



Ministère  
de l'emploi, du travail  
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé  
et de la protection sociale



# Études et Résultats

N° 348 • octobre 2004

*Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 206 000 en France métropolitaine en 2002, soit une progression de 1,7 % en un an, contre 1,3 % de 1999 à 2001. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est de 14,3 en 2002, contre 14 en 1990. Ce taux moyen recouvre toujours un recours très différencié selon les tranches d'âge, allant de 27,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 20 à 24 ans à 5,6 pour 1 000 chez celles âgées de 40 à 44 ans. Près de 11 000 jeunes filles mineures ont en outre eu recours à une IVG en 2002, avec un taux de recours en croissance régulière depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, dans un contexte où, par ailleurs, la vente de médicaments indiqués pour la contraception d'urgence s'est accrue d'un tiers entre 2000 et 2003.*

*Deux IVG sur trois ont toujours lieu à l'hôpital public, et 35 % des IVG se font désormais par voie médicamenteuse. La part de ces dernières a crû de 5 points entre 2001 et 2002 et devrait continuer à augmenter avec l'autorisation, intervenue en 2004, de cette pratique dans le cadre de la médecine de ville. Les IVG demeurent plus fréquentes dans le sud de la France, en Île-de-France et surtout dans les départements d'outre-mer, indépendamment de la structure par âge des femmes et de la part du secteur privé dans ces régions.*

*La France se situait, dans l'Europe des 15, derrière la Suède parmi les pays qui avaient les taux d'interruption de grossesse les plus élevés. Elle occupe désormais une position médiane dans l'Union à 25 membres, les anciens pays de l'Est ayant toujours des taux d'IVG particulièrement élevés.*

**Annick VILAIN**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la Santé et de la protection sociale  
Drees

## Les interruptions volontaires de grossesse en 2002

**L**e nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 206 000 en 2002 en France métropolitaine, selon les données collectées à partir des systèmes d'information hospitaliers (SAE et PMSI) [encadré 1], soit 14 % de plus qu'en 1995. Leur nombre, qui avait reculé de 1990 à 1995, a réamorcé une lente progression depuis 1996 malgré la diminution depuis cette date du nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans (graphique 1 et tableau 1). Cette évolution a eu lieu parallèlement à une augmentation du nombre de naissances entre 1995 et 2000. Entre 2001 et 2002, la progression du nombre d'IVG a été de 1,7 %, contre une évolution annuelle moyenne de 1,3 % de 1999 à 2001. Cette progression est intervenue dans un contexte de modification législative du délai maximum de recours à l'IVG, qui ne semble toutefois avoir eu, d'après les premières informations recueillies, qu'un impact relativement marginal sur les évolutions quantitatives observées (encadrés 2 et 3).



## E•1

## Les différentes sources de données mobilisables pour 2002

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

I. 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 constituent quant à eux pas une source réellement exhaustive. 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. Disponibles jusqu'en 1998 et donnant lieu actuellement à une saisie complète pour l'année 2002, ils permettent toutefois de fournir des informations détaillées concernant la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes, leur nationalité...

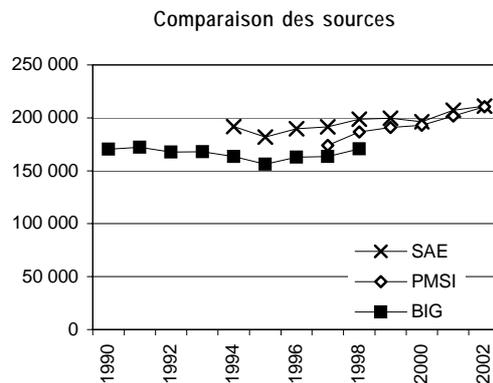
Les données du PMSI ne sont quant à elles pas complètement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des seules IVG (elles comprennent également les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical sans les distinguer), mais elles permettent de connaître l'âge précis de la patiente lors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

