

N° 69 • juin 2000

Les IVG en 1998

En 1998, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (IVG) s'établit à 214 000, soit 6 % de plus qu'en 1990. Dans le même temps, le taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans a légèrement diminué (de 13,6 à 13,3). Si l'on restreint l'observation aux femmes de 15 à 44 ans, il s'est au contraire un peu accru (de 15,0 à 15,4‰). En fait, ce taux, stable après 25 ans, a plutôt crû pour les jeunes et très jeunes femmes, ce qui révèle peut-être un changement de comportement.

Le secteur hospitalier public assure les deux tiers des IVG. Son activité n'est minoritaire en ce domaine que dans douze départements, situés en Ile-de-France et dans le sud de la France. Ces régions sont, par ailleurs, celles où le taux d'IVG est plus élevé que la moyenne de France métropolitaine. Les départements d'Outre-mer présentent des taux d'IVG plus importants. Le secteur public assure, en outre, la majeure partie de la prise en charge des IVG par mode médicamenteux qui concerne désormais le cinquième des IVG pratiquées.

Marie LE CORRE et Édith THOMSON
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

En 1998, 214 000 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été pratiquées en France, dans les hôpitaux publics et privés contre 202 000 en 1990, soit 6 % de plus. Le nombre d'IVG (encadré 1) avait plutôt légèrement diminué de 1990 à 1995 (199 000). Il a augmenté deux fois, en 1996 et en 1998 (graphique 1), sans que l'on puisse encore établir si ces évolutions récentes sont accidentelles ou ont une dimension plus structurelle.

Rapporté au nombre de femmes considérées habituellement comme étant en âge de procréer (c'est à dire les femmes de 15 à 49 ans), le nombre d'IVG pour 1 000 femmes a évolué à la baisse, de 13,6 en 1990 à 13,3 en 1997. Toutefois, il faut noter qu'à partir de 1991, les femmes nées dans les années d'après-guerre arrivent dans la tranche d'âge des 45 à 49 ans au sein de laquelle les IVG sont rares (0,7 ‰). L'augmentation importante du nombre de femmes dans cette tranche d'âge (700 000 entre 1990 et 1997) exerce, à cet égard, un effet mécanique à la baisse.

Si, en revanche, on ne prend en compte que les femmes âgées de 15 à 44 ans, le taux d'IVG apparaît plutôt en légère progression, de 15,0 ‰ en 1990 à 15,4 ‰ en 1997.



E-1

Méthodologie

Le nombre des IVG déclarées est obtenu à partir de deux sources d'information :

- les bulletins d'interruption volontaire de grossesse qui doivent être renseignés pour chaque IVG par l'établissement dans lequel elle a lieu ;
- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui recense toutes les IVG facturées au forfait.

Ce nombre ne comprend pas les IVG qui seraient facturées sous une autre cotation ni celles qui seraient effectuées en dehors des hôpitaux publics et privés.

La comparaison établissement par établissement fait apparaître un certain nombre de divergences entre les chiffres des bulletins et les chiffres de SAE. Dans ce cas, c'est le chiffre le plus élevé des deux qui est retenu après une analyse permettant d'éliminer la plupart des risques de doubles comptes. En raison de défauts de transmission, c'est souvent le nombre des bulletins qui est le plus faible.

En ce qui concerne l'année 1998, la vérification et l'exploitation des bulletins ne sont pas achevées, les chiffres pour cette année sont donc ceux de l'enquête SAE complétée éventuellement par les bulletins disponibles et faisant apparaître pour l'établissement concerné un nombre d'IVG supérieur à celui que donne la SAE. Ces corrections ont eu pour effet d'augmenter les chiffres de la SAE d'environ 1 600 IVG réparties dans une dizaine de départements, soit un peu moins que les années précédentes (2 000 à 3 000 en moyenne).

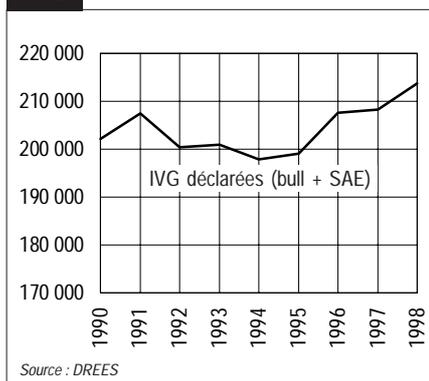
Les taux d'IVG pour 1 000 femmes sont ceux issus de l'exploitation des bulletins, l'enquête SAE ne permettant pas de répartir les IVG selon l'âge et le domicile des patientes. Au niveau départemental, les populations de femmes auxquelles sont rapportées les IVG en 1997 sont estimées au 1/1/1998. Dans l'attente des résultats du recensement de 1999, les structures par âge n'ont pas été prises en compte. Elles pourraient expliquer une part des taux faibles (respectivement forts) des départements dont la population de femmes est plus (respectivement moins) âgée.

