



Études et Résultats

N° 659 • septembre 2008

Les interruptions volontaires de grossesse en 2006

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est évalué en France métropolitaine à 209 700 en 2006. Depuis 2002, le nombre des IVG est relativement stable avec de petites fluctuations d'une année sur l'autre. La part des IVG médicamenteuses, qui progresse régulièrement, atteint 46 % en 2006.

Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans atteint 14,5 en 2006. Les quatre cinquièmes des IVG concernent des femmes qui ont entre 20 et 40 ans. Depuis quelques années, les taux de recours augmentent continûment parmi les femmes de moins de 20 ans, alors qu'ils sont stables au-delà de 20 ans.

La part des IVG prises en charge par le secteur public continue de croître, avec une activité de plus en plus concentrée sur les plus gros établissements. En ville, les IVG médicamenteuses semblent se stabiliser et représentent en métropole 7 % du total des interruptions de grossesse en 2006.

Annick VILAIN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

DEPUIS leur autorisation en 1975, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) a peu varié en France métropolitaine. Selon les estimations réalisées à l'aide des systèmes d'information hospitaliers (encadré 1), le nombre d'IVG peut être évalué à 209 700 en 2006, nombre relativement stable depuis 2002. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans s'établit ainsi à 14,5 en 2006 en métropole.

Les IVG médicamenteuses représentent 46 % de l'ensemble des IVG réalisées en 2006

Les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée, dans un établissement public ou privé autorisé. Depuis 1992, leur part progresse régulièrement : elles représentent 46 % de l'ensemble des IVG en 2006, contre 18 % dix ans auparavant (graphique 1).

Cette tendance s'observe aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public, même si l'IVG médicamenteuse demeure plus souvent pratiquée dans les établissements publics (tableau 1). La part des IVG médicamenteuses a néanmoins tendance à se stabiliser dans le secteur privé, alors qu'elle progresse encore dans le secteur public.

En 2006, chacun des 618 établissements de métropole pratiquant des IVG a réalisé au moins une IVG

médicamenteuse, alors qu'en 2005 17 % d'entre eux n'effectuaient que des IVG chirurgicales.

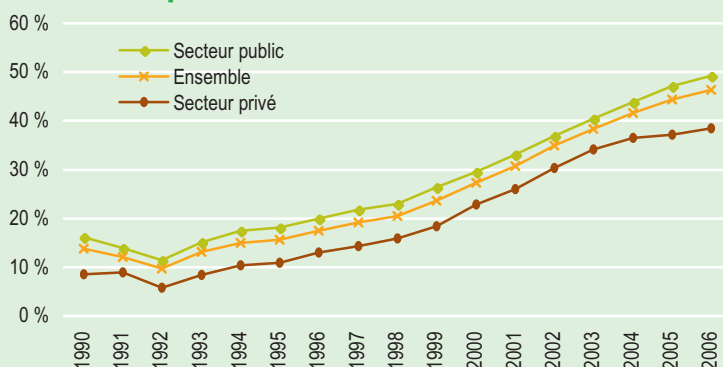
Depuis juillet 2004, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de la médecine de ville, par un praticien ayant passé une convention avec un établissement hospitalier (encadré 2). En 2006 en métropole, plus de 14 000 IVG médicamenteuses ont donné lieu à un remboursement de forfaits d'honoraires¹ ; elles représentent désormais 7 % du total des IVG. Cette pratique est très irrégulièrement répartie sur le territoire : l'Île-de-France concentre à elle seule plus de la moitié des forfaits remboursés, alors qu'en Corse seulement deux remboursements de forfaits IVG ont été effectués en 2006.

Dans les départements d'outre-mer, La Réunion se distingue également avec plus de 700 forfaits remboursés, soit 38 % des IVG médicamenteuses réalisées en cabinet, alors qu'aucun remboursement n'est relevé en Martinique.

D'abord assez lent à se mettre en place, le rythme de ces prescriptions s'est accéléré en 2005 et 2006 et tend à se stabiliser en 2007 : le nombre de remboursements de forfaits concernait pour la France entière moins de 1 000 IVG par mois en 2005, il a été en moyenne de 1 273 par mois en 2006 et de 1 635 en 2007 (graphique 2). Au total 15 277 IVG ont donné lieu au remboursement d'un forfait « honoraires de ville » en 2006 (19 615 en 2007).

