressantes sur le vécu de l'intervention.

Marie-Laurence LAMY, Alain JOURDAIN,
Jean-Marc LEVAILLANT.

ANNEXE. — CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES
FAISANT UNE I.V.G. (en %).

<i>Age</i>	Ouest N = 5 620	Créteil N = 632	France entière 1976 (a) – N = 134 173		
	%	%	%		
Moins de 15 ans	0,0	0,6	0,1		
15-19 ans	11,7	19,5	10,7		
20-24 ans	28,1	22,9	23,8		
25-29 ans	24,7	22,0	22,0		
30-34 ans	16,6	15,5	19,4		
35-39 ans	11,7	11,2	15,5		
40-44 ans	6,3	7,3	7,6		
45 ans et plus	0,9	1,0	0,9		
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>		
Age moyen	27,6	27,0	28,6		
<i>Nationalité</i>	Ouest N = 5 418	Créteil N = 634	France entière 1976 (a) – N = 134 173		
Française	98,2	79,9	90,3		
Etrangère	1,8	20,1	7,7		
Inconnue	–	–	2,0		
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>		
<i>Catégorie socio-professionnelle</i>	C.S.P. de la patiente			C.S.P. du conjoint	
	Ouest N = 5 287	Créteil (b) N = 1 263	France 1976 (a) N=134.173	Ouest N = 4 422	Créteil (b) N = 834
Agriculteurs	4,1	–	1,1	5,7	–
Salariés agricoles	0,1	–	0,2	0,3	–
Patrons, industrie et commerce	5,9	1,9	2,8	18,6	7,6
Prof. lib. et cadres supérieurs	1,3	0,9	1,6	3,7	4,4
Cadres moyens	16,6 (c)	5,6	7,9	16,8	11,4
Employés	19,9 (c)	24,0	22,0	10,4	14,3
Ouvriers	8,3	8,5	10,3	27,9	45,0
Personnels de service	4,6	10,9	10,0	0,9	3,3
Divers	0,2	0,6	0,3	5,6	4,4
Non actives	39,0	47,6	43,8	10,2	9,6
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
Taux d'activité	61,0	52,4	56,2	89,8	90,4

(a) A partir des bulletins statistiques d'I.V.G. de l'année 1976. Cf. C. Blayo, op. cit.

(b) Pour l'ensemble des femmes demandeuses d'I.V.G.

(c) Les rubriques "cadres moyens" et "employés" ont été estimées à partir des résultats de 1978 ; en effet en 1976 la rubrique "cadres moyens" avait été surestimée au dépend de la rubrique "employés", par suite d'un codage imparfait.

ANNEXE (suite). — CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES FEMMES FAISANT UNE I.V.G. (en %).

<i>Etat matrimonial</i>	Ouest N = 5 398	Créteil N = 634	France 1976 (a) N = 134 173
Célibataire	30,8	32,5	} 36,7
Union libre	8,5	9,0	
Mariée	55,7	47,6	} 57,9
Séparée	1,4	5,8	
Divorcée	2,3	4,3	3,5
Veuve	1,0	0,8	0,7
Autres	0,3	—	1,1
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
<i>Nombre d'enfants vivants</i>	Ouest N = 4 883	Créteil N = 640	
0	30,2	30,2	
1	16,3	18,7	
2	25,8	22,8	
3	15,0	11,6	
4 et plus	12,7	16,7	
	<u>100,0</u>	<u>100,0</u>	
<i>Nombre de grossesses antérieures</i>		Créteil N = 1 272(d)	France 1976 (a) N = 134 173
0		27,3	31,4
1		20,2	19,6
2		21,1	21,3
3 ou plus		31,4	27,7
		<u>100,0</u>	<u>100,0</u>
(d) Pour l'ensemble des femmes demandeuses d'I.V.G.			

LAMY Marie-Laurence, JOURDAIN Alain et LEVAILLANT Jean-Marc. — **Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977).**

Cette étude présente quelques résultats d'une étude comparative effectuée à partir des données collectées dans 9 établissements hospitaliers de l'Ouest de la France et au CHU de Créteil, auprès de femmes faisant une demande d'IVG. Près de 40 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception (pilule ou stérilet) au moment de la conception, ou venaient de l'interrompre (souvent sur l'avis, ou avec l'accord de leur médecin). A Créteil, 40 % des femmes ont déclaré n'avoir jamais utilisé de méthode, contre 8 % dans l'Ouest; mais dans cette région les méthodes peu efficaces (retrait, Ogino) étaient très fréquentes.

Après l'intervention, la prescription contraceptive est systématique. Dans l'Ouest, la pilule est prescrite à 93 % des femmes, tandis qu'à Créteil c'est le stérilet qui domine avec 52 % (et 34 % pour la pilule). Plus de 50 % des femmes ont été revues au moins une fois à l'hôpital 2 à 3 semaines après l'intervention.

LAMY Marie-Laurence, JOURDAIN Alain and LEVAILLANT Jean-Marc. — **Social and Medical Aspects of Abortion. Two Enquiries in Brittany and Créteil (1975-1977).**

In this study, some results from a comparative survey on women requesting an abortion carried out in 9 hospitals in West France and the Créteil university hospital complex are presented. Nearly 40 % of the women used a modern contraceptive (pill or I.U.D.) at the time of conception or had just ceased using it (often on the advice or with the agreement of their physician).

In Créteil, 40 % of the women stated that they had never used any method, compared with 8 % in the West; but in this region inefficient methods of contraception (withdrawal, rhythm) were very common.

After the abortion, contraceptives were prescribed systematically. In the West, the pill was prescribed for 93 % of the women, whereas in Créteil the I.U.D. was the most popular with 52 % (34 % were prescribed the pill). Over 50 % of the women were re-examined at least once at the hospital 2 to 3 weeks after the abortion.

LAMY Marie-Laurence, JOURDAIN Alain y LEVAILLANT Jean-Marc. — **Aspectos médico-sociales del aborto. Dos encuestas comparativas en Bretagne y en Créteil (1975-1977).**

Este estudio presenta algunos resultados de una encuesta comparativa efectuada a partir de datos recolectados en nueve establecimientos hospitalarios situados en el Oeste de Francia y en el Centro Hospitalario de Créteil. Se interrogó a mujeres que solicitaban una interrupción voluntaria de su embarazo. Aproximadamente el 40 % de las mujeres interrogadas utilizaban un moderno método de contracepción (píldora o dispositivo intrauterino) en el momento de la concepción o habían interrumpido su uso (casi siempre por consejo o con el acuerdo de su médico).

En la región de Créteil, 40 % de las mujeres interrogadas declararon no haber utilizado jamás un método anticonceptivo, contra un 8 % en el Oeste; pero en esta última región eran declarados con mucha frecuencia métodos pocos eficaces (retiro, Ogino).

Después de la intervención, se prescribe sistemáticamente algún método anticonceptivo. En el Oeste la píldora es prescrita a un 93 % de las mujeres, mientras que en Créteil el método más recomendado es el dispositivo intrauterino a un 52 % de las mujeres, seguido por la píldora (34 %). Más del 50 % de las mujeres tuvieron un control en el hospital por lo menos una vez, dos o tres semanas después de la intervención.