Le taux de couverture du PMSI est en effet légèrement inférieur à celui de la SAE (graphique). Ainsi, en sélectionnant les séjours selon le diagnostic principal (diagnostic principal codé O04 à O07 et Z64.0 en CIM10), le nombre d'interruptions de grossesses (y compris pour motif médical) issu du PMSI est inférieur de 0,3 % à celui fourni par la SAE en 2002, mais avec des écarts variables d'une région à l'autre. Incluant le mois de naissance des femmes, et non seulement l'année de naissance comme c'est le cas pour les bulletins, il permet toutefois une meilleure connaissance de l'âge des patientes et donc une meilleure estimation des IVG pratiquées sur des mineures.

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 2001 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 2002 est celle fournie par le PMSI, celle des années plus anciennes 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.

II. Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes concernées pourront être réalisées à partir des bulletins intégralement saisis pour l'année 2002, et, dans l'avenir, par voie d'enquêtes périodiques venant compléter les bulletins qui ont été simplifiés à partir de 2004, pour tenir compte de l'évolution récente de la législation (cf. encadré 2).



Champ : France métropolitaine.  
Sources : BIG, PMSI, SAE - Drees.

## E•2

## L'évolution récente de la législation et du 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 une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. L'arrêt de tarification concernant les IVG médicamenteuses en cabinet a été publié 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'hôpital auprès duquel ils ont passé une convention.

Le système de suivi statistique 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 sera 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 leurs parcours personnels et leurs modes de recours à la contraception.

## E•3

## Les IVG pratiquées au-delà de la dixième semaine de grossesse : premières informations

Suite à la loi votée en 2001, le délai légal maximum de recours à l'IVG a augmenté de deux semaines, passant de 10 à 12 semaines de grossesse. Une question spécifique a donc été introduite dans la SAE pour évaluer le nombre d'IVG concernées : sur 682 établissements ayant réalisé des IVG, 185 de ces établissements ont déclaré en avoir pratiqué lors des onzième et douzième semaines de grossesse ; celles-ci ont représenté 7 % du nombre des IVG qu'ils ont réalisées. Ces informations devront bien sûr être confirmées par l'analyse plus détaillée des bulletins saisis pour l'année 2002.

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

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

Le recours à l'IVG est très différent selon les tranches d'âge (graphique 2 et encadré 4), allant de 27,4 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, qu'il apparaît donc le plus fréquent. En outre, la fréquence des IVG s'accroît essentiellement parmi ces femmes de moins de 25 ans (elle était de 16,4 pour 1 000 femmes de cet âge en 1990 contre 20,9 en 2002). Chez les femmes de quarante ans ou plus, les recours à l'IVG, au contraire, ont très peu évolué depuis 1990. 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 4).

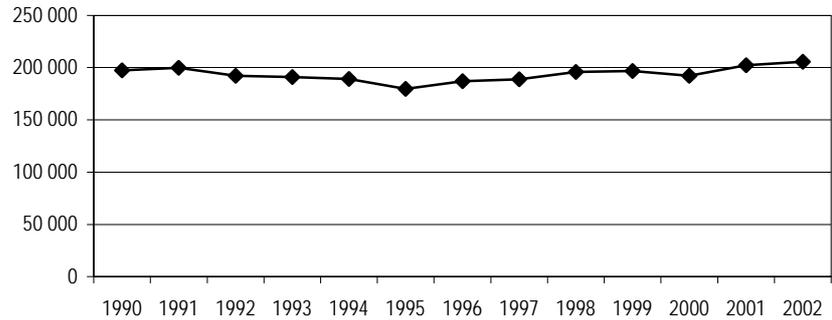
Près de 90 % des femmes ayant recouru à une IVG en 2002 avaient entre 18 et 39 ans. À ces âges, une femme sur 49 est concernée, contre une sur 106 parmi les mineures et une sur 321 parmi les femmes quadragénaires.

