



En 2004, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 210 664, soit une hausse moyenne annuelle de 1,8 % depuis 1995. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est ainsi passé à 14,6 contre 12,3 en 1995. La part des IVG médicamenteuses continue de croître (42 % en 2004 contre 38 % en 2003). Malgré l'élargissement de cette pratique à la médecine de ville en juillet 2004, le recours à la voie médicamenteuse en cabinet libéral est encore peu répandu. Au total, 75 % des IVG sont pratiquées chez des femmes âgées de 18 à 35 ans. Le nombre d'IVG chez les mineures, en constante progression depuis 1990, atteint 11 500 en 2004, soit une jeune fille de 15-17 ans sur 100. Les IVG restent plus fréquentes dans le sud-est de la France, en Île-de-France et dans les départements d'outre-mer. Parallèlement à la hausse du nombre d'IVG, les méthodes contraceptives restent utilisées par 71 % des personnes ayant eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois. La contraception est aussi de plus en plus courante chez les jeunes, sachant que 68 % des 15-19 ans déclarent prendre la pilule et 56 % recourir aux préservatifs. En outre, la contraception d'urgence s'est très fortement développée depuis 1999, date à laquelle elle est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale, notamment chez les 15-24 ans, qui sont un tiers à déclarer y avoir eu recours.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2004

Depuis leur autorisation en 1975, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) n'a que 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 210 700 en 2004, contre 203 000 en 2003, soit une hausse moyenne annuelle de 1,8 % depuis 1995 et une augmentation de 3,6 % en 2004¹. La légère baisse observée en 2003 ne s'est donc pas confirmée en 2004. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est ainsi passé à 14,6 contre 12,3 en 1995 (graphique 6 dans l'encadré 4).

Les IVG médicamenteuses représentent 42 % de l'ensemble des IVG réalisées en 2004

Les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée, dans un établissement public ou privé autorisé. Depuis 1998, leur part enregistre une progression régu-

Annick VILAIN

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Ministère de la Santé et des Solidarités
DREES

1. Depuis juillet 2004, on inclue dans le nombre total d'IVG les IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet libéral. Elles ne représentent en 2004 que 1 % de l'ensemble des IVG.



lière : elles représentaient 42 % de l'ensemble des IVG en 2004, contre 20 % en 1998 (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 sous l'égide des établissements publics (tableau 1). Seuls 5 % des établissements publics et 37 % des établissements privés ayant réalisé des IVG en 2004 déclaraient n'en avoir réalisé aucune par voie médicamenteuse.

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 2004, en

métropole, la SAE comptabilisait seulement 2 185 IVG médicamenteuses réalisées en cabinet (1 % de l'ensemble des IVG et 2,5 % des IVG médicamenteuses). 113 établissements métropolitains sont concernés par ces conventions, dont la majorité en Île-de-France (25 établissements et 170 médecins conventionnés) et dans le secteur public (près de 75 % des cas).

Cette pratique semble se mettre en place à un rythme lent : d'après la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), on comptait moins de 100 médecins conventionnés en décembre 2004 et environ 500 au 31 décembre 2005. Parmi eux, 47 % sont des obstétriciens, 28 % sont des généralistes et 25 % des gynécologues.

En Corse, Lorraine, Picardie, Martinique et Guadeloupe, aucun médecin libéral n'avait signé de convention au 31 décembre 2005. Sur l'ensemble de l'année 2005, moins de 9 000 IVG médicamenteuses ont donné lieu à des remboursements forfaitaires mais leur nombre atteignait 1 500 pour le seul mois de juin 2006².

Par ailleurs, on observe une progression importante du nombre de médecins libéraux pratiquant effectivement des IVG (+5,2 % par mois en moyenne entre juillet 2005 et juin 2006). Cependant, parmi ces médecins,

2. Source : Érasme VO et V1, données des remboursements détaillés du régime général (y compris sections locales mutualistes), CNAMTS.

