

N° 431 • octobre 2005

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est évalué à 203 300 en France métropolitaine en 2003, soit une réduction de 1,6 % par rapport à l'année précédente. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est ainsi estimé à 14,1 en 2003, contre 14,4 en 2002. 80 % des femmes concernées en 2003 avaient entre 20 et 39 ans. Les taux de recours à l'IVG demeurent néanmoins très différenciés selon les générations, allant de 26,7 pour 1 000 chez les 20-24 ans à 5,6 pour 1 000 chez les femmes âgées de 40 à 44 ans. 11 000 mineures ont en outre eu recours à une IVG en 2003, ce qui correspond à un taux de recours de 9,6 pour 1 000 en 2003, en croissance régulière depuis le milieu des années 90. Deux IVG sur trois ont toujours lieu à l'hôpital public, et 38 % des IVG se font désormais par voie médicamenteuse (+3 points). La part de ces dernières devrait continuer à augmenter avec l'élargissement, à partir de 2004, de cette pratique à la médecine de ville. Les IVG restent plus fréquentes dans le sud de la France, en Île-de-France, et dans les départements d'outre-mer, indépendamment de la structure par âge de la population concernée. Avec l'élargissement de l'Union européenne à 25 membres, la France occupe désormais une position médiane en termes de taux d'interruption de grossesse.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2003

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 203 300 en 2003, selon les estimations réalisées à l'aide des données collectées à partir des systèmes d'information hospitaliers (SAE et PMSI) [encadré 1], soit 1,6 % de moins qu'en 2002. L'évolution annuelle moyenne avait été de +2 % de 1995 à 2002, et une réduction¹ est observée pour la première fois depuis 1996 (graphique 1 et tableau 1). Ce changement, très récent et encore peu marqué, est cependant à considérer avec précaution, car il mérite d'être confirmé par des données ultérieures (encadré 2).

Cette évolution est intervenue parallèlement à une augmentation du nombre de naissances entre 1995 et 2000, suivie d'une diminution à partir de 2001.

Annick VILAIN

Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la santé et des solidarités
Drees

1. En dehors de l'année 2000 sans doute sous-estimée du fait de la refonte de la SAE.

E•1

Les différentes sources de données mobilisables pour 2003

Trois sources peuvent actuellement être exploitées concernant les interruptions volontaires de grossesse réalisées chaque année : les bulletins, 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).

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 ont toutefois pour 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, environ 4 % des IVG du secteur public et un tiers 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...

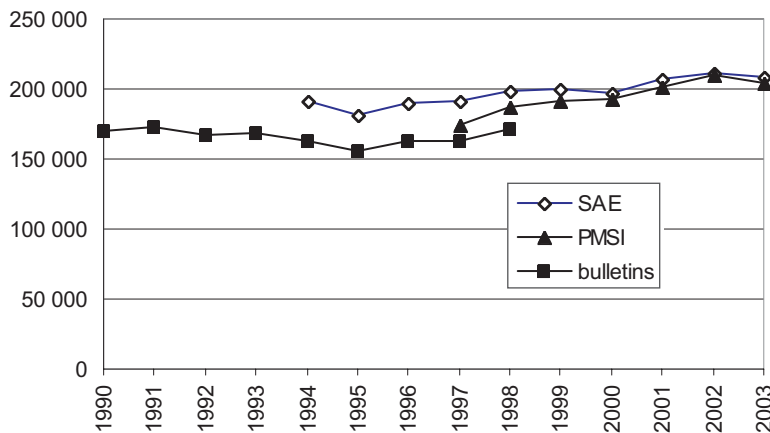
Les données du PMSI ne sont elles aussi pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG (elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical sans les distinguer), mais elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors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

Jusqu'en 1998, la Drees estimait le nombre global d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE. Depuis 2001, c'est directement la SAE qui sert de référence pour la série du nombre d'IVG couvrant les années 1995 et suivantes. Les chiffres de 2002 sont ici corrigés des données encore manquantes lors de la précédente publication. La série a été révisée depuis 1990, avec une estimation du nombre d'IVG issue des bulletins de 1990 à 1994, mais redressée chaque année pour tenir compte des sous-déclarations.

La structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG en 2003 est celle fournie par le PMSI, celles des années antérieures à 1997 étant tirées des bulletins. La répartition selon le mode d'intervention est issue de la SAE à partir de 1995 et des bulletins pour les périodes plus anciennes.

Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes concernées peuvent être réalisées à partir des bulletins, et, dans l'avenir, par voie d'enquêtes périodiques qui viendront compléter les bulletins simplifiés à partir de 2004, pour tenir compte de l'évolution récente de la législation (cf. encadré 2).

comparaison des sources



Champ : Interruption de grossesse (y compris pour motif médical) en France métropolitaine
Sources : BIG, PMSI, SAE – Drees

E•2

Les modifications législatives et le suivi statistique en matière d'interruption volontaire de grossesse

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 7 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.

Le système de suivi des IVG a été revu en 2004 pour tenir compte de ces modifications législatives : le bulletin rempli par les médecins a été simplifié, et le comptage effectué à travers la SAE et le PMSI est complété par un suivi des ventes des molécules utilisées pour les IVG médicamenteuses. 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.

Concernant le délai légal maximum de recours à l'IVG porté à 12 semaines de grossesse au lieu de 10, une question spécifique a été introduite en 2002 dans la SAE pour évaluer le nombre d'IVG concernées. Sur 682 établissements ayant réalisé des IVG, 100 établissements ont indiqué n'avoir pratiqué aucune IVG au-delà de 10 semaines de grossesses et 185 ont déclaré en avoir pratiqué au cours des onzième et douzième semaines de grossesse en 2002 et 240 en 2003 ; celles-ci ont représenté 7 % des IVG qu'ils ont réalisées en 2002 et 8 % en 2003. La majorité des établissements n'a cependant pas à ce stade donné d'information sur ce point.

En 2003, le nombre d'IVG rapportées au nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans peut ainsi être évalué à 14,1 IVG pour 1 000 femmes, contre 14 en 1990, 12,3 en 1995 et 14,4 en 2002 (tableau 1).

Des recours aux IVG très différents selon les tranches d'âge

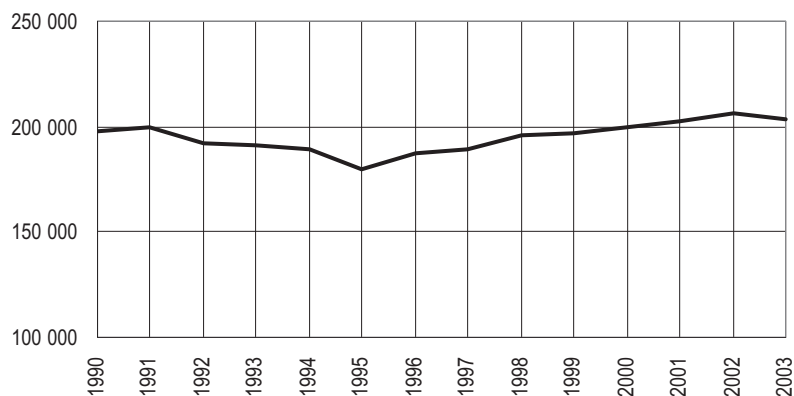
80 % des femmes ayant recouru à une IVG en 2003 avaient entre 20 et 39 ans. À ces âges, une femme sur 51 est concernée.

Le recours à l'IVG est, à cet égard, très différent selon les tranches d'âge (graphique 2 et encadré 3), allant de 26,7 IVG pour 1 000 femmes âgées de 20 à 24 ans à 5,6 pour 1 000 chez les femmes de 40 à 44 ans. C'est entre 20 et 24 ans, période de forte fécondabilité chez les femmes, que leur recours à l'IVG apparaît donc le plus fréquent. La fréquence des IVG s'accroît toutefois essentiellement parmi les plus jeunes femmes, ayant progressé de façon constante chez les 15-17 ans entre 1990 et 2003. Elle marque un palier chez les 18-19 ans depuis 2001, après une forte augmentation entre 1995 et 2000. Elle diminue au contraire depuis 2002 chez les plus de 20 ans, sachant que chez les femmes de quarante ans ou plus, les recours à l'IVG demeurent stables depuis plusieurs années. Les facteurs qui influent sur le nombre d'IVG sont à cet égard multiples, dans un contexte où les pratiques contraceptives ne semblent pas avoir globalement régressé chez les jeunes femmes et où les ventes de « pilules » du lendemain se sont fortement accrues entre 2000 et 2003 (encadré 3).

11 000 jeunes filles mineures ont recouru à une IVG en 2003

Au début des années 90, plus de 8 000 jeunes filles mineures avaient chaque année recours à une IVG (tableau 1). Leur nombre a eu tendance à s'accroître depuis 1995, dépassant 11 000 en 2003. Chez les mineures de 15 à 17 ans, les recours à l'IVG, en croissance régulière depuis 1990, sont ainsi passés de 7,0 IVG pour 1 000 femmes en 1990 à 9,6 pour 1 000 en 2003.

G • 01 évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse



Champ : France métropolitaine.