Globalement, l'évolution de la structure par âge de la population féminine a joué au cours des dix dernières années dans le sens d'une réduction globale du taux de recours à l'IVG, car la part des femmes âgées de 18 à 30 ans, les plus concernées par les IVG, s'est réduite au profit des plus âgées, qui y recourent moins souvent, pour des facteurs tenant à l'âge mais aussi à des effets de génération et à l'expérience acquise en matière de contraception.

*Près de 11 000 jeunes filles mineures ont recouru à une IVG en 2002*

Depuis 1990, plus de 8 000 jeunes filles mineures ont eu chaque année recours à une IVG (tableau 1). Ce nombre a

**G.01** évolution du nombre d'interruptions volontaires de grossesse



Champ : France métropolitaine  
Sources : BIG de 1990 à 1994, SAE de 1995 à 2002 - Drees.

**T.01** les interruptions volontaires de grossesse en France métropolitaine

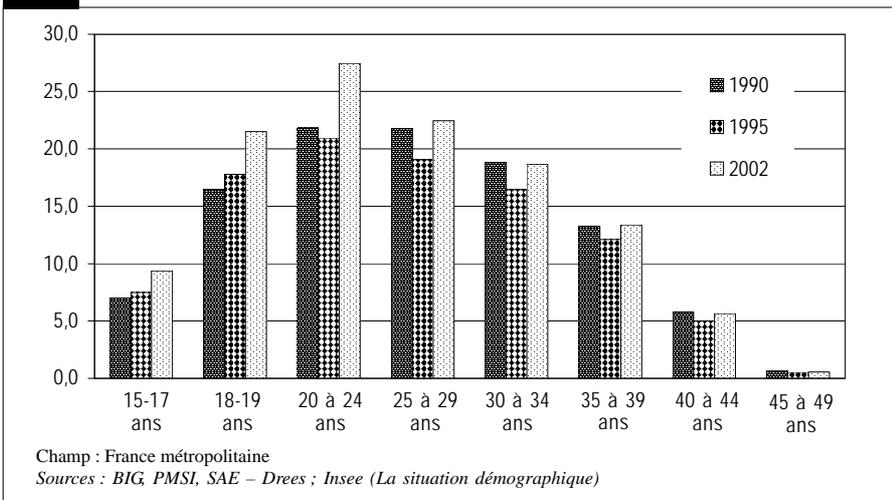
	1990	1995	2001	2002
<b>Total IVG</b>	<b>197 406</b>	<b>179 648</b>	<b>202 180</b>	<b>205 627</b>
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14,0	12,3	14,1	14,3
<b>Répartition des IVG selon le groupe d'âge</b>				
15-17	8 751	8 331	10 245	10 672
18-19	14 236	13 102	17 089	16 390
20-24	46 134	43 991	49 514	52 174
25-29	46 826	40 315	44 264	44 018
30-34	40 262	35 866	38 748	39 633
35-39	28 320	25 999	29 321	29 363
40-44	11 612	10 683	11 739	12 168
45-49	922	1 045	1 208	1 175
<b>IVG pour 1 000 femmes</b>				
15-17	7,0	7,5	9,1	9,4
18-19	16,4	17,8	21,7	21,5
20-24	21,8	20,9	26,6	27,4
25-29	21,8	19,1	21,8	22,5
30-34	18,8	16,4	18,3	18,7
35-39	13,2	12,1	13,4	13,4
40-44	5,7	5,0	5,5	5,6
45-49	0,7	0,5	0,6	0,6
<b>Total 15-49 ans</b>	<b>14,0</b>	<b>12,3</b>	<b>14,1</b>	<b>14,3</b>

Sources : BIG, PMSI, SAE - Drees

eu tendance à s'accroître depuis 1995, avoisinant 10 700 en 2002 contre 8 100 en 1993. Rapportées au nombre de femmes de chaque génération, ces IVG sont 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 nombreuses : d'après le baromètre de l'Institut national de prévention et

**G.02** nombre moyen d'IVG pour 1 000 femmes



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.

Chez les mineures de 15 à 17 ans, les recours à l'IVG, en croissance régulière à partir de 1996, sont passés de 7,0 IVG pour 1 000 femmes en 1990 à 9,4 pour 1 000 en 2002.