GRAPHIQUE 1

Évolution de la part des IVG médicamenteuses



1. Sources CNAM-TS : Érasme V1, mois de remboursement. Fichier d'identification nationale des professionnels de santé (FINPS), décembre 2007, régime général y compris section locale mutualiste (SLM).

Champ • France métropolitaine.

Sources • SAE - DREES.

Près des trois quarts des IVG concernent des femmes âgées de 18 à 35 ans

En métropole, près de trois IVG sur quatre concernent des femmes ayant entre 18 et 35 ans, en 2006 comme en 2002, mais la part des femmes jeunes a tendance à croître et celle des femmes âgées de 30 à 34 ans à diminuer. Les femmes de 20 à 24 ans demeurent celles qui ont le plus souvent recours à l'IVG (27 pour 1 000 femmes en moyenne en 2006), suivies par les femmes de 18 à 19 ans puis celles âgées de 25 à 29 ans (respectivement 23,8 et 23 IVG pour 1 000 femmes) [tableau 2]. En 2006 le taux d'IVG est quasi stable pour toutes les tranches d'âge au-delà de 20 ans. En revanche, il augmente d'un point chez les mineures et les 18-19 ans. Ainsi, 13 230 jeunes filles de 15 à 17 ans et 848 jeunes filles de moins de 15 ans ont été concernées par une IVG en 2006.

Une activité de plus en plus majoritairement exercée par les établissements publics

La part du secteur public continue de croître, avec 74 % des IVG réalisées par ce secteur en 2006, contre 67 % en 2001 et 60 % en 1990. L'activité est très concentrée sur certains établissements : en métropole les 43 établissements ayant réalisé plus de 1 000 IVG au cours de l'année 2006 représentaient à eux seuls plus du quart du total des IVG réalisées dans l'année (28 %) ; par ailleurs, plus de la moitié des établissements (322) ont réalisé moins de 250 IVG dans l'année, soit moins d'une par jour ouvrable, ce qui représente 17 % du total des IVG de l'année.

Dans 91 % des cas l'hospitalisation liée à une IVG pratiquée chirurgicalement ne dépasse pas 12 heures, contre 66 % en 1995. En 1995, 3,3 % des IVG chirurgicales nécessitaient une hospitalisation de plus de 24 heures, ce n'est le cas que de 1,4 % des IVG en 2006.

67 % des IVG chirurgicales sont pratiquées sous anesthésie générale en 2006 (la seule anesthésie recensée) contre 63,5 % en 2002.

■ TABLEAU 1

Répartition des IVG selon le lieu de l'intervention

		2002	2003	2004	2005	2006
Secteur public	nombre d'IVG	140 041	138 150	146 994	148 316	154 638
	part des IVG médicamenteuses	37 %	40 %	45 %	47 %	49 %
Secteur privé	nombre d'IVG	66 555	65 196	63 670	57 995	55 061
	part des IVG médicamenteuses	30 %	34 %	37 %	37 %	38 %
Ensemble	nombre d'IVG	206 596	203 346	210 664	206 311	209 699
	part des IVG médicamenteuses	35 %	38 %	42 %	44 %	46 %
Part des IVG en secteur public		68 %	68 %	70 %	72 %	74 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • BIG, SAE - DREES.

■ ENCADRÉ 1

Les différentes sources de données mobilisables pour 2006

Trois sources peuvent actuellement être exploitées concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées chaque année : les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG), dont le remplissage est prévu par la loi, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données issues du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI). D'autres sources ponctuelles permettent de mesurer l'incidence du recours à l'avortement, comme le Baromètre santé de l'INPES (Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé). Ce dernier indiquait qu'en 2005, 17,2 % des femmes sexuellement actives avaient déjà eu recours à une IVG au cours de leur vie (plus de 20 % parmi les femmes de 45 à 54 ans).

Pour l'estimation globale du nombre d'IVG, les comparaisons réalisées au niveau régional, départemental et, pour certains départements, établissement par établissement, ont montré que les chiffres issus de la SAE étaient les plus réguliers en tendance et globalement les plus fiables. Ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement.