Sources : BIG (bulletins d'interruption volontaire de grossesse) de 1990 à 1994 ; SAE de 1995 à 2003 - Drees

T • 01 les interruptions volontaires de grossesse en France métropolitaine

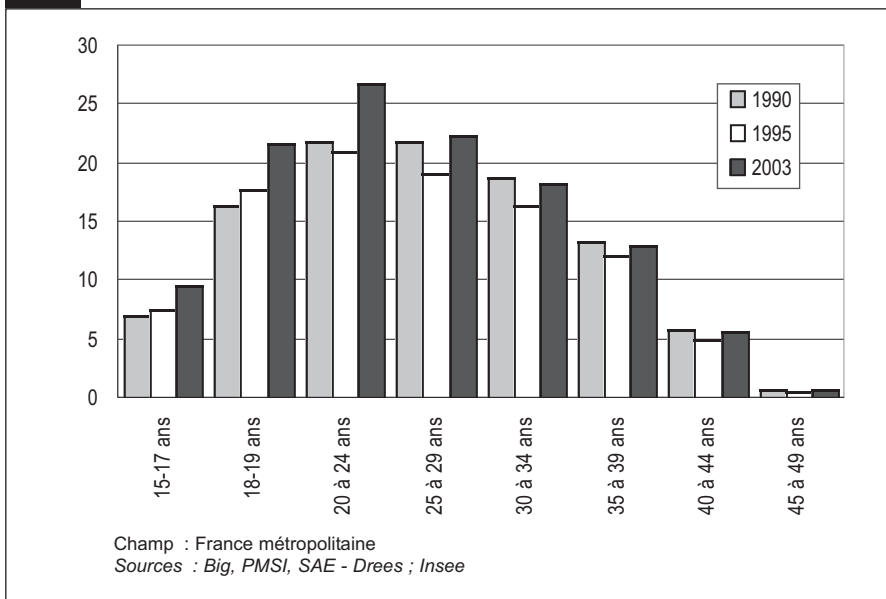
	1990	1995	2001	2002	2003
Total IVG	197 406	179 648	202 180	206 596	203 346
IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans	14,0	12,3	14,1	14,4	14,1
Évolution		-9,0 %	12,5 %	2,2 %	-1,6 %
Répartition des IVG selon le groupe d'âge					
	1990	1995	2001	2002	2003
15-17 ans	8 751	8 331	10 245	10 722	11 029
18-19 ans	14 236	13 102	17 089	16 468	16 290
20-24 ans	46 134	43 991	49 514	52 420	51 810
25-29 ans	46 826	40 315	44 264	44 225	42 824
30-34 ans	40 262	35 866	38 748	39 820	39 100
35-39 ans	28 320	25 999	29 321	29 501	28 621
40-44 ans	11 612	10 683	11 739	12 226	12 076
45-49 ans	922	1 045	1 208	1 180	1 559
IVG pour 1 000 femmes					
	1990	1995	2001	2002	2003
15-17 ans	7,0	7,5	9,1	9,4	9,6
18-19 ans	16,4	17,8	21,7	21,6	21,7
20-24 ans	21,8	20,9	26,6	27,6	26,7
25-29 ans	21,8	19,1	21,8	22,6	22,3
30-34 ans	18,8	16,4	18,3	18,8	18,2
35-39 ans	13,2	12,1	13,4	13,4	13,0
40-44 ans	5,7	5,0	5,5	5,7	5,6
45-49 ans	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7
Sources : Big, PMSI, SAE - Drees					

Rapportées au nombre de femmes de chaque génération, les IVG restent toutefois deux fois moins fréquentes parmi les mineures de 15 à 17 ans que parmi les jeunes filles de 18 et 19 ans, mais celles qui sont potentiellement concernées sont aussi moins nombreu-

ses. En effet, d'après le baromètre de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes), moins de la moitié des jeunes filles âgées de moins de 18 ans en 2000 avait déjà connu une expérience sexuelle, contre 84 % de celles de moins de 20 ans.

G
• 02

nombre moyen d'IVG pour 1 000 femmes



Des IVG plus fréquentes dans le sud de la France, en Île-de-France et dans les départements d'outre-mer