*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 2002 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 10,5 en Pays de la Loire et en Basse-Normandie. Les écarts les plus importants entre régions métropolitaines vont de 9,9 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 23,8 pour la Corse. Les départements d'outre-mer présentent quant à eux des taux de recours à l'IVG particulièrement élevés, essentiellement en Guadeloupe ou en Guyane où environ 40 femmes sur 1 000 sont concernées (encadré 5). Les écarts observés entre les régions ne proviennent à cet égard pas pour l'essentiel des différences de structure d'âge des populations régionales. Celles-ci restent minimales 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. Par exemple, le taux de recours à l'IVG chez les femmes âgées de 20 à 24 ans va de 18,1 pour 1 000 dans les 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

**E.4**

**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 désirées<sup>1</sup>. 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 années<sup>2</sup>. 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, d'après les données du CFES relatives à l'année 2000, pas avérée<sup>3</sup>.

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 mais ne va jamais en deçà de 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.

Toutefois, selon le Baromètre santé, le recours à la pilule du lendemain était 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 : la vente des médicaments indiqués pour la contraception d'urgence a ainsi augmenté d'un tiers entre 2000 et 2003 en termes d'unités de vente<sup>4</sup>. À cet égard, l'enquête de l'Inpes prévue fin 2004 permettra d'observer l'évolution survenue ces dernières années.

1. TOULEMON Laurent, LERIDON Henri : « Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortements », Population, n° 1, 1992, Ined.  
2. BOZON Michel : « 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 Philippe, BAUDIER François, GAUTIER Arnaud : « Baromètre santé 2000 », CFES, 2001.  
4. Source GERS-ville.

**E.5**

**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 2002, c'est la Guadeloupe qui compte le taux le plus élevé d'IVG par femme, 41,2 pour 1 000 contre 37,3 pour 1 000 en Guyane, 25,2 pour 1 000 en Martinique et 21,6 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 (2,1 % des naissances concernent les moins de 20 ans en métropole contre 8,5 % dans les DOM).

2,4 % dans une région limitrophe. À l'exception des femmes résidant en Picardie, (dont les recours se font souvent en Île-de-France ou dans le Nord-Pas-de-Calais pour maints autres domaines que les IVG), plus de neuf femmes sur dix qui interrompent leur grossesse le font donc dans leur région de résidence.

Le taux de recours régional à l'IVG est donc vraisemblablement le fruit de différences régionales de comportements relatifs à la sexualité, à la contraception et au désir d'enfant, eux-mêmes pouvant être liés aux structures familiales, aux revenus dont disposent les couples ou à leur catégorie socioprofessionnelle...

### 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 2002 (tableau 3)<sup>1</sup>. 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. 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. Dans 24 départements, aucune IVG n'a même été enregistrée dans le secteur privé. De ma-

nière générale, le secteur privé est beaucoup plus impliqué dans la pratique des IVG dans le Sud et en Île-de-France que dans le reste du pays.