E•1

Les différentes sources de données mobilisables

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'information (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 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 (sans les distinguer) les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical. En revanche, elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors de l'entrée en séjour.

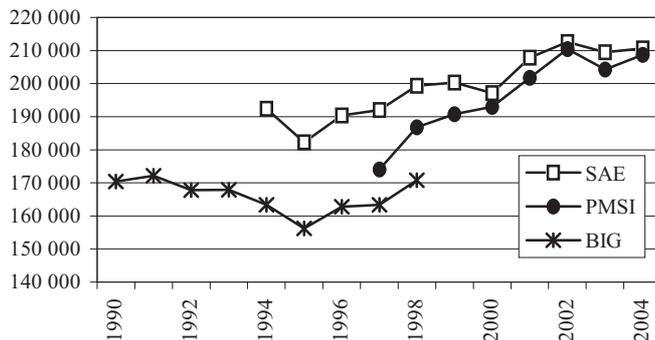
Jusqu'en 1998, la DREES estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles issues de la SAE. Depuis 2001, la SAE sert directement de référence pour la série du nombre d'IVG couvrant les années 1995 et suivantes. La série a été révisée 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 est celle retracée par le PMSI à partir de 1998, celle des années antérieures étant tirée 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 pourront être obtenues par le biais d'enquêtes périodiques, qui viendront prochainement compléter les données des bulletins, en cours d'exploitation pour l'année 2002.

Le système de suivi des IVG a été revu en 2004 pour tenir compte des modifications législatives 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 aura lieu dans le courant de l'année 2007.

comparaison des sources



Champ : France métropolitaine y compris les interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG).

Sources : SAE, PMSI-MCO (DHOS-DREES).

la proportion de ceux qui pratiquent une à deux IVG par mois reste particulièrement stable (60 %) depuis le début de l'année 2005³.

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

Les femmes de 18 à 35 ans, qui représentent 47 % des femmes de 15 à 49 ans, ont subi 74 % des IVG en 2004. Ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui y ont le plus souvent recours (27 IVG pour 1000 femmes en moyenne en 2004), suivies par les femmes de 25 à 29 ans (23,4 IVG pour 1000 femmes) et celles âgées de 18 à 19 ans (22,9 IVG pour 1 000 femmes (graphique 2). Entre 1990 et 1995, le nombre d'IVG par femme a connu une hausse parmi les femmes de moins de 20 ans, alors qu'il décroissait parmi celles de 20 ans et plus. À partir de 1996, les recours à l'IVG ont augmenté à chaque tranche d'âge, mais de façon plus prononcée chez les moins de 30 ans. Chez les femmes de 40 ans et plus, le nombre d'IVG reste relativement stable (environ 12 000 à 13 000 par an depuis 1990, soit environ 3 femmes de plus de 40 ans pour 1000). En revanche, il continue de progresser chez les mineures (+32% entre 1990 et 2004), concernant en 2004 11 500 jeunes filles de 15 à 17 ans, soit une sur 100 (tableau 2).

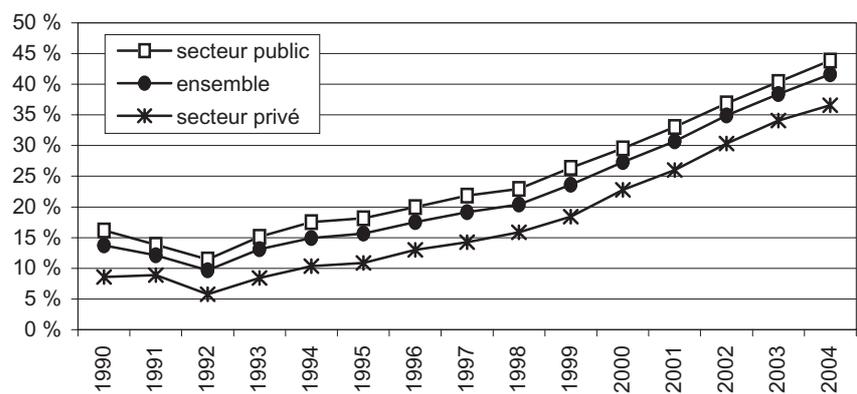
Globalement, le changement de structure de la population féminine entre 1990 et 2004 (avec une légère baisse de la part des femmes âgées de moins de 30 ans) a joué dans le sens de la baisse du taux d'IVG : le taux global d'IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, calculé pour 2004 de façon standardisée selon la population féminine de 1990, est supérieur de 1 point au taux d'IVG relevé en 2004.