Comme par le passé, les recours à l'IVG apparaissent plus fréquents en 2003 dans le sud de la France, en Île-de-France ainsi que dans les départements d'outre-mer (carte 1 et tableau 2). Plus de 16 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans ont ainsi été recensées en Île-de-France, Languedoc Roussillon, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et en Corse, contre moins de 10 en Pays de la Loire et en Auvergne. Les écarts les plus importants entre régions métropolitaines vont de 9,1 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,2 en Corse. La Guadeloupe et la Guyane présentent des taux de recours à l'IVG particulièrement élevés, avec environ 40 femmes sur 1 000 concernées par une IVG. En Martinique ou à la Réunion les taux sont du même ordre de grandeur que ceux du sud de la France, avec respectivement 23 et 20 IVG pour 1 000 femmes (encadré 4). Il est à noter que les écarts ainsi observés entre régions ne proviennent pas des différences de structure d'âge de leurs populations. Celles-ci restent d'ampleur réduite, alors que les taux de recours à l'IVG pour un même groupe d'âge varient au contraire beaucoup d'une région à l'autre. À titre d'exemple, le taux de recours à l'IVG chez les femmes âgées de 20 à 24 ans varie ainsi de 18,1 pour 1 000 en Pays de la Loire à 45,3 pour 1 000 en Corse.

Ces disparités régionales ne résultent pas non plus de déplacements vers des régions où la pratique des IVG serait plus accessible. En effet, en 2002, 96,3 % des IVG ont été réalisées dans la région de résidence des femmes qui y recourent et 2,4 % dans une région limitrophe. À l'exception des femmes résidant en Picardie, dont les IVG sont souvent pratiquées en Île-de-France ou dans le Nord - Pas-de-Calais comme c'est le cas pour de nombreux soins de santé, plus de neuf femmes sur dix interrompent leur grossesse le font donc dans leur région de résidence.

E•3

Les facteurs influant sur le nombre d'IVG

Les évolutions du nombre d'IVG au sein des différentes générations sont à la fois liées à l'activité sexuelle pratiquée, à l'usage des différents moyens de contraception et au choix des femmes concernant l'issue des grossesses non désirées¹. On constate à cet égard une stabilité sur longue période du rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances (259 IVG pour 1 000 naissances en 1990 et 258 en 2001), qui conduit à s'interroger sur les facteurs qui influent, simultanément ou séparément, sur ces deux variables. Or, l'âge moyen lors du premier rapport sexuel est stable depuis plusieurs années². Par ailleurs, malgré une stabilisation depuis 1995 de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel, la diminution des pratiques contraceptives chez les jeunes ne semble pas avérée, d'après les données du CFES relatives à l'année 2000³.

D'après le Baromètre santé 2000, 93,5 % des femmes potentiellement concernées par la contraception (femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non stérilisées, ayant un partenaire sexuel, n'attendant pas ou ne cherchant pas à avoir un enfant) utilisent ainsi un moyen pour éviter d'être enceinte. Ce taux est de 89,6 % parmi les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans, et atteint 96,6 % parmi les jeunes femmes de 20 à 25 ans. Après l'âge de 25 ans, il a plutôt tendance à diminuer et ne dépasse jamais 93 %. Les principales méthodes employées sont la pilule (59,9 % d'entre elles) et le stérilet (22,9 %). L'usage du préservatif concerne 12,8 % des femmes.

Selon le Baromètre santé, le recours à la pilule du lendemain était en revanche encore relativement peu fréquent en 2000, malgré une augmentation au cours des années précédentes : 13,9 % des femmes de moins de 25 ans y avaient déjà eu recours. Il semble que la mise sur le marché de nouveaux médicaments vendus sans ordonnance en pharmacie fasse plus récemment progresser cette pratique. Ainsi, la vente des médicaments indiqués pour la contraception d'urgence a encore augmenté de 13 % en 2004, après avoir progressé d'un tiers entre 2000 et 2003 en termes d'unités de vente⁴. À cet égard, l'enquête de l'Inpes réalisée fin 2004 permettra d'observer l'évolution survenue ces dernières années.

1. TOULEMON L., LERIDON H., « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », *Population*, n° 1, 1992, Ined.

2. BOZON M., « À quel âge les femmes et les hommes commencent leur vie sexuelle ? Comparaisons mondiales et évolutions récentes », *Populations & Société*, n° 391, juin 2003, Ined.

3. GUILBERT P., BAUDIER F., GAUTIER A., *Baromètre santé 2000*, CFES, 2001.

4. Source GERS-ville.

Les taux de recours régionaux à l'IVG semblent donc plutôt refléter des différences territoriales de comportements en matière de sexualité, contraception et fécondité, eux-mêmes pouvant être liés aux structures familiales, aux revenus dont disposent les couples ou à leur catégorie socioprofessionnelle.

Les premières exploitations des données issues des bulletins d'IVG de l'année 2002, bien qu'incomplètes dans la mesure où les bulletins collectés en 2002 représentent 65 % des IVG recensées dans la SAE, permettent d'obtenir certains éclairages complémentaires. Ainsi plus d'une femme sur deux ayant eu une IVG en 2002 vit seule, et près de la moitié sont actives, tandis qu'une sur quatre est au foyer ou à la recherche d'un emploi. Il s'agissait pour elles de la première intervention de ce genre dans près de 3 cas sur 4, de la deuxième dans près d'un cas sur 5 et de la troisième dans moins de 5 % des cas.

Deux IVG sur trois ont lieu à l'hôpital public

Alors que le secteur public regroupe de façon stable depuis près de trente ans moins de 60 % des lits d'obstétrique, sa part dans la réalisation des IVG ne cesse d'augmenter. Elle est ainsi passée, selon les données de la SAE, de 60 % en 1990, à 65 % en 1995 et à 68 % en 2003 (tableau 3)². La loi de 1975 a en effet imposé au système hospitalier public de répondre aux demandes d'interruption de grossesse, tandis que le nombre d'IVG réalisées par les établissements privés jusqu'en 2002 ne pouvait dépasser le quart des actes chirurgicaux ou obstétricaux pratiqués par l'établissement.

Ce partage entre secteurs privé et public demeure malgré tout très différent selon les régions, sachant qu'une telle diversité régionale n'est pas rare

en matière d'activité des établissements de santé. Ainsi en Midi-Pyrénées ou en Île-de-France, les hôpitaux publics réalisent moins de la moitié des IVG effectuées dans la région, contre plus de 9 sur 10 en Picardie, Centre, Basse-Normandie, Nord - Pas-de-Calais, Franche-Comté, Pays de Loire et Martinique. À l'inverse dans 22 départements, aucune IVG n'a été enregistrée dans le secteur privé en 2003.

38 % des IVG sont désormais médicamenteuses

En 2003, 38 % des IVG ont eu lieu par voie médicamenteuse, contre 31 % en 2001 et 20 % en 1998. Cette part représente désormais plus du double de celle observée en 1990, avec une nette accélération à partir de la fin des années 90 (graphique 3 et

E•4

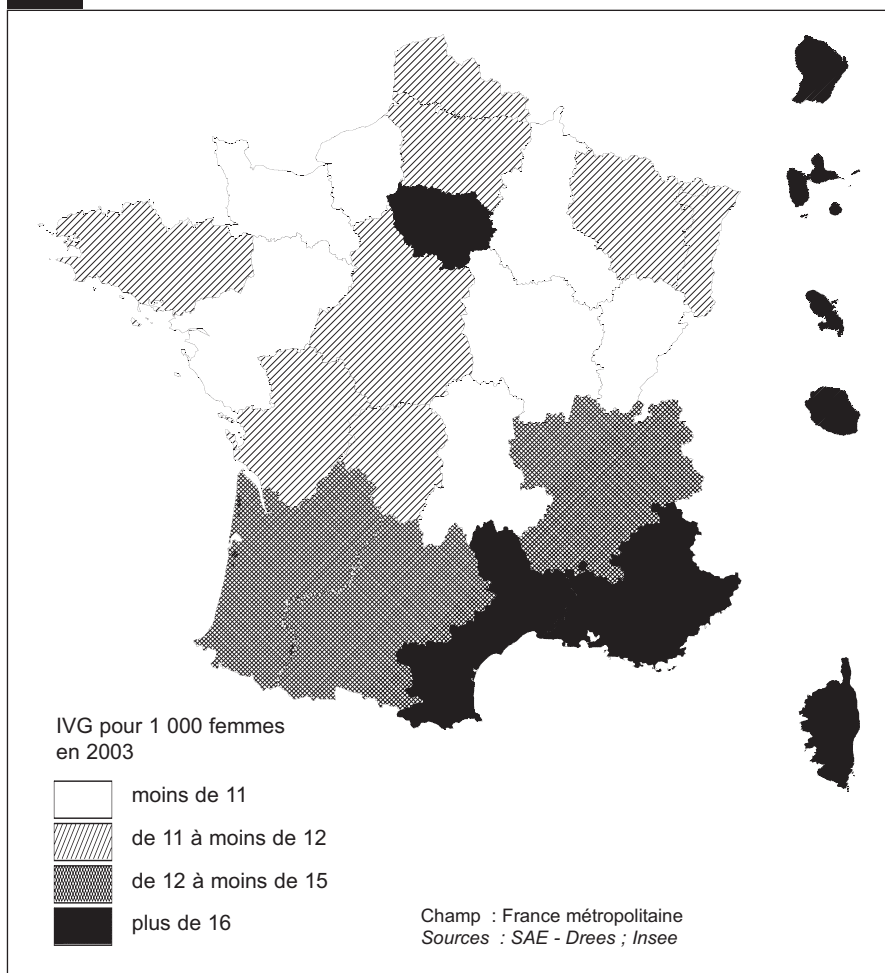
Les interruptions volontaires de grossesse dans les départements d'outre-mer

Les IVG sont nettement plus fréquentes dans les départements d'outre-mer qu'en France métropolitaine. Ce sont la Guyane et la Guadeloupe qui présentent les recours à l'IVG les plus élevés. Ceux-ci sont associés à une natalité forte en Guyane mais beaucoup plus modérée en Guadeloupe. En 2003, c'est la Guadeloupe qui compte le taux le plus élevé d'IVG par femme, 41,5 pour 1 000 contre 37,1 pour 1 000 en Guyane, 22,9 pour 1 000 en Martinique et 20,0 pour 1 000 à la Réunion (cf. tableau 2).

Chez les femmes mineures, les recours à l'IVG sont également beaucoup plus fréquents dans les Dom qu'en France métropolitaine, tout comme d'ailleurs les naissances chez les très jeunes femmes (8,5 % des naissances concernent les moins de 20 ans dans les Dom en 2002, contre 2,1 % en métropole).

C
•01

nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2003



2. Tous les établissements privés sont classés ici dans la catégorie « privée », y compris les établissements privés de santé participant au service public hospitalier, sans distinction de leur mode de financement.

T
•02

les interruptions volontaires de grossesse selon la région d'intervention en 2003

Région	IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	% IVG médicamenteuses	% IVG auprès de mineures	% d'IVG en secteur public
ILE- DE- FRANCE	60 447	20,6	35,3	4,1	43,9
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 310	10,4	38,5	8,3	77,1
PICARDIE	5 154	11,4	47,6	8,2	99,6
HAUTE-NORMANDIE	4 518	10,3	26,2	7,4	83,0
CENTRE	6 655	11,7	54,7	6,1	96,0
BASSE-NORMANDIE	3 408	10,3	41,3	7,2	93,4
BOURGOGNE	3 768	10,3	27,1	6,5	87,1
NORD - PAS-DE-CALAIS	11 803	11,8	41,1	8,1	96,7
LORRAINE	6 297	11,2	41,5	6,2	72,1
ALSACE	4 966	11,1	69,0	5,7	80,8
FRANCHE-COMTÉ	2 699	10,2	21,2	5,7	96,9
PAYS DE LA LOIRE	7 109	9,1	34,5	6,6	91,4
BRETAGNE	7 557	11,1	36,1	5,7	83,0
POITOU-CHARENTES	4 160	11,1	46,9	6,5	71,1
AQUITAINE	9 418	13,5	31,4	5,1	67,0
MIDI-PYRENNÉES	8 288	13,5	44,9	4,4	45,5
LIMOUSIN	1 698	11,1	44,0	5,3	85,3
RHONE-ALPES	17 790	12,6	30,3	4,7	84,1
AUVERGNE	2 941	9,9	31,1	6,0	89,8
LANGUEDOC-ROUSSILLON	9 312	16,6	42,0	6,0	65,3
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR	20 716	19,2	41,4	5,1	61,5
CORSE	1 332	21,2	66,5	5,9	79,4
France métropolitaine	203 346	14,1	38,4	5,4	67,9
Guadeloupe	4 842	41,5	41,0	} 7,6	72,3
Martinique	2 382	22,9	39,8		100,0
Guyane	1 737	37,1	57,9	} 10,3	73,8
Réunion	4 129	20,0	30,5		75,0
DOM	13 090	27,6	39,7		78,4
France entière	216 436	14,5	19,8	5,6	35,4

Sources : SAE, PMSI - Drees ; Insee

6

tableau 3). Cette évolution des pratiques s'observe aussi bien dans le secteur public que dans le privé. Ainsi, seuls 3 % des établissements publics et 22 % des établissements privés déclaraient en 2003 ne réaliser aucune IVG par voie médicamenteuse. Ces proportions étaient respectivement de 7 et 40 % en 2002 et de 17 et 60 % en 1998. L'écart entre les deux secteurs se maintient toutefois en 2003, avec 40 % d'IVG médicamenteuses prescrites dans les établissements publics, contre 34 % dans les cliniques privées.

La durée de gestation influe à cet égard sur le choix de la méthode utilisée, les IVG médicamenteuses ne pouvant être prescrites au-delà de sept semaines d'aménorrhée³. Le choix de la technique utilisée semble toutefois également lié au type d'établissement, dans la mesure où les IVG médicamenteuses apparaissent plus fréquentes dans le secteur public, malgré des durées de gestation en moyenne plus longues. Ces différences pourront par la suite être analysées plus avant à partir de l'exploitation des bulletins d'IVG. Avec la nouvelle législation votée en 2001, et dont la mise en application vient d'intervenir, il est en outre probable que la part des IVG médicamenteuses continuera à s'accroître à l'avenir (encadré 2).

Lorsqu'elles ne sont pas médicamenteuses, les IVG pratiquées ont donné lieu à une hospitalisation inférieure à 12 heures dans près de neuf cas sur dix en 2003 (87 % des cas dans le secteur public et 91 % dans le secteur privé). La part des hospitalisations de plus de 12 heures pour ces IVG instrumentales est passée de 22 % en 1995 à 11 % en 2003. Parmi elles, celles de plus de 24 heures ont concerné 1,2 % des IVG en 2003, contre 3,7 % en 1995 (graphique 4).

Les recours à une anesthésie augmentent en revanche et concernent 65 % des IVG chirurgicales en 2003, contre 46 % en 2000.

3. 71 % des IVG médicamenteuses étaient réalisées en 1997 avant la septième semaine, contre 9 % des IVG instrumentales.

T
•03

répartition des IVG en France métropolitaine selon le lieu de l'intervention

		1990	1995	2001	2002	2003
secteur public	nombre d'IVG	118 505	117 316	135 000	140 041	138 150
	part des IVG médicamenteuses	16 %	18 %	33 %	37 %	40 %
secteur privé	nombre d'IVG	78 901	62 332	67 180	66 555	65 196
	part des IVG médicamenteuses	9 %	11 %	26 %	30 %	34 %
ensemble	nombre d'IVG	197 406	179 648	202 180	206 596	203 346
	part des IVG médicamenteuses	14 %	16 %	31 %	35 %	38 %
Part des IVG en secteur public		60 %	65 %	67 %	68 %	68 %

Sources : BIG, SAE - Drees

Des interruptions de grossesse peu nombreuses aux Pays-Bas mais fréquentes dans les pays nordiques et les pays de l'Est

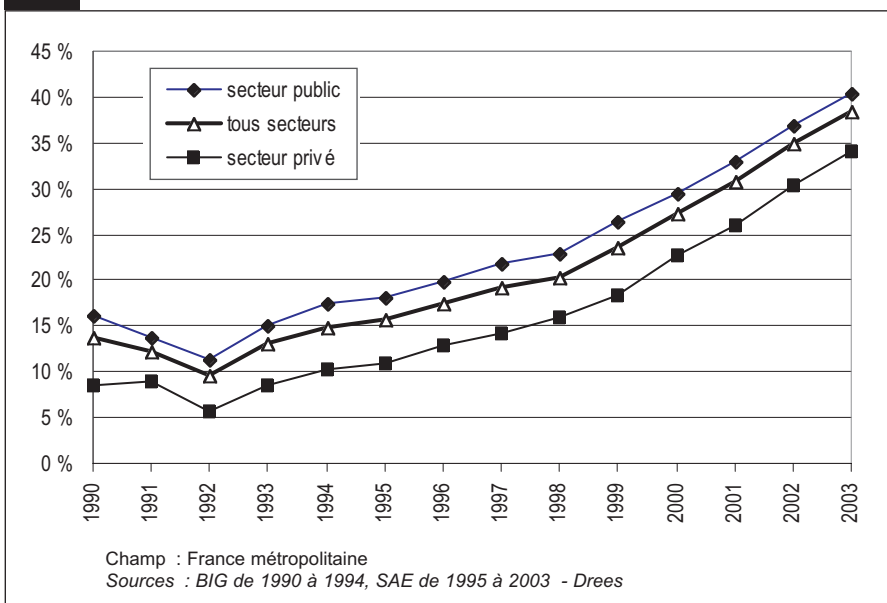
Parmi les pays de l'Union européenne, en dehors de l'Irlande, du Portugal et de Malte où l'avortement demeure illégal, la législation permet l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 24 semaines de grossesse en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, jusqu'à 18 semaines en Suède, 10 semaines en Slovénie et jusqu'à 12 semaines dans les autres pays (dont la France). À Chypre aucun délai n'est prévu car l'IVG n'est autorisée qu'en cas de viol ou sur indications médicales.

Les taux d'interruption de grossesse varient largement dans les pays dotés de législations qui les autorisent. En Europe, les taux les plus élevés s'observent dans les pays nordiques,

les pays de l'Est et ceux issus de l'ancienne Union soviétique. Dans ce dernier groupe de pays, où l'interruption de grossesse intervenait souvent comme une méthode de limitation des

naissances, on note cependant une forte diminution du nombre des interruptions de grossesse, allant de pair avec une amélioration des pratiques contraceptives⁴.

G •03 évolution de la part des IVG médicamenteuses



E •5

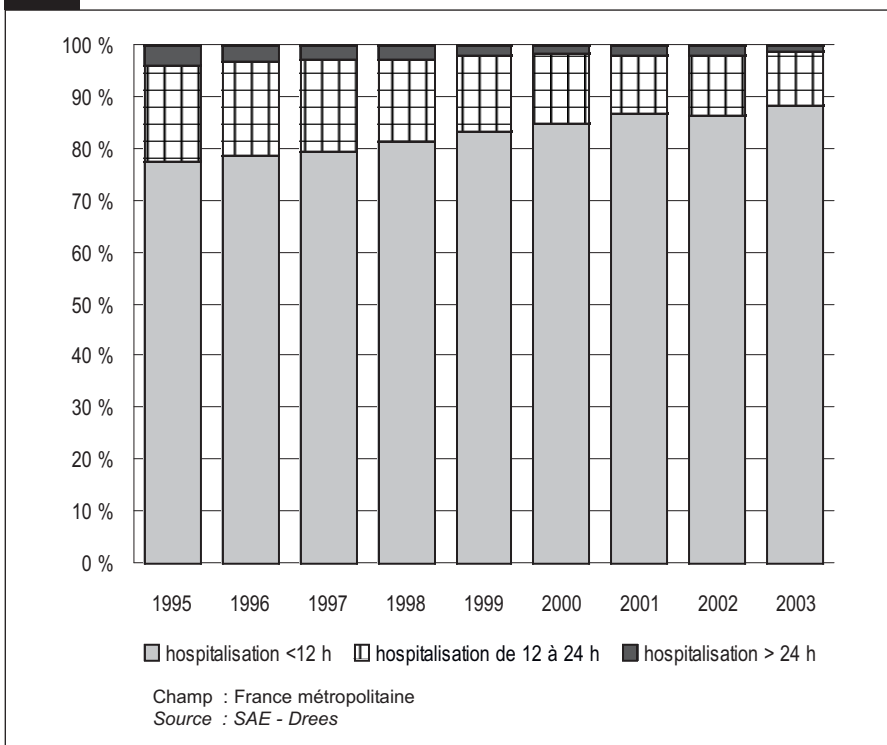
Le délai moyen de prise en charge : une première évaluation partielle

L'année 2002 a permis de disposer pour la première fois à travers les déclarations des établissements à la SAE du délai moyen observé un mois donné entre la date de la demande d'IVG déposée auprès d'un établissement de santé et la date de réalisation de celle-ci pour les femmes qui n'ont pas été réorientées vers une autre structure. Parmi les 682 établissements ayant déclaré avoir pratiqué des IVG, 282 ont fourni une réponse sur ce point en 2002 et 311 en 2003. Ils ont indiqué une durée moyenne d'environ 9 jours et ce en 2002 comme en 2003. En 2003 16 % des établissements estiment le délai d'attente supérieur à 2 semaines et 2 % d'entre eux l'évaluent à trois semaines ou plus.

94 établissements, dont 81 du secteur public, ont déclaré des IVG n'ayant pu être prises en charge par leur établissement, soit 6 871 IVG. Rien ne permet cependant de mesurer la part de celles qui ont pu être prises en charge ailleurs.

Ces informations, encore trop partielles pour être considérées comme définitivement valides, devront être confirmées dans les prochaines années.

G •04 durée d'hospitalisation pour les IVG instrumentales



4. HENSHAW S. K., SINGH S., HAAS T., « Tendances récentes des taux d'avortement dans le monde », *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, numéro spécial, 1999, pp 26-30.

Au sein de l'Europe des 15, la France se situait en 2000 parmi les pays qui avaient les taux d'interruptions de grossesse les plus élevés, après la Suède (15,7 IVG pour 1 000 femmes en 2000) et juste devant le Royaume-Uni, mais l'élargissement de l'Union européenne à 25 membres la place désormais en position médiane (graphique 5). Le taux moyen

de recours à l'IVG au sein de l'Union européenne élargie est ainsi passé à 10,4 IVG pour 1 000 femmes en 2000, alors qu'il était de 9,5 dans l'Europe des 15. Ce taux est de 11,2, contre 11,3 en 2000, pour les seuls pays pour lesquels les données sont disponibles en 2002.

Les écarts de structure d'âge des populations, relativement minimes, ne

peuvent suffire à expliquer les importantes différences observées entre pays en matière de taux de recours à l'interruption de grossesse : les pays qui présentent les taux les plus élevés ne sont, par exemple, pas ceux qui comptent les plus fortes proportions de femmes âgées de 20 à 30 ans, tranche d'âge où la fréquence de recours aux IVG est la plus élevée. ●

G
•05

les interruptions de grossesse dans l'Union européenne