### 35 % des IVG sont désormais médicamenteuses

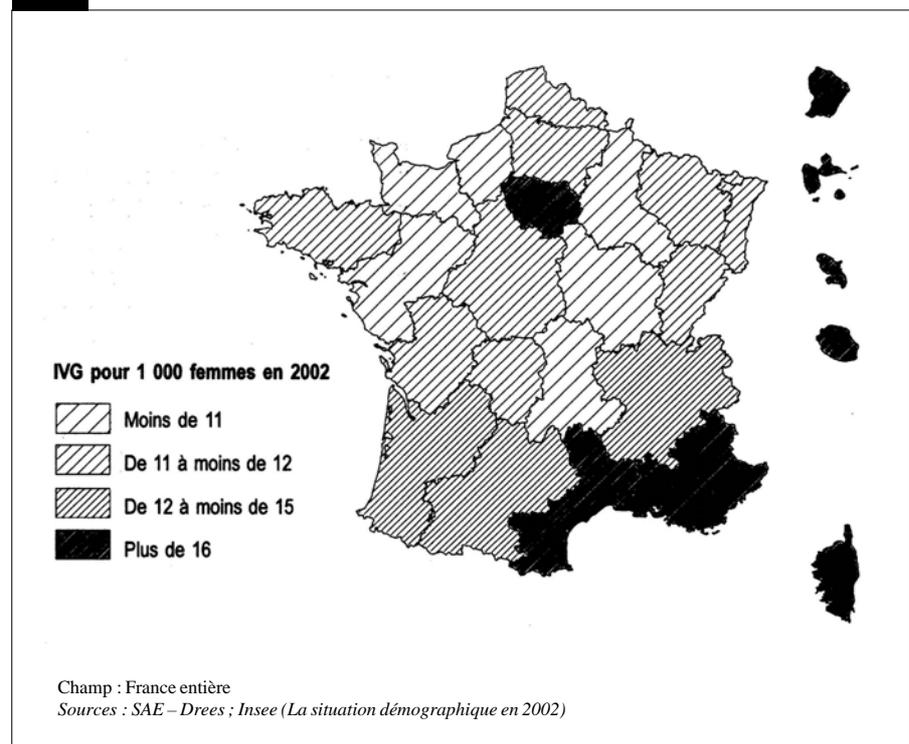
En 2002, 35 % des IVG ont été pratiquées par mode médicamenteux, contre 31 % en 2001. Cette part atteint désormais plus du double de celle observée en 1990 (graphique 3 et tableau 3). Ces changements de pratiques s'observent dans le secteur public comme dans les cliniques privées. Ainsi 7 % des établissements publics et 40 % des établissements privés déclaraient en 2002 ne réaliser aucune IVG par voie médicamenteuse. Ces proportions étaient respectivement

de 17 et 60 % en 1998. L'écart de recours à l'IVG médicamenteuse se maintient toutefois entre les deux secteurs en 2002, avec 36,9 % d'IVG médicamenteuses dans le secteur public contre 30,7 % dans le privé.

La durée de gestation influe à cet égard sur le choix de la méthode utilisée, les IVG médicamenteuses étant surtout pratiquées avant la septième semaine de gestation<sup>2</sup>. 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 être confirmées et approfondies à partir de l'exploitation des bulletins d'IVG. Avec la nouvelle législation votée en 2001 et

C  
01

nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans en 2002



5

1. 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.

2. 71 % des IVG médicamenteuses étaient réalisées en 1997 avant la septième semaine, contre 9 % des IVG instrumentales.

T  
02

## les interruptions volontaires de grossesse selon la région d'intervention en 2002

Région	IVG	IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	% IVG médicamenteuses	IVG auprès de mineures	% d'IVG en secteur public
ÎLE-DE-FRANCE	59 296	20,3	31,1	2 198	45%
CHAMPAGNE-ARDENNE	3 473	10,8	36,3	262	75%
PICARDIE	5 289	11,6	40,3	414	98%
HAUTE-NORMANDIE	4 669	10,6	25,0	351	83%
CENTRE	6 638	11,6	50,4	393	96%
BASSE-NORMANDIE	3 371	10,1	35,0	221	91%
BOURGOGNE	3 924	10,8	22,0	220	88%
NORD-PAS-DE-CALAIS	11 796	11,8	42,0	937	96%
LORRAINE	6 533	11,6	39,7	406	71%
ALSACE	5 115	11,5	58,3	298	80%
FRANCHE-COMTE	3 038	11,4	25,2	198	96%
PAYS DE LA LOIRE	7 732	9,9	28,9	438	92%
BRETAGNE	7 577	11,2	33,2	459	82%
POITOU-CHARENTES	4 262	11,4	37,4	265	70%
AQUITAINE	9 483	13,7	30,5	430	69%
MIDI-PYRENEES	8 545	14,1	42,4	367	43%
LIMOUSIN	1 823	11,8	36,0	119	87%
RHÔNE-ALPES	17 903	12,8	27,1	811	83%
AUVERGNE	3 171	10,7	30,5	195	89%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	9 167	16,6	40,3	479	64%
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	21 360	19,7	37,9	1 093	61%
CORSE	1 462	23,8	64,8	66	77%
France métropolitaine	205 627	14,3	34,9	10 622	68%
Guadeloupe	4 791	41,2	27,6	730	66%
Martinique	2 606	25,2	41,9		100%
Guyane	1 692	37,3	48,3		70%
Réunion	4 385	21,6	25,9		463
DOM	13 474	28,8	32,4	1 193	69%
France entière	219 101	14,8	34,7	11 815	76%