Les bulletins d'IVG ne sont quant à eux pas exhaustifs. On estime ainsi qu'entre 1995 et 1998 4,4 % des IVG du secteur public et 33,2 % des IVG du secteur privé n'ont pas donné lieu au remplissage d'un bulletin. Ils permettent toutefois de fournir des informations complémentaires concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité, etc.

Les données du PMSI ne sont, elles aussi, pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG (elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical sans les distinguer). En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour.

Jusqu'en 1998, la DREES estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE. Depuis 2001, la SAE sert d'unique référence pour la série du nombre d'IVG couvrant les années 1995 et suivantes.

La structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG est celle du PMSI. La répartition selon le mode d'intervention est issue de la SAE.

Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes pourront être obtenues par le biais d'enquêtes périodiques, qui viendront prochainement compléter les données des bulletins.

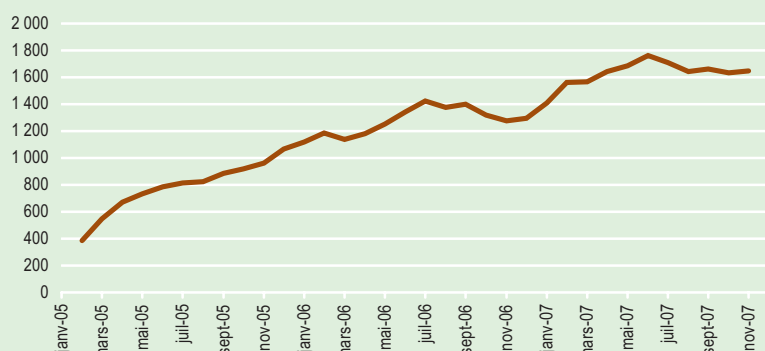
L'enquête de 2007.

le système de suivi des IVG a été revu en 2004 pour tenir compte des modifications législatives intervenues en 2001 et le bulletin rempli par les médecins a été simplifié. Les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG seront recueillies à périodicité renouvelée par voie d'enquêtes auprès d'échantillons représentatifs qui pourront en outre permettre de mieux connaître leur parcours personnel et leur mode de recours à la contraception. La première enquête ayant eu lieu en 2007 a concerné 11 400 femmes ayant eu recours à une IVG ; les données seront prochainement disponibles.

GRAPHIQUE 2

Nombre de forfaits « honoraires de ville » selon le mois du remboursement

En moyenne mobile sur trois mois



Champ • Professionnels de santé libéraux, France entière, Régime général y compris section locale mutualiste (SLM).

Sources • CNAMTS, Érasme v1, mois de remboursement ; FINPS décembre 2007.

TABLEAU 2

Les interruptions volontaires de grossesse selon l'âge

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

Champ • France métropolitaine.

Sources • BIG, PMSI, SAE - DREES.

ENCADRÉ 2

L'évolution récente de la législation

La loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée. L'arrêté de tarification concernant les IVG médicamenteuses en cabinet a été signé en juillet 2004. Les médecins autorisés, à partir de cette date, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé auprès duquel ils ont passé une convention.

Un délai moyen de prise en charge de l'ordre d'une semaine

Depuis 2002, le délai moyen de prise en charge est disponible grâce aux déclarations des établissements de métropole pour la SAE. Le taux de réponse à cette question demeure constant. Seulement une moitié des établissements ayant déclaré avoir pratiqué des IVG, représentant 60 % des IVG réalisées, répondent sur ce point depuis 2002. La durée d'attente mesurée en 2006 diminue légèrement avec une moyenne de 7,5 jours. Ce délai augmente toutefois en fonction de l'activité moyenne de l'établissement: les établissements réalisant plus de 1000 IVG dans l'année indiquent un délai moyen de 8,4 jours, contre 6,5 jours pour ceux qui en réalisent moins de 250 dans l'année.

Des recours à l'IVG toujours plus fréquents dans les DOM, dans le sud et en Île-de-France en métropole

En métropole, les régions Corse, Languedoc-Roussillon, Île-de-France et Provence - Alpes - Côte d'Azur demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 18 IVG pour 1000 femmes (tableau 3 et graphique 3), contre une moyenne de 12,2 pour l'ensemble des autres régions.