Le relevé des dépenses liées à la prise en charge des IVG par l'État constitue une troisième source d'information. Le décalage de quelques mois entre les interventions et les mandats empêche de confronter strictement les chiffres pour une même année, mais permet de confirmer les ordres de grandeur et les tendances présentés dans cette étude.

Les interruptions thérapeutiques de grossesse (ITG) déclarées pour des motifs médicaux sont incluses dans cette étude. Leur nombre est faible : 3 000 en 1998.

G
•01

nombre d'IVG de 1990 à 1998



Source : DREES

Légère croissance du taux d'IVG chez les plus jeunes femmes

Les différences de taux d'IVG observées selon l'âge des femmes illustrent les moments de la vie pour lesquels le risque d'interruption de grossesse peut se révéler plus ou moins important. Ces différences peuvent aussi indiquer des évolutions de comportement d'une génération à l'autre, les plus jeunes remplaçant leurs aînées au fil du temps.

De 1990 à 1997, le recours à l'IVG est plutôt stable au-delà de 25-26 ans alors qu'il augmente chez les plus jeunes (graphique 2). Les taux les plus élevés concernent les femmes de 20 à 24 ans (24 % en 1997, 21 % en 1990), mais la plus forte augmentation est le fait des 18-19 ans : 19 % contre 15 % sept ans auparavant.

Pour les très jeunes, âgées de 15 à moins de 18 ans, le taux atteint près de

7 % en 1997 (6 % en 1990). Cette évolution, certes limitée par rapport à celle constatée pour les femmes un peu plus âgées, illustre l'importance d'une information précoce sur les moyens contraceptifs et d'un accès facilité aux jeunes.

L'augmentation du taux d'IVG chez les jeunes peut donner lieu à plusieurs hypothèses, encore difficiles à confirmer (encadré 2).

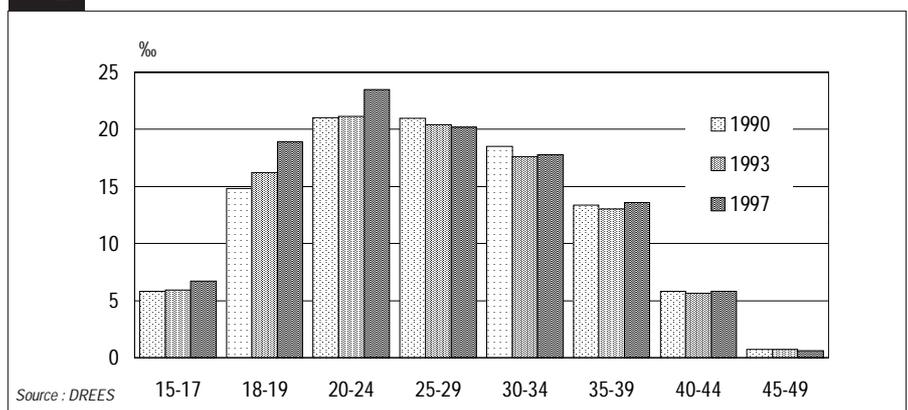
Montée en charge des IVG par mode médicamenteux

Une autre évolution peut être constatée au niveau des techniques utilisées. L'IVG par mode médicamenteux apporte désormais la possibilité de recourir à une technique moins invasive. Cependant, la mifépristone (RU 486) ne peut être utilisée légalement que dans les trois semaines qui suivent l'absence des règles (soit 49 jours d'aménorrhée) (encadré 3). Elle ne concerne donc que les IVG très précoces.

Son utilisation se développe progressivement : 14 % des IVG en 1990, 20 % en 1998. Cette technique est plus souvent utilisée au sein des établissements du secteur public (23 % des IVG en 1998) contre 16 % pour les cliniques soumises à l'Objectif quantifié national (OQN)¹ et 13 % pour les établissements privés sous budget global. 17 % des établissements publics et 60 % des établissements privés ne pratiquent pas d'IVG médicamenteuses.

G
•02

taux d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (France entière)



Source : DREES

Deux tiers des IVG sont pratiquées par le secteur public

Le système hospitalier public étant tenu de par la loi (encadré 3) de répondre aux demandes d'interruption de grossesse, les hôpitaux publics prennent en charge les deux tiers environ des IVG réalisées sur l'ensemble du territoire. Dans le secteur privé, ce sont surtout les cliniques soumises à l'OQN qui assurent ces interventions, les établissements privés sous budget global n'en réalisant, pour leur part, que moins de 3 %.

Dans plus de la moitié des départements, plus de 75 % des IVG sont réalisées dans le secteur public (carte 1). Dans dix-neuf départements, le secteur privé n'intervient pas.

En revanche, dans douze départements, les établissements privés réalisent plus de la moitié des IVG. Ils se situent essentiellement dans la région Ile-de-France et dans quelques départements du Sud.

Recours plus important à l'IVG en Ile-de-France et dans le sud de la France

Le quart des départements métropolitains présente des taux d'IVG su-

périeurs à la moyenne (13,3 ‰). Ils sont exclusivement concentrés en Ile-de-France et dans les régions du sud de la France : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, PACA et Rhône-Alpes ainsi que dans les DOM (carte 2). Il en va ainsi dans certains départements très urbanisés où le taux d'IVG peut dépasser 18 ‰ : la Seine-Saint-Denis, Paris, le Val-de-Marne, le Var, les Bouches-du-Rhône et les Hauts-de-Seine. Toutefois, dans les régions du sud, trois départements, plus ruraux, ont des taux inférieurs à 10 ‰. Il s'agit des Landes, du Gers et de la Lozère.

À l'opposé, un quart des départements présente des taux inférieurs à 10 ‰. Ils se situent principalement dans la partie centrale du territoire. Ainsi, en Vendée, dans les Deux-Sèvres et en Mayenne les taux sont inférieurs à 8,5 ‰.

Pour la moitié restante des départements les taux d'IVG varient entre 10 ‰ et 13 ‰. Les régions du nord de la France, Nord-Pas-de-calais, Picardie, Haute-Normandie, ainsi que la Bretagne et l'Alsace se situent par exemple intégralement dans cette fourchette.

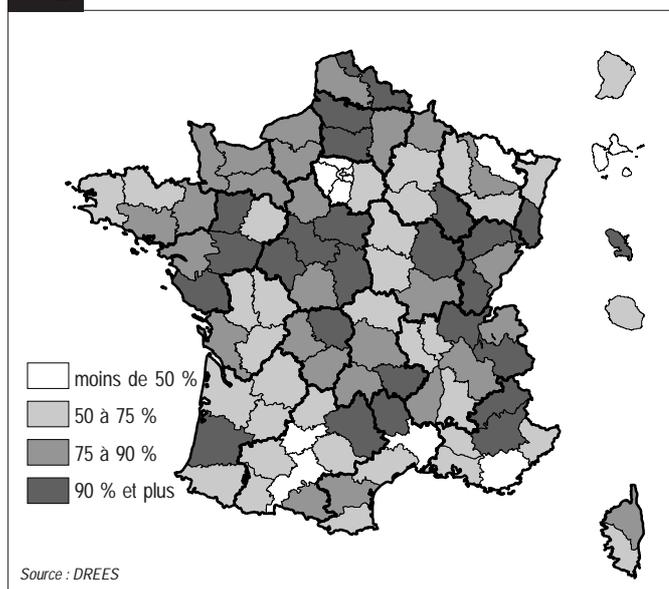
Dans les départements d'Outre-mer, les taux d'IVG sont souvent très élevés et posent manifestement le problème du recours à la contraception (en-

cadre 4, relatif aux DOM).

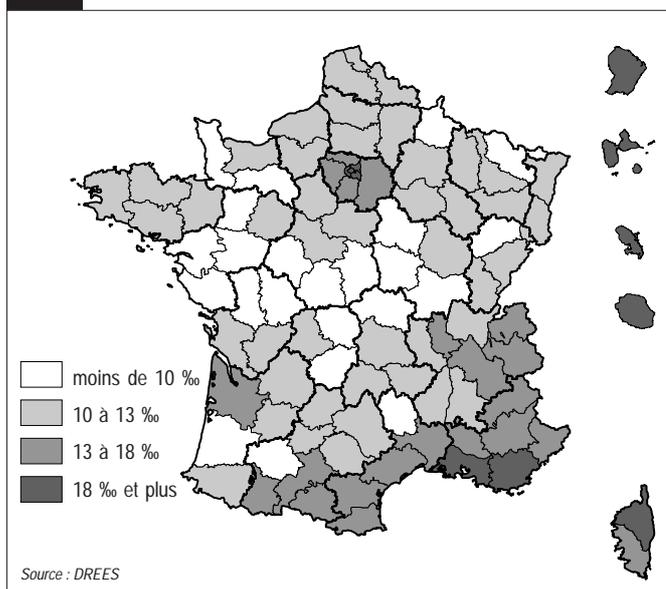
Si les transferts (IVG pratiquées dans un département autre que celui où la femme est domiciliée) sont assez nombreux (17 % en métropole), ils se font généralement dans un département limitrophe, le plus souvent à l'intérieur d'une même région. Quelques régions font cependant exception : l'Ile-de-France, notamment, accueille des patientes de toute la France. Ces transferts se font au profit de localités plus accessibles ou mieux équipées. Une autre raison peut être le désir d'anonymat, en particulier quand il n'existe qu'un ou deux établissements pratiquant les IVG dans le département.

1. Les établissements sont répartis en trois secteurs : le secteur public ; le secteur privé sous dotation globale qui comprend les établissements privés ayant opté pour ce mode de tarification, et rassemble principalement les établissements participant au service public hospitalier ; le secteur qui regroupe les établissements privés relevant de l'article L-710-16.2 du code de la Santé publique, les établissements à tarif d'autorité ainsi que les établissements sans mode de fixation des tarifs. Ce secteur est intitulé "établissements soumis à l'OQN (Objectif quantifié national)".

C.01 part du secteur public dans les IVG pratiquées par département (France entière)



C.02 nombre d'IVG pour 1 000 femmes en âge de procréer (France entière)



E•2 L'évolution des taux d'IVG chez les jeunes femmes : des hypothèses à confirmer

Les évolutions de taux d'IVG mises en évidence par le dispositif statistique utilisé sont assez ténues et très récentes. Elles peuvent donner lieu à plusieurs hypothèses, encore difficiles à confirmer.

Une augmentation de la fréquence ou de la précocité des rapports sexuels semble devoir être écartée. L'âge médian des premiers rapports est situé à 17 ans pour les filles comme pour les garçons depuis plusieurs décennies (baromètre santé jeunes 1997/1998).

L'évolution des modes de vie dans un contexte parfois marqué par la précarité économique pourrait apporter des éléments d'explication.

Une fraction significative des jeunes femmes d'aujourd'hui a, en effet, été confrontée à des situations prolongées de chômage, pour elles-mêmes ou leurs proches. Ceci a, entre autres, pour effet de conduire à des installations en couples plus tardives, avec ou sans mariage, et donc à un nombre croissant de jeunes femmes seules ou n'ayant pas de situation professionnelle et familiale stable. Celles-ci pourraient avoir plus de difficultés, souvent en raison de leur situation matérielle, à recourir à une contraception efficace et, en cas de grossesse accidentelle, ne pas se sentir en mesure de l'assumer.

L'accent mis sur la prévention contre le SIDA et l'usage du préservatif a pu aussi faire ressentir la contraception comme un élément secondaire au regard de la protection contre la maladie et ne pas inciter à des pratiques contraceptives plus systématiques ou plus sûres que le seul préservatif.

La situation des jeunes femmes de 18 à 20 ans scolarisées, "ayant droit" de leurs parents pour la prise en charge de la sécurité sociale, peut enfin susciter des difficultés. Étant majeures, elles n'ont plus droit à la gratuité des consultations médicales et des contraceptifs dans les centres de planification familiale, alors que leurs moyens financiers sont souvent limités, et qu'elles peuvent hésiter à solliciter un remboursement nécessitant d'informer leur famille.

E•3 La législation en matière d'IVG

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) a été autorisée en France sous certaines conditions, de façon temporaire par la loi du 17 janvier 1975, puis de façon définitive par la loi du 31 décembre 1979. Son remboursement pris en charge par l'État a été mis en œuvre en 1983 (Loi 82-1172 du 31/12/1982).

Toute femme en situation de détresse peut demander une IVG à un médecin. Après un entretien social et une semaine de réflexion (délai qui peut être réduit en cas d'urgence), elle doit confirmer sa demande.

L'acte doit avoir lieu dans un établissement hospitalier habilité à recevoir des femmes enceintes, avant la fin de la 10ème semaine de gestation, soit 12 semaines d'aménorrhée.

Les mineures doivent produire une autorisation parentale, les étrangères doivent justifier d'un titre de résidence en règle.

Jusqu'à 49 jours d'aménorrhée (7 semaines), l'interruption de grossesse peut être réalisée par la prise de médicaments en association : une antiprogestérone, la Mifegyne (RU 486 ou mifépristone), administrée par voie orale, associée à un analogue de progestérone par voie orale ou vaginale.

Par ailleurs, l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) peut être pratiquée sans limitation de délai s'il y a accord de deux médecins (dont un expert auprès des tribunaux) sur la situation de risque grave pour la femme ou pour l'enfant.

Sont tenus de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, en application des articles L. 162-8 et L. 162-9 du code de la santé publique (Décret 88-59 du 18/01/1988) :

- 1 • les centres hospitaliers régionaux ;
- 2 • les centres hospitaliers généraux ;
- 3 • les autres établissements d'hospitalisation publics qui comportent une unité pour pratique chirurgicale ou obstétricale, à l'exception des centres hospitaliers spécialisés.

Les établissements privés sont astreints à ne pas dépasser un quota d'IVG égal au quart des actes chirurgicaux ou obstétricaux qu'ils pratiquent.

4

E•4 Les IVG dans les DOM

Taux d'IVG dans les DOM et IVG répétées*

Les taux d'IVG en 1997 sont plus élevés dans les départements d'Outre-mer qu'en France métropolitaine. Ils atteignent 2 fois le taux métropolitain pour la Martinique, la Guyane et la Réunion et 3,5 fois en Guadeloupe.

En Martinique et à la Réunion, environ un quart des femmes qui ont subi une IVG en 1996 en avaient déjà subi au moins une autre précédemment. Cette situation est relativement proche de celle de la France métropolitaine. Cette proportion est, en revanche, sensiblement plus élevée en Guyane où elle dépasse le tiers et surtout en Guadeloupe où elle atteint 43 % (tableau).

Ces IVG répétitives représentent, pour l'ensemble des DOM, 12 % des IVG concernant les jeunes femmes de moins de 20 ans. Le risque de telles répétitions s'accroît bien sûr avec l'âge. La moitié des IVG réalisées sur des femmes de 30 à 34 ans en Guyane et en Guadeloupe ont un caractère répétitif, contre un tiers pour la France métropolitaine.

Taux d'IVG ¹ (en %, en 1997)		Taux de répétition ² (en % des IVG, en 1996)					Ensemble
		Moins de 20 ans	20 à 24 ans	25 à 29 ans	30 à 34 ans	35 à 49 ans	
49	Guadeloupe	12	35	46	53	56	43
27	Guyane	12	33	38	52	47	37
25	Réunion	12	24	36	39	41	28
26	Martinique	12	20	26	30	37	25
13	France métropolitaine	7	19	28	33	33	26

1. Nombre d'IVG en 1997 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.
2. Lecture : en Guadeloupe, sur 100 femmes de moins de 20 ans ayant subi une IVG en 1996, 12 en avaient déjà subi au moins une auparavant.

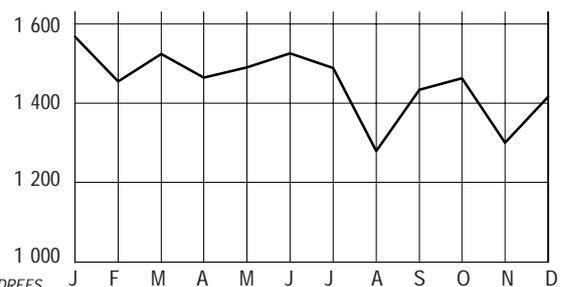
*. Pourcentage de femmes qui, ayant subi une IVG en 1996, en avaient déjà subi au moins une antérieurement.

Champ : départements d'Outre-mer.

Source : DREES

E•5 Répartition mensuelle des IVG

Le nombre d'IVG mensuelles subit des variations saisonnières, c'est-à-dire qui s'observent régulièrement chaque année de façon similaire. On observe une baisse en février et surtout une chute importante en août, due très vraisemblablement à la fermeture ou à la baisse d'activité d'un certain nombre d'établissements (graphique). Un niveau relativement faible apparaît également en novembre, mais sans qu'il puisse être expliqué par les capacités d'accueil.



Source : DREES