Sources : SAE, PMSI - Drees ; Insee

dont la mise en œuvre est intervenue en 2004, il est en outre probable que la part des IVG médicamenteuses continuera de s'accroître à l'avenir (cf. encadré 2).

Lorsqu'elles ne sont pas médicamenteuses, les IVG ont été en 2002 réalisées dans le cadre d'une hospitalisation inférieure à 12 heures dans près de neuf cas sur dix (84 % des cas dans le secteur public et 89 % dans le secteur privé). La part des hospitalisations de plus de 12 heures pour les pratiques de ces IVG instrumentales est passée de 22 % en 1995 à 14 % en 2002. Les hospitalisations supérieures à 24 heures ont, quant à elles, concerné 2,3 % des IVG instrumentales en 2002 contre 3,7 % en 1995.

*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 se-

E-6

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

L'année 2002 permet 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 en 2002, 282 ont fourni une réponse sur ce point et indiqué une durée moyenne d'environ 9 jours (8 jours dans le secteur privé et 9 jours dans le secteur public). 5 % des établissements estiment le délai d'attente à 15 jours et seuls neuf d'entre eux (appartenant tous au secteur public) l'évaluent à trois semaines ou plus. Ces informations, encore trop partielles pour être statistiquement validées, devront être confortées dans les prochaines années.

T  
03

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

		1990	1995	2001	2002
Secteur public	Nombre d'IVG	118 505	117 316	135 000	139 849
	Part des IVG médicamenteuses	16%	18%	33%	37%
Secteur privé	Nombre d'IVG	78 901	62 332	67 180	65 778
	Part des IVG médicamenteuses	9%	11%	26%	31%
Ensemble	Nombre d'IVG	197 406	179 648	202 180	205 627
	Part des IVG médicamenteuses	14%	16%	31%	35%
Part des IVG en secteur public		60%	65%	67%	68%

Sources : BIG, SAE - Drees

maines 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 que dans le cas d'un viol ou sur indications médicales.

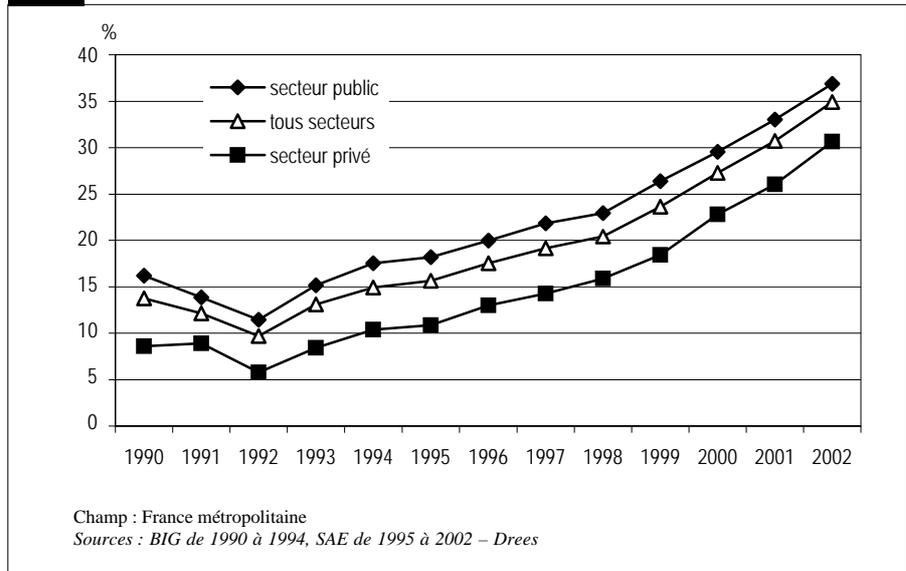
Les taux d'interruption de grossesse varient largement dans les pays dotés de législations qui les autorisent. En Europe, les taux de recours les plus élevés à l'IVG s'observent dans les pays nordiques, les pays de l'Est et ceux issus de l'ancienne Union soviétique. Dans ce dernier groupe de pays (où 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 contraceptives<sup>3</sup>.

Au sein de l'Europe des 15, la France se situait parmi les pays qui avaient les taux d'interruptions de grossesse les plus élevés, après la Suède et juste devant la Grande Bretagne, mais l'élargissement de l'Union européenne à 25 membres place désormais la France en position médiane (graphique 4). Le taux moyen de recours à l'IVG au sein de l'Union européenne est ainsi passé à 10,4 IVG pour 1 000 femmes.

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 de recours à l'IVG 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. ●

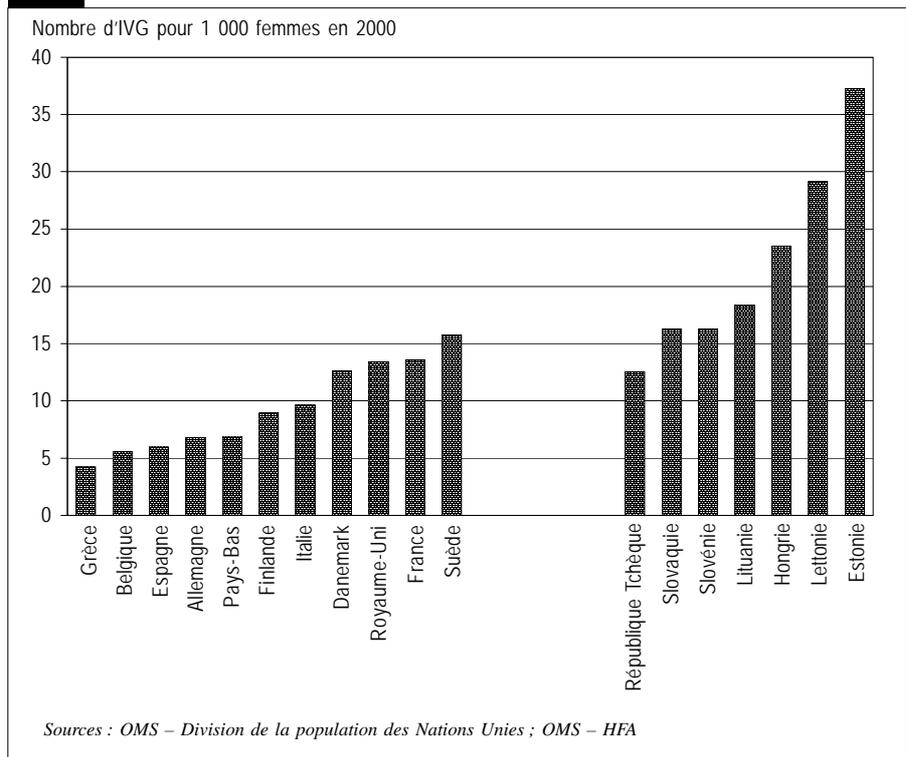
**G.03**

évolution de la part des IVG médicamenteuses



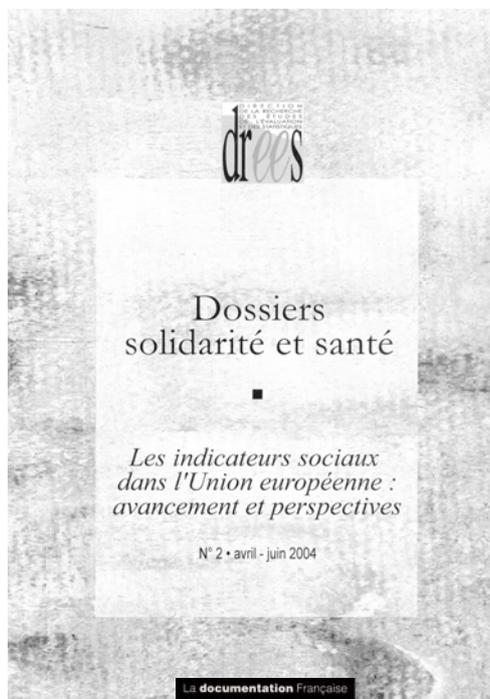
**G.04**

les interruptions de grossesse dans l'Union européenne



3. 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.

# à paraître en octobre



Dossiers Solidarité et Santé  
N° 2 avril - juin 2004

## LES INDICATEURS SOCIAUX DANS L'UNION EUROPÉENNE : AVANCEMENT ET PERSPECTIVES

Prix : 10,80 € (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé  
sont diffusés par la Documentation Française  
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,  
commande et abonnement annuel au :  
01 40 15 72 00

Commande en ligne : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

8

### Derniers numéros parus :

• Outils et méthodes statistiques pour les  
politiques de santé et de protection sociale  
N° 1, janvier-mars 2004

• Les revenus sociaux en 2002  
N° 4, octobre-décembre 2003

• La microsimulation des politiques  
de transferts sociaux et fiscaux à la Drees :  
objectifs, outils et principales études  
et évaluations  
N° 3, juillet-septembre 2003

• Des comptes de la santé par pathologie :  
un prototype pour l'année 1998  
N° 2, avril-juin 2003

• Les personnes âgées entre  
aide à domicile et établissement  
N° 1, janvier-mars 2003

### au sommaire de ce numéro

CONSTRUIRE DES INDICATEURS EUROPÉENS DE PENSIONS :  
UNE ENTREPRISE QUI RÉVÈLE LES PARTICULARITÉS NATIONALES  
DES SYSTÈMES DE RETRAITE

*Laurent CAUSSAT et Michèle LELIÈVRE*

LES INDICATEURS DE SUIVI DES PENSIONS :  
L'ANNEXE STATISTIQUE PRÉSENTÉE PAR LA FRANCE  
DANS LE RAPPORT DE STRATÉGIE NATIONALE SUR LES PENSIONS

*Hanène BELHAJ*

MÉTHODOLOGIE DES INDICATEURS DU PLAN D'ACTION  
POUR L'INCLUSION SOCIALE

*Patrick PÉTOUR*

PRÉSENTATION DE L'ANNEXE STATISTIQUE FAISANT LE BILAN  
DU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION SOCIALE  
EN FRANCE POUR LA PÉRIODE 2001-2003

*Brou ADJÉ et Patrick PÉTOUR*

QUELQUES COMMENTAIRES SUR L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS  
ASSOCIÉS AU PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'INCLUSION  
SOCIALE POUR LA PÉRIODE 2001-2003

*Katia JULIENNE et Patrick PÉTOUR*

UN NOUVEL INDICATEUR EUROPÉEN :  
LES TRAVAILLEURS PAUVRES

*Michèle LELIÈVRE, Eric MARLIER et Patrick PÉTOUR*

CONSTRUCTION D'UN INDICATEUR DES « SANS-ABRI » :  
QUELLE HARMONISATION AU NIVEAU EUROPÉEN ?

*Cécile BROUSSE*

DÉMARCHE ET PROPOSITIONS POUR UNE HARMONISATION  
DES ENQUÊTES ET INDICATEURS DE SANTÉ EN EUROPE :  
L'APPROCHE D'EURO-REVES

*Jean-Marie ROBINE, Emmanuelle CAMBOIS et Isabelle ROMIEU*