Avec un taux moyen de 28 IVG pour 1000 femmes, la fréquence de recours à l'IVG dans les DOM est deux fois plus importante qu'en métropole. En Guadeloupe et en Guyane, les taux de recours sont particulièrement élevés, supérieurs à 36 IVG pour 1000 femmes. La Martinique et La Réunion ont, quant à elles, des taux voisins de ceux de la Corse. On observe une légère tendance à la baisse du recours à l'IVG dans les DOM depuis une dizaine d'années. Cette diminution ne concerne toutefois pas les mineures, pour qui, excepté en Guadeloupe, le recours à l'IVG augmente comme en métropole.

Le recours à l'IVG reste particulièrement important chez les mineures en Guadeloupe, en Guyane et à la Réunion, où il concerne environ trois jeunes filles sur 100, alors qu'en

TABLEAU 3

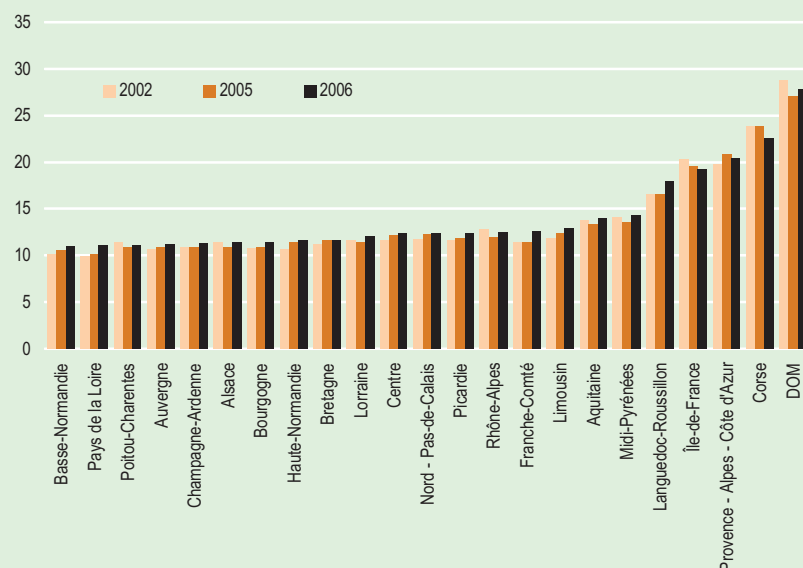
Les interruptions volontaires de grossesse selon la région d'intervention en 2006

Régions	IVG	IVG pour 1 000 femmes	% d'IVG médica- menteuses	IVG pour 1 000 femmes mineures	% d'IVG secteur public
Île-de-France	57 109	19,2	42,9	14,8	55,3
Champagne-Ardenne	3 531	11,3	54,3	11,2	79,2
Picardie	5 524	12,4	57,0	13,3	99,8
Haute-Normandie	5 014	11,6	33,4	10,2	87,8
Centre	6 928	12,3	56,1	11,7	96,0
Basse-Normandie	3 554	11,0	55,8	9,6	94,6
Bourgogne	4 096	11,5	32,3	9,4	91,3
Nord - Pas-de-Calais	12 232	12,4	53,5	11,9	97,7
Lorraine	6 640	12,0	45,0	10,7	67,3
Alsace	5 093	11,4	80,8	9,3	82,8
Franche-Comté	3 297	12,6	32,7	11,6	97,1
Pays de la Loire	8 617	11,0	37,3	9,7	87,4
Bretagne	7 952	11,6	41,5	9,8	87,0
Poitou-Charentes	4 147	11,1	50,4	10,1	78,8
Aquitaine	9 824	14,0	36,7	13,0	76,3
Midi-Pyrénées	8 944	14,3	52,1	11,0	48,6
Limousin	1 966	12,9	49,6	11,4	89,9
Rhône-Alpes	17 827	12,5	35,9	9,7	88,4
Auvergne	3 256	11,2	39,7	10,9	88,0
Languedoc-Roussillon	10 334	18,0	52,3	14,9	59,1
Provence - Alpes - Côte d'Azur	22 368	20,4	47,8	16,8	69,3
Corse	1 446	22,5	72,1	17,9	80,1
France métropolitaine	209 699	14,5	45,7	12,3	73,7
Guadeloupe	4 626	39,4	51,6	30,9	65,3
Martinique	2 392	22,9	37,8	24,9	100,0
Guyane	1 914	36,7	62,0	34,7	77,0
La Réunion	4 523	21,3	42,3	28,3	77,5
DOM	13 455	27,8	47,5	28,9	77,2
France entière	223 154	14,9	45,8	12,9	74,0

Sources • Estimations de population au 1^{er} janvier - INSEE ; SAE et PMSI - DREES.