Une activité toujours majoritairement exercée par les établissements publics

En 2004, 70 % des IVG ont été réalisées dans le secteur public, contre 60 % en 1990. La SAE (Statistique annuelle des établissements de santé)

3. Source : CNAMTS/DSES (Direction stratégie, études et statistiques).

G.01 évolution de la part des IVG médicamenteuses



Source : SAE (DREES).

T.01 répartition des IVG* en France métropolitaine selon le lieu de l'intervention

		1990	1995	2002	2003	2004
secteur public	nombre d'IVG	118 505	117 316	140 041	138 150	146 994
	part des IVG médicamenteuses	16 %	18 %	37 %	40 %	45 %
secteur privé	nombre d'IVG	78 901	62 332	66 555	65 196	63 670
	part des IVG médicamenteuses	9 %	11 %	30 %	34 %	37 %
ensemble	nombre d'IVG	197 406	179 648	206 596	203 346	210 664
	part des IVG médicamenteuses	14 %	16 %	35 %	38 %	42 %
part des IVG en secteur public		60 %	65 %	68 %	68 %	70 %

* Y compris les IVG médicamenteuses en ville.

Source : BIG, SAE (DREES).

E.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.

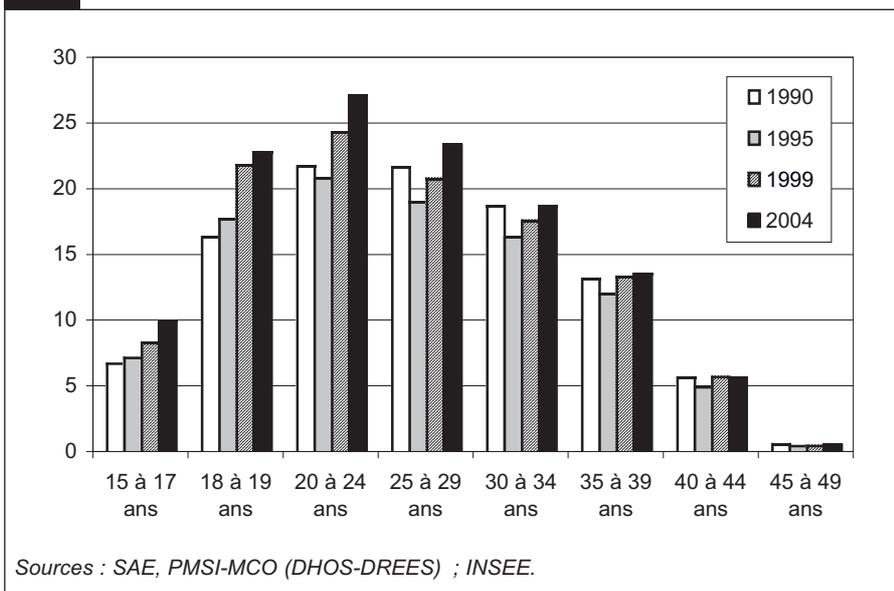
La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 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.

recense environ 650 établissements ayant réalisé des IVG en France métropolitaine, dont 400 en secteur public. Les 50 établissements présentant la plus forte activité concentrent à eux seuls près de 30 % des IVG réalisées dans l'année, alors qu'ils ne représentent que 7 % du nombre total d'établissements ; par ailleurs, 80 % d'entre eux sont des établissements publics.

Dans près de 90 % des cas, l'hospitalisation liée à une IVG pratiquée chirurgicalement ne dépasse pas 12 heures, et ce, quel que soit le secteur d'activité (87 % dans le public et 90 % dans le privé). La part des femmes hospitalisées plus de 24 heures demeure inférieure à 2 %. Le recours à l'anesthésie générale (la seule anesthésie recensée) continue d'augmenter (deux IVG chi-

G
•02

évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes selon l'âge



année, 282 ont fourni une réponse sur ce point en 2002, 311 en 2003 et 329 en 2004. Ils ont indiqué une durée moyenne d'environ 9 jours, de façon très stable chaque année. En 2004, 12 % des établissements estiment le délai d'attente supérieur à 2 semaines et seuls quatre d'entre eux l'évaluent à trois semaines ou plus.

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

En métropole, les régions Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France demeurent celles où les IVG sont les plus fréquentes, avec des recours supérieurs à 17 IVG pour 1000 femmes, contre une moyenne de 11,9 pour l'ensemble des autres régions (carte 1). Dans les régions Pays de la Loire et Auvergne, qui comptaient en 2003 moins de 10 IVG pour 1000 femmes, ces taux s'élèvent désormais respectivement à 10,3 et 10,8 (tableau 3).

Les écarts régionaux de structure d'âge ne suffisent pas à expliquer ces disparités régionales.

Depuis 1995, dans toutes les régions à l'exception des DOM (encadré 3), le nombre d'IVG connaît une augmentation. Certaines ont toutefois enregistré une progression particulièrement importante : parmi elles, la Corse (+57 % en 10 ans), le Centre et le Languedoc-Roussillon (+28 %). En dix ans, les taux relevés en Île-de-France et dans le sud-est de la France se sont nettement détachés de ceux du reste de la France : en 2004, les recours à l'IVG mesurés dans les régions Corse, Île-de-France, Languedoc Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur étaient ainsi supérieurs de 8 points à la moyenne des taux relevés dans les autres régions métropolitaines (graphique 3).

Parallèlement à la hausse du nombre d'IVG, l'usage de la contraception d'urgence est plus fréquent

La tendance à la hausse du nombre des IVG ne semble pas s'expliquer par une moindre utilisation des contraceptifs. En 2005, d'après le baromètre

T
•02

les interruptions volontaires de grossesse en France métropolitaine

	1990	1995	2002	2003	2004
total IVG	197 406	179 648	206 596	203 346	210 664
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14,0	12,3	14,4	14,1	14,6
évolution		-9,0 %	15,0 %	-1,6 %	3,6 %
répartition des IVG selon le groupe d'âge					
15-17	8751	8331	10722	11029	11517
18-19	14236	13102	16468	16290	17408
20-24	46134	43991	52420	51810	52929
25-29	46826	40315	44227	42824	44001
30-34	40262	35866	39819	39100	40512
35-39	28320	25999	29503	28621	29706
40-44	11612	10683	12224	12076	12521
45-49	922	1045	1180	1559	1313
IVG pour 1 000 femmes					
15-17	7,0	7,5	8,9	9,0	10,0
18-19	16,4	17,8	21,6	21,7	22,9
20-24	21,8	20,9	27,6	26,7	27,2
25-29	21,8	19,1	22,6	22,3	23,4
30-34	18,8	16,4	18,8	18,2	18,8
35-39	13,2	12,1	13,4	13,0	13,6
40-44	5,7	5,0	5,7	5,6	5,7
45-49	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6
total	14,0	12,3	14,4	14,1	14,6

Sources : BIG; PMSI-MCO, SAE (DHOS-DREES).

urgicales sur trois en 2004, contre moins d'une sur deux avant 2000).

Un délai moyen de prise en charge d'environ 9 jours

Depuis 2002, le 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 est disponible grâce aux déclarations des établissements à la SAE. Parmi les établissements ayant déclaré avoir pratiqué des IVG chaque

E•3

Les IVG dans les départements d'outre-mer

Les IVG sont nettement plus fréquentes dans les départements d'outre-mer (DOM) qu'en France métropolitaine. Ce sont la Guyane et la Guadeloupe qui présentent les recours à l'IVG les plus élevés : les taux d'IVG s'élevaient à 41,7 pour 1000 femmes en Guadeloupe en 2004, 33,8 en Guyane, 23,3 en Martinique et 19,9 à la Réunion (tableau 3). Ceux-ci sont associés à une natalité forte en Guyane mais beaucoup plus modérée en Guadeloupe.

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 : 2,7 % des naissances concernent les moins de 20 ans en métropole, contre 8,3 % dans les DOM en 2004 (jusqu'à 14 % en Guyane).

Malgré leur niveau qui reste largement supérieur à celui de la métropole, les recours à l'IVG ont cependant tendance à baisser dans les DOM depuis 1997, essentiellement en Guadeloupe et à la Réunion, où le nombre d'IVG pour 1000 femmes a diminué respectivement de 7 et de 5 points, tandis qu'il demeure globalement stable sur la période en Guyane et en Martinique.

blème de pilule (24,9 %) et un rapport sexuel non protégé (21,8 %). Cette pratique est surtout répandue chez les jeunes femmes : près de 33 % des femmes de 15-24 ans y ont déjà eu recours, contre seulement 9,7 % des 35-44 ans. Dans 7,5 % des cas, la prise d'une contraception d'urgence n'a pas suffi à éviter une grossesse.

Quant aux femmes confrontées à une grossesse non prévue, l'enquête GINE (grossesses interrompues, non prévues ou évitées ; voir Bajos, Ferrand, 2002), montre que près de trois sur quatre l'ont interrompue par une IVG.

Un recours aux interruptions de grossesse plus important dans les nouveaux pays membres de l'Union européenne

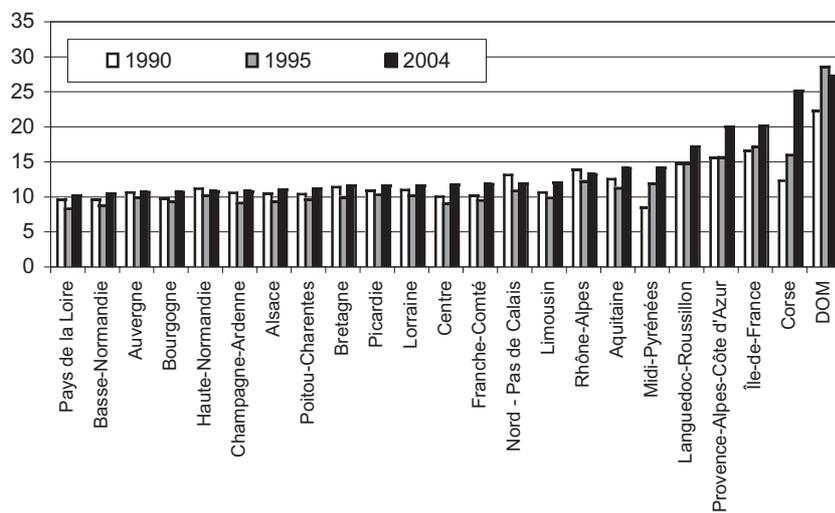
En Europe, à l'exception de l'Irlande et de Malte, le recours à l'interruption de grossesse est autorisé partout, mais parfois uniquement sur indications médicales ou en cas de viol, comme à Chypre, en Espagne, en Pologne ou au Portugal. La majorité des pays l'ont autorisé avant 1990. Cependant, en Belgique, Allemagne, Estonie, Lituanie, Pologne ou République tchèque, la législation en matière d'IVG date de moins de 15 ans, tandis que la Lettonie ou la Hongrie n'autorisent l'IVG que depuis respectivement 2002 et 2000. La législation autorise l'IVG jusqu'à 10 semaines de grossesse en Slovaquie, 18 semaines en Suède, 24 semaines en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas et 12 semaines dans les autres pays, comme en France.

C'est dans les nouveaux pays membres de l'Union européenne (UE) que les taux de recours aux interruptions de grossesse sont les plus élevés avec plus de 20 IVG pour 1000 femmes en Hongrie, Lettonie ou Estonie. Cependant, ces taux ont tendance à diminuer fortement depuis quelques années, alors qu'ils évoluent à la hausse dans la majorité des pays de l'« Europe des quinze » (graphique 5).

À l'exception de la France, de l'Angleterre et de la Suède qui ont mis en usage l'IVG par voie médicamenteuse (respectivement en 1987, 1991 et 1992), les autres pays de l'UE qui permettent le recours à l'IVG par voie médicamenteuse

G•03

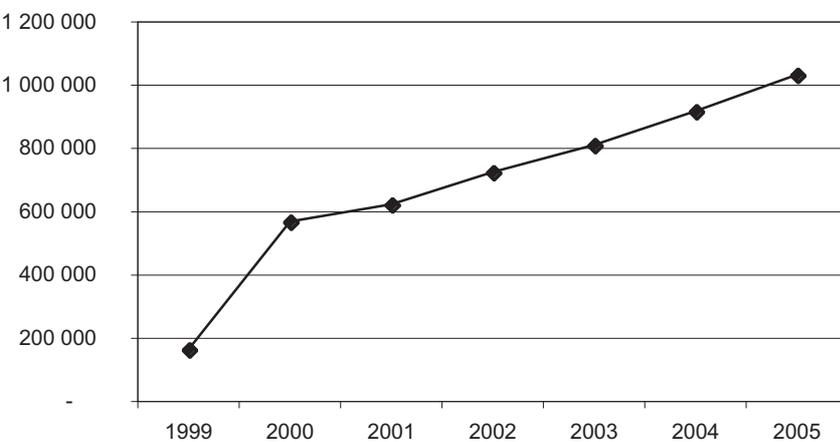
évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans selon la région



Sources : SAE (DREES), INSEE.

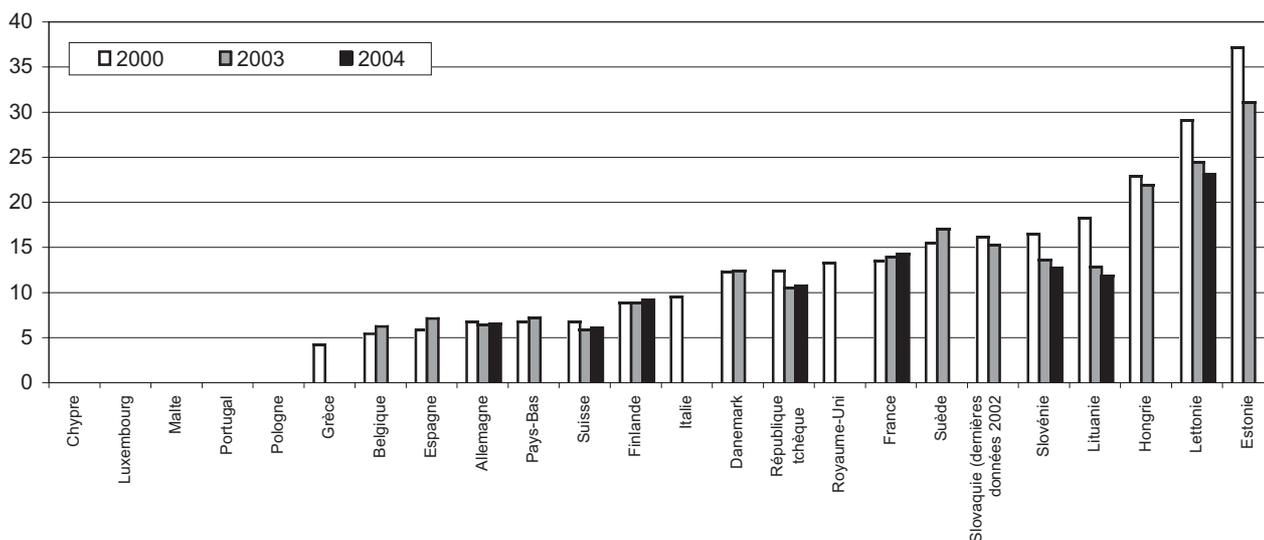
G•04

évolution des ventes de Norlevo®*



* Équivalent en nombre de boîte d'un comprimé de 1,5 mg.
Source : GERS-VILLE.

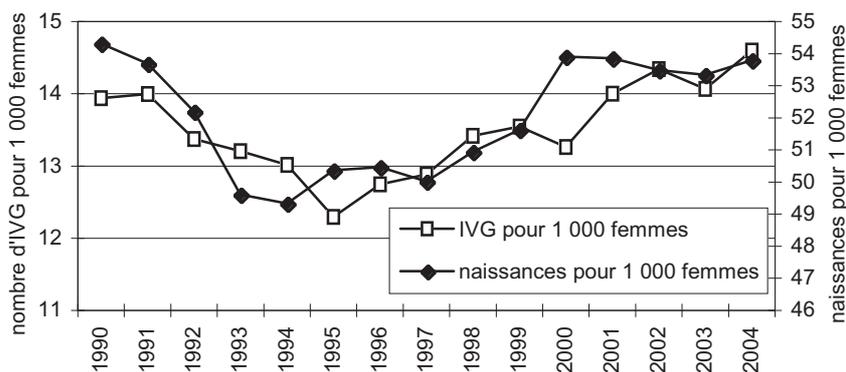
G
•05 nombre d'IVG pour 1 000 femmes dans l'Union européenne



Sources : OMS-division de la population des Nations unies ; OMS-HFA ; DREES pour les données françaises.

teuse (Myfëgyne) le font depuis le tout début des années 2000. En République tchèque, Slovaquie, Lituanie, Estonie, Hongrie et Italie, l'interruption de grossesse demeure une pratique exclusivement chirurgicale.

G
•06 évolution du nombre d'IVG et de naissances pour 1 000 femmes de 15-49 ans



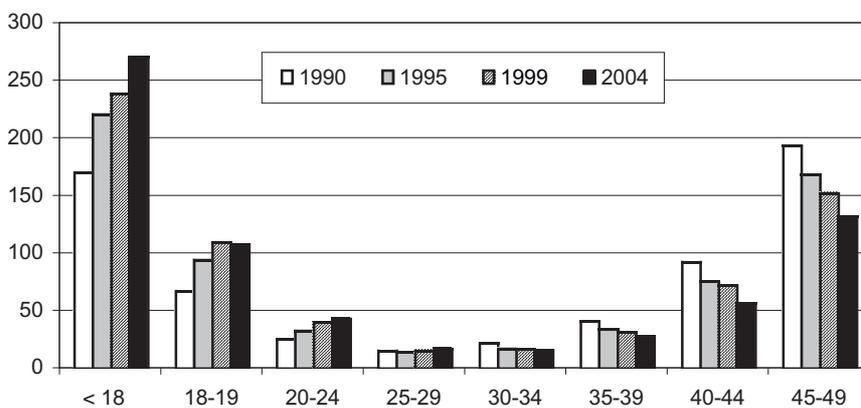
Source : SAE (DREES), INSEE.

E
•4

IVG et naissances

Globalement, il existe apparemment chez les femmes de 15 à 49 ans une forte corrélation temporelle entre les taux d'IVG et de naissances (graphique 6). L'évolution, apparemment parallèle, entre ces deux phénomènes ne peut toutefois pas être considérée comme un rapport simple : très stable depuis 1990, le rapport n'est constant ni par tranche d'âge, ni par région (graphiques 7 et 8). Ainsi, parmi les femmes de 25 à 29 ans, le nombre d'IVG pour 1 000 naissances reste relativement stable entre 1990 et 2004, alors qu'il diminue chez les femmes de 30 ans et plus (légèrement chez les 30-34 ans, fortement chez les 45-49 ans) et augmente chez les femmes âgées de moins de 25 ans (légèrement chez les 20-24 ans, fortement chez les 15-17 ans). Chez les mineures, l'augmentation du nombre d'IVG pour 1 000 naissances est accentuée par une baisse des naissances chez ces jeunes femmes de 1990 à 1995 et une augmentation des IVG de 1995 à 2004.

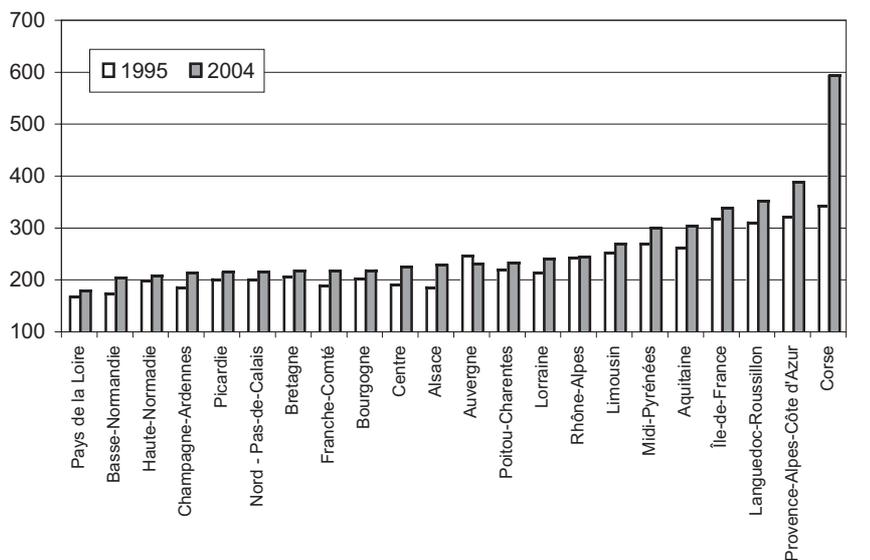
G
•07 IVG pour 100 naissances vivantes selon le groupe d'âge



Sources : SAE, PMSI-MCO (DHOS-DREES) ; INSEE.

G
•08

IVG pour 1 000 naissances selon les régions en 1995 et en 2004



Sources : SAE (DREES), INSEE.

Pour en savoir plus

- Bajos N., Moreau C., Léridon H., Ferrand M., 2004, « Pourquoi le nombre d'IVG n'a pas diminué depuis 30 ans? », Populations et Sociétés, décembre, n° 407, INED.
- Bajos N., Ferrand M. et l'équipe GINE, 2002, « De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues », Questions en santé publique, INSERM.
- Buekens P., Kaminski M., 1996, « Méthodes contraceptives et avortements, des progrès importants mais des questions encore non résolues », in Saurel-Cubizolles M.-J., Blondel B. (sous la dir. de), La santé des femmes, Paris, Flammarion, p. 81-100.
- Guilbert P., Gautier A., 2006, Baromètre santé 2005. Premiers résultats, mars, INPES.
- Vilain A., 2005, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2003 », Études et résultats, n° 431, octobre, DREES.