

DRASS

Info

Languedoc-Roussillon

FÉVRIER 2008 ÉTUDES STATISTIQUES DE LA DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

4^{N°}
6

Sommaire

La loi	2
Position de la région	3
Evolution	4
Public/Privé	4
La médecine de ville	5
Localisation des établissements	6
IVG médicamenteuses	6
Age	7
IVG tardives	8
IVG itératives	8
Situation socio-professionnelle	9
Typologie des femmes	10
Le recours au Norlévo®	11
Sources et définitions	12
En savoir plus	12

Interruptions Volontaires de Grossesse en Languedoc-Roussillon

Fin 2006

En 2006, 10 330 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en Languedoc-Roussillon (y compris celles réalisées par les médecins de ville), soit une augmentation de 11% depuis 2001. Ainsi le nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans est passé de 17% à 18% en 5 ans. Avec 357 IVG pour 1 000 accouchements le Languedoc-Roussillon se place au 3^{ème} rang parmi les régions françaises. 59% des IVG sont réalisées dans les centres hospitaliers publics de la région. Cependant, entre 2001 et 2006, les interventions pratiquées dans le secteur privé ont augmenté plus vite que dans le secteur public. Les IVG tardives, c'est-à-dire au-delà de la 12^{ème} semaine d'aménorrhée, sont réalisées en grande majorité (90%) dans le secteur public. En 2006, plus de la moitié des IVG sont pratiquées par voie médicamenteuse. Le recours à cette technique a davantage progressé, entre 2001 et 2006, dans le Languedoc-Roussillon que dans l'Hexagone mais est très contrasté d'un établissement à l'autre.

Près de 15 femmes mineurs sur 1 000 ont eu recours à une IVG en 2006, contre 10% en 2002. Elles réalisent plus souvent que leurs aînées une IVG au-delà de la 10^{ème} semaine d'aménorrhée. Elles ont aussi plus souvent recours au secteur public pour avorter.

Un tiers des femmes ayant subi une IVG en 2005 avait déjà subi une IVG antérieurement. Cette part est en forte augmentation par rapport à 2001, notamment chez les femmes de plus de 40 ans.

Par ailleurs, le nombre de boîtes de Norlévo® (communément appelé "pilule du lendemain") distribuées aux officines de pharmacie du Languedoc-Roussillon a augmenté de 86% depuis cette date. En 2006, 102 boîtes ont été délivrées en moyenne pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans la région. La mise en place, en 2002, d'accès facilités à la "contraception d'urgence", notamment auprès des mineurs, n'a pas fait baisser le nombre d'IVG.

Dossier

Photo INGRAM - imagedlibrary

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont autorisées en France depuis la "Loi Veil" du 17 janvier 1975. La loi du 4 juillet 2001 porte le délai de recours à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (voir encadré 1). On distingue les IVG des IMG (interruptions de grossesse pour motif médical - voir encadré 2) non prises en compte dans l'étude.

Malgré un taux de contraception élevé, le nombre d'IVG reste très important en France. Depuis 2001, on estime chaque année à environ 210 000 le nombre d'IVG pratiquées en France métropolitaine. En 2006, 14,5 femmes pour 1 000 âgées de 15 à 49 ans ont eu recours à une IVG.

L'étude présentée permet d'actualiser les données régionales et de préciser les spécificités départementales en matière d'IVG.

La situation préoccupante en matière d'IVG dans la région a conduit les pouvoirs publics à inscrire dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) l'objectif prioritaire de "Promouvoir une sexualité épanouissante et responsable". La nécessité de généraliser des programmes d'éducation à la sexualité en direction des adolescents reste plus que jamais d'actualité.

Encadré E1 :

Interruption volontaire de grossesse : ce que dit la loi...

- **La Loi Simone Veil** du 17 janvier 1975, légalise l'avortement en France à titre provisoire pour 5 ans. La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse (art L162-1). La femme mineure célibataire doit avoir l'autorisation d'une personne qui exerce l'autorité parentale.
- **La Loi Pelletier** du 31 décembre 1979 rend le droit à l'IVG définitif.
- **La Loi Roudy** du 31 décembre 1982 prévoit le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale.
- **La Loi Neiertz** du 27 janvier 1993 sanctionne le délit d'entrave à l'IVG, suite aux manifestations "anti-IVG".
- **La Loi du 14 décembre 2000** prévoit, afin de prévenir le recours à une IVG, la prescription ou la délivrance d'une "contraception d'urgence" aux mineures désirant garder l'anonymat. Cette délivrance aux mineures s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies ou dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible.
- **La Loi du 4 juillet 2001** allonge le délai de recours à l'IVG de dix à douze semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (absence de règles). Les mineures, qui veulent garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale, ont la possibilité de faire appel à un adulte référent de leur choix pour les épauler dans leur démarche. La pratique des IVG médicamenteuses en médecine de ville est autorisée.

Encadré E2 :

Interruption volontaire de grossesse et interruption médicale de grossesse

Les données présentées ici concernent uniquement les IVG. Les interruptions médicales (IMG) sont exclues de l'étude.

Une IMG est pratiquée pour motif thérapeutique, dans le cas où la poursuite de la grossesse met en péril la santé de la femme (insuffisance cardiaque, rénale ou respiratoire, cancer...) ou s'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Le motif thérapeutique doit être attesté par deux médecins. L'IMG n'est soumise à aucun délai, elle est praticable jusqu'à la naissance.

IVG : une spécificité de l'arc méditerranéen

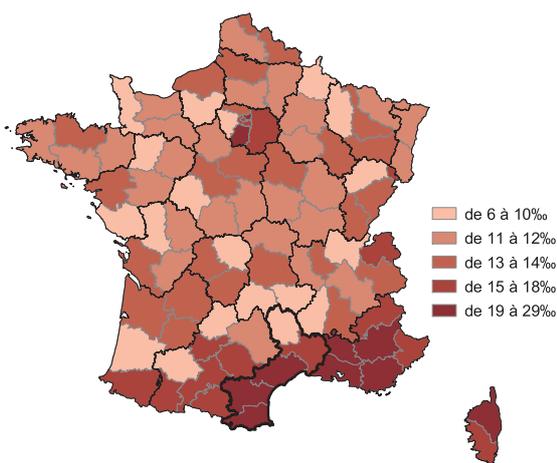
Dans le Sud de la France, les femmes de 15 à 49 ans ont plus souvent recours à une IVG que dans le Nord, excepté en Ile-de-France (19%). Ainsi, en Corse, en 2006, elles sont 27,1 pour 1 000 femmes en âge de procréer à y avoir eu recours, 20,4‰ en Paca, et 18‰ en Languedoc-Roussillon.

A l'échelon départemental, les Pyrénées-Orientales se classent au 3^{ème} rang national avec 21,2‰ femmes ayant eu recours à une IVG derrière la Seine-Saint-

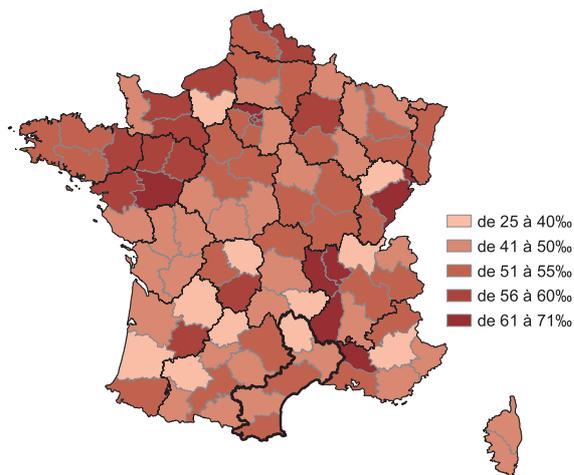
Denis (28,1‰) et la Haute-Corse (28,6‰). La Lozère se classe 91^{ème} sur les 96 départements de l'hexagone avec 8,6‰ (voir tableau 1).

A contrario, c'est au Nord de la France que la fréquence des accouchements est la plus importante (voir carte 2). La région Languedoc-Roussillon est au 15^{ème} rang avec 50 accouchements pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, contre 54 au plan national.

Carte 1 : IVG en 2006 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans



Carte 2 : Accouchements en 2006 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans

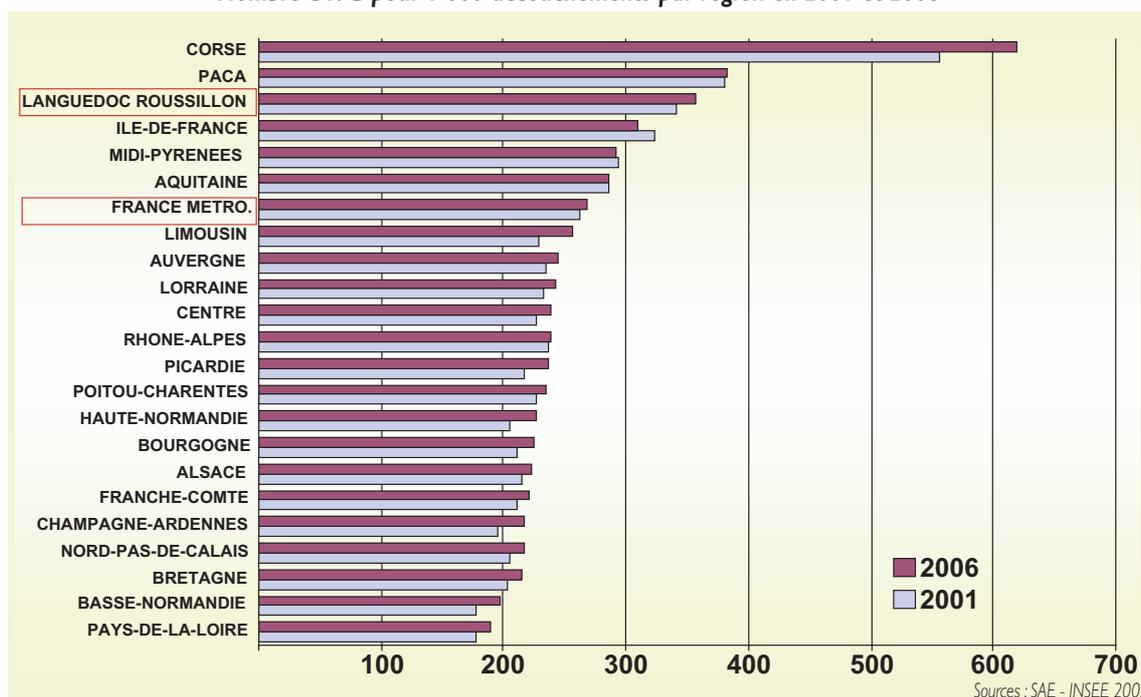


Source : SAE 2006

Le nombre d'IVG rapporté au nombre d'accouchements chez les femmes âgées de 15 à 49 ans est relativement stable dans le temps (voir graphique 1). En France métropolitaine, 267 IVG sont réalisées pour 1 000 accouchements. La Corse, avec 618 IVG pour

1 000 accouchements détient le record des régions, suivie de la région PACA avec un taux de 382. La région Languedoc-Roussillon se place en 3^{ème} position avec 357 IVG pour 1 000 accouchements.

Graphique G1 : Nombre d'IVG pour 1 000 accouchements par région en 2001 et 2006



Des IVG en progression dans la région

En 2006, 10 330 IVG non thérapeutiques ont été effectuées en Languedoc-Roussillon, ce qui représente 18 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. La région concentre 5,1% des IVG pratiquées en France métropolitaine alors que les femmes en âge de procréer ne représentent que 4%.

En 5 ans, les IVG ont augmenté de 11% ; dans le même temps, la population des femmes de 15 à 49 ans ne progressait que de 4,2%. Ainsi, le nombre d'IVG réalisées

pour 1 000 femmes est passé en Languedoc-Roussillon de 16,9‰ à 18‰. Sur la même période, le taux de la France métropolitaine a varié de 13,7‰ en 2001 à 14,5‰ en 2006 (voir graphique 2).

Les femmes ayant eu recours à une IVG en Languedoc-Roussillon résident pour 93% d'entre elles dans le département du lieu de l'intervention, 2% dans un autre département languedocien et 5% habitent dans une autre région, souvent limitrophe.

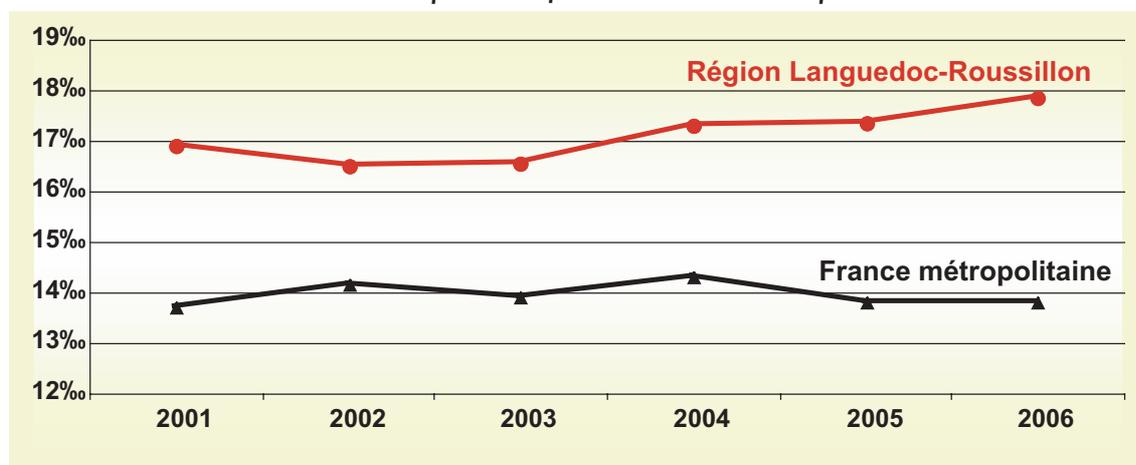
Tableau T1 :
Les interruptions volontaires de grossesse en 2006*

	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales	Région LR	France métr.
Nombre d'IVG	1 333	2 241	4 592	138	2 030	10 334	210 143
IVG/1000 femmes de 15 à 49 ans en 2006	18,8	14,6	19,1	8,6	22,1	18,0	14,5
IVG/1000 femmes de 15 à 49 ans en 2001	18,5	14,1	17,9	6,1	19,6	16,9	13,7
Evolution des IVG par rapport à 2001	5%	7%	12%	41%	16%	11%	6%
Nb IVG/1000 accouchements	377	304	362	268	420	357	267

Sources : SAE 2001/2006 - INSEE 2005

*Ces chiffres ne prennent pas en compte les IVG réalisées hors de la région et qui représentent pour la Lozère 30%.

Graphique G2 :
Evolution des IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans depuis 2001



Source SAE 2006

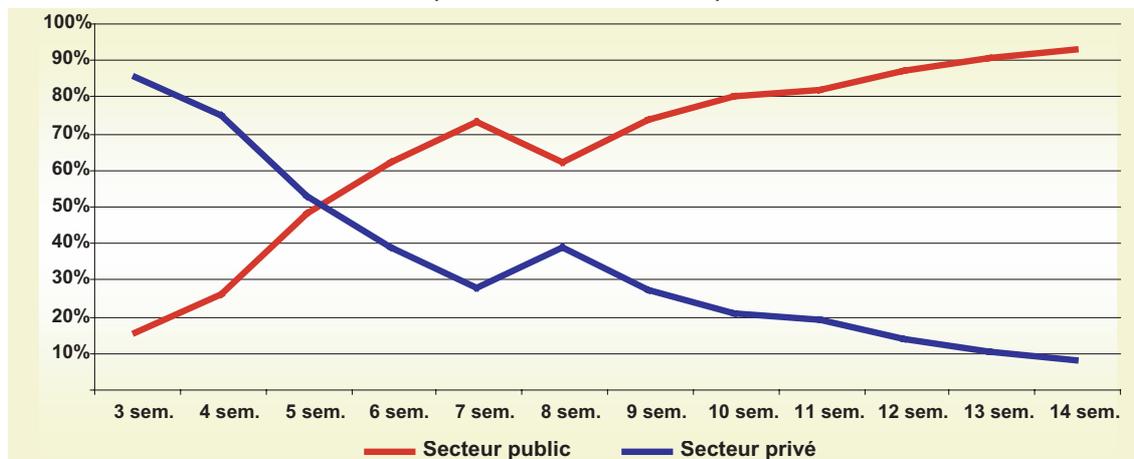
59% des IVG en Languedoc-Roussillon sont réalisées en établissement public

En Languedoc-Roussillon, 11 établissements du secteur public pratiquent l'interruption de grossesse et 14 dans le secteur privé (voir carte 3). En moyenne, 59% des IVG sont réalisées dans le secteur public. Cependant, l'offre de soin n'est pas homogène sur le territoire régional. Dans l'Aude, 83% des interruptions sont réalisées dans un établissement du secteur public. Dans les Pyrénées-Orientales, les avortements en établissement sont réalisés uniquement dans la commune de Perpignan dont les 3/4 au centre hospitalier. L'Hérault concentre près de la moitié des IVG de la région qui sont réalisées à part égale dans les secteurs public et

privé. A Montpellier et Nîmes, villes dotées d'un CHU, les IVG sont moins fréquemment réalisées dans le secteur public, respectivement 43% et 39%. En Lozère, les IVG sont toutes pratiquées au centre hospitalier de Mende.

Entre 2001 et 2006, les interventions pratiquées dans le secteur privé ont augmenté plus vite que dans le secteur public : +23% contre +3%. En un an, le nombre d'IVG en clinique privée a progressé de 6% alors que les actes effectués en secteur public se sont stabilisés autour de 6 000 par an.

Graphique G3 :
Part des IVG dans le secteur privé et dans le secteur public selon la durée de gestation
(en semaines d'aménorrhée)



Source BIG 2005

Les interruptions volontaires de grossesse précoces intervenant avant 5 semaines 1/2 d'aménorrhée sont principalement effectuées dans le secteur privé (voir graphique 3). Tandis que les interruptions tardives après 12 semaines sont réalisées à 90% dans le secteur public.

Depuis la loi du 4 juillet 2001, un médecin de ville peut réaliser une IVG par voie médicamenteuse dans son cabinet (voir encadré n°3). Les premières sont appa-

ruées en France en 2003. En 2006, l'enquête réalisée auprès des établissements de santé en a enregistré 11 824, soit près de 5,6% de l'ensemble des IVG réalisées en métropole. En région Languedoc-Roussillon 109 IVG ont été effectuées par un médecin libéral, soit 1,1%.

Encadré E3 :

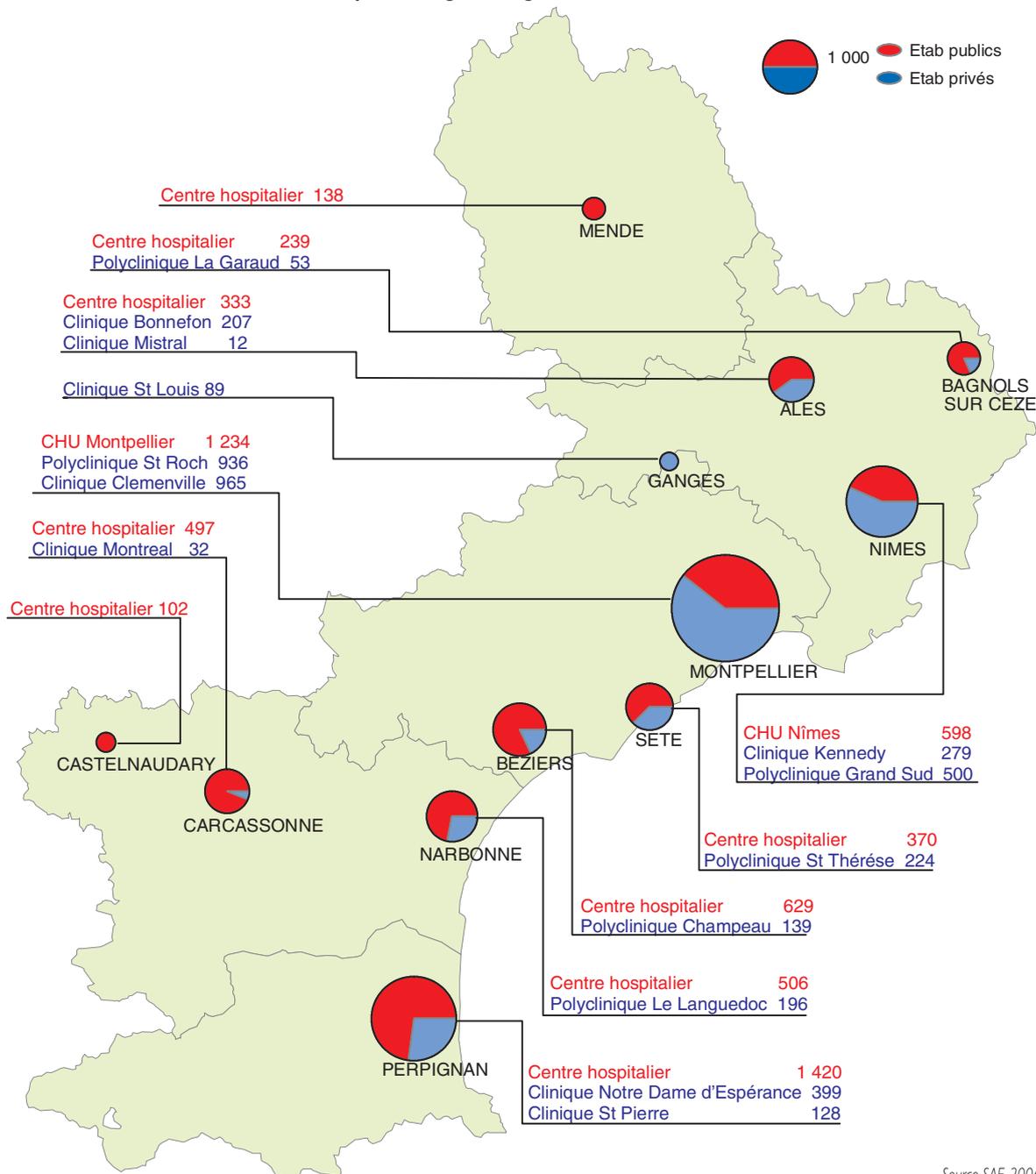
IVG pratiquées dans le cadre de la médecine de ville

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse en médecine de ville. Le décret du 1^{er} juillet 2004 définit les modalités de cette pratique.

Seules des IVG par voie médicamenteuse peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif. Les IVG réalisées doivent correspondre à un délai de gestation maximum de 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée. La pratique d'une IVG hors établissement de santé comprend une consultation préalable à l'IVG, puis après un délai légal de réflexion d'une semaine, une série de quatre consultations réalisées par le médecin dans son cabinet.

Pour cela, les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée passent une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie). Il reçoit également de l'établissement avec lequel il a passé convention, les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymisées. En octobre 2006, un recensement mené conjointement par l'ARH et la DRASS auprès des établissements réalisant des IVG a inventorié 10 établissements qui ont passé 27 conventions avec un médecin libéral.

Carte C3 :
Localisation et nombre des IVG par établissement en 2006 (hors médecine de ville)
pour la région Languedoc-Roussillon



Source SAE 2006

Plus d'une IVG sur deux réalisée par voie médicamenteuse

Suivant le terme de sa grossesse, son âge et son état de santé, la femme choisit avec le médecin entre deux techniques pour avorter : l'IVG chirurgicale ou l'IVG médicamenteuse. L'IVG chirurgicale est réalisée exclusivement en établissement de santé jusqu'à la fin de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée. Cette intervention nécessite une hospitalisation qui dure en général moins de 12h. Pour 5% des IVG chirurgicales, la durée est supérieure à 12h et elle dépasse très rarement 24h. L'intervention chirurgicale se fait généralement sous

anesthésie générale ; l'anesthésie locale est pratiquée dans 3% des cas dans le secteur privé et 15% dans le secteur public.

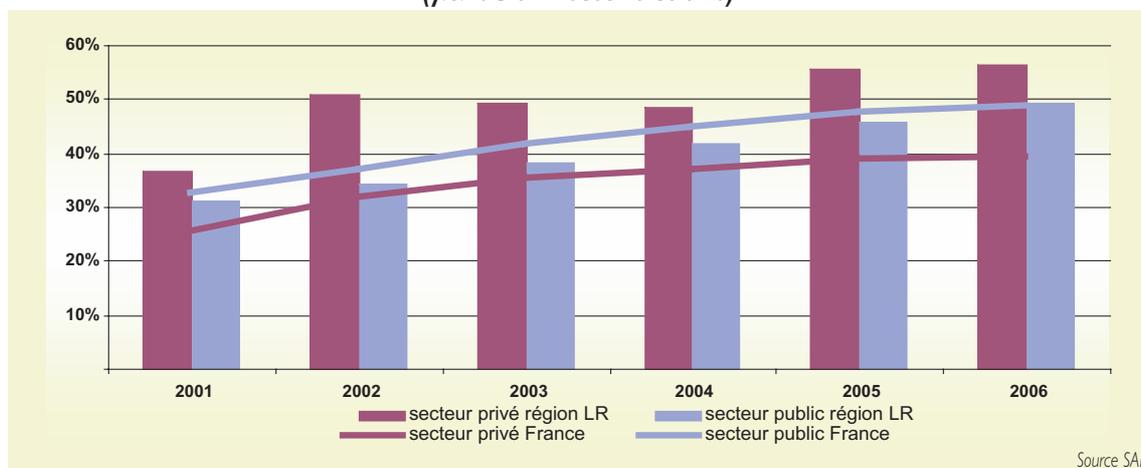
L'IVG médicamenteuse ne peut être pratiquée, sauf exception, que jusqu'à la fin de la 7^{ème} semaine d'aménorrhée. Elle peut être éventuellement réalisée par un gynécologue libéral ou un médecin généraliste, depuis la loi de 2001, dans le cadre d'une convention signée entre le praticien et un établissement de santé pratiquant les IVG. Cette technique consiste à prendre deux

médicaments différents : la mifépristone qui a pour effet d'interrompre la grossesse, suivi du misoprostol qui est un expulsif.

En 2006, plus de la moitié des IVG sont pratiquées par la voie médicamenteuse. Cette proportion est supérieure à celle du niveau national (52,3% contre 45,9% de la totalité des IVG incluant les IVG en médecine de ville). Le recours à cette technique a augmenté plus vite dans le Languedoc-Roussillon que dans l'Hexagone : + 19 points entre 2001 et 2006 contre + 16 points en France métropolitaine. Dans la région, l'utilisation du mode médicamenteux est très contrasté

d'un établissement à l'autre. Il est en moyenne plus fréquent dans le secteur privé que dans les centres hospitaliers publics (57% contre 49%), à l'inverse de la tendance nationale (39% dans le privé contre 48% dans le public - voir graphique 4). Le recours à la technique médicamenteuse est moins fréquent dans les territoires de santé de Montpellier et d'Alès qu'au niveau régional. Il concerne en revanche plus de 6 IVG sur 10 dans les territoires de Narbonne, Carcassonne et Perpignan. A titre d'exemple, la clinique Montréal à Carcassonne déclare avoir procédé en 2006 uniquement à des IVG médicamenteuses, tandis que les 3/4 des interruptions au CHU de Montpellier sont chirurgicales.

Graphique G4 : Evolution du taux de recours à l'IVG médicamenteuse (y.c. IVG en médecine de ville)



Des IVG en augmentation chez les femmes mineures et celles de plus de 40 ans

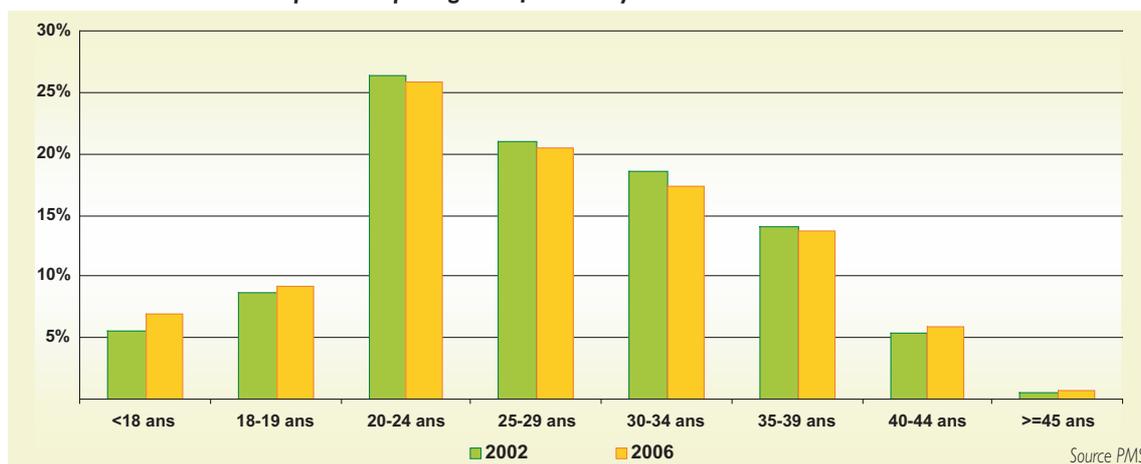
686 jeunes femmes mineures ont avorté en 2006 dans la région, ce qui représente 6,9% des IVG recensées cette année là (voir graphique 5).

Leur nombre est en nette augmentation depuis 2002 (+55%). 15 femmes mineures sur 1000 ont eu recours à une IVG en 2006, contre 10‰ en 2002.

Les avortements de femmes âgées de 40 ans et plus ont également largement progressé sur la même période

(+40%) et sont aussi nombreux que ceux pratiquées chez les mineures. Avec une moyenne d'âge de 27,3 ans en 2006, les femmes qui ont avorté sont de plus en plus jeunes. 4 femmes sur 10 ayant subi une IVG ont moins de 25 ans. C'est en Lozère que la part des mineures parmi les femmes ayant avorté est la plus élevée en 2006 (9,4%). Dans l'Hérault, elles sont proportionnellement moins nombreuses (5,9%).

Graphique G5 : Répartition par âge des femmes ayant eu recours à une IVG