GRAPHIQUE 3

Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans selon la région



Sources • SAE - DREES ; INSEE.

métropole les taux de recours départementaux chez les mineures ne dépassent pas 1,8 pour 100.

Les écarts régionaux de structure d'âge de la population ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales, qui demeurent sensiblement les mêmes après une standardisation par l'âge de la population sur la structure nationale.

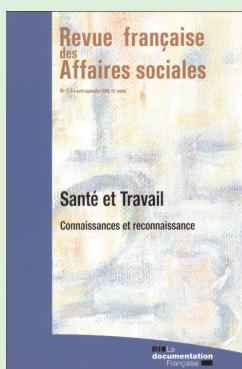
Les régions où les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés sont globalement aussi celles où ces taux pour 1000 mineures sont les plus importants. Cependant, la région Midi-Pyrénées fait exception avec un taux de recours à l'IVG parmi les plus élevés mais un taux plutôt moyen chez les mineures (tableau 3).

Pour en savoir plus

- Bajos N. et Bozon M. (sous la direction de), 2008, *Enquête sur la sexualité en France - pratiques, genre et santé*, Éditions La Découverte, Hors collection Social, mars.
- Beck F., Guilbert Ph., Gautier A., 2007, *Baromètre santé 2005*, INPES, novembre.
- Rossier C., Pirus C., 2007, « Évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population n° 1*, INED, volume 62.
- Vilain A., 2008, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 624, février.

SANTÉ ET TRAVAIL

connaissances et reconnaissance



REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

N° 2-3 • avril-septembre 2008

Les liens entre Santé et Travail, auxquels ce numéro est consacré, sont devenus sans conteste une importante question de santé publique. Ce dossier, qui rassemble 16 articles et des fiches, s'articule en trois parties :

- la première fournit au lecteur des éléments de cadrage et de compréhension (revue de littérature et épidémiologie) des enjeux scientifiques et sociaux de la santé au travail ;
- la seconde s'intéresse aux jeux d'acteurs et aux formes de mobilisation sociale ;
- tandis que la troisième accorde une attention particulière à la recension et à la reconnaissance légale des maladies liées à l'activité professionnelle, ainsi qu'aux mobilisations institutionnelles.

Certains de ces articles sont issus d'un programme de recherche pionnier dans son domaine – dont le bilan est analysé dans la rubrique d'actualité de la recherche –, qui a été lancé par la Mission Recherche de la DREES, la DARES et la Mission Recherche du groupe La Poste ; d'autres émanent de chercheurs qui ont présenté leurs travaux au colloque organisé à l'automne 2007. D'autres enfin sont venus enrichir le dossier par des éclairages récents et inédits.

L'originalité de ce numéro tient autant à la diversité des disciplines mobilisées (sociologie, ergonomie, histoire, science politique, droit, économie, épidémiologie et statistiques) qu'à celle des approches et échelles proposées : analyse systémique, sociologie des acteurs, exploitations d'enquêtes, analyse sociologique de l'action publique, étude critique des indicateurs et des méthodes de recensement et d'enregistrement, sociologie des risques, enquêtes sur le terrain, expérimentations locales, étude de cas.

La Documentation française

29, quai Voltaire
75344 Paris cedex 07
www.ladocumentationfrancaise.fr
Prix : 20,50 €

ÉTUDES et RÉSULTATS ● n° 659 - septembre 2008

Les interruptions volontaires de grossesse en 2006

Directrice de la publication : Anne-Marie BROCAS
Rédactrice en chef technique : Elisabeth HINI
Secrétaires de rédaction : Carine CORDIER, Catherine DEMAISON, Nadine GAUTIER, Sarah NETTER
Maquettiste : Laurent OUART • Imprimeur : JOUVE
Internet : www.sante.gouv.fr/drees/index.htm
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité de la directrice des publications, a pour objet la diffusion des publications de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement.
Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - mission publications et diffusion - 14 avenue Duquesne-75350 Paris 07 SP
ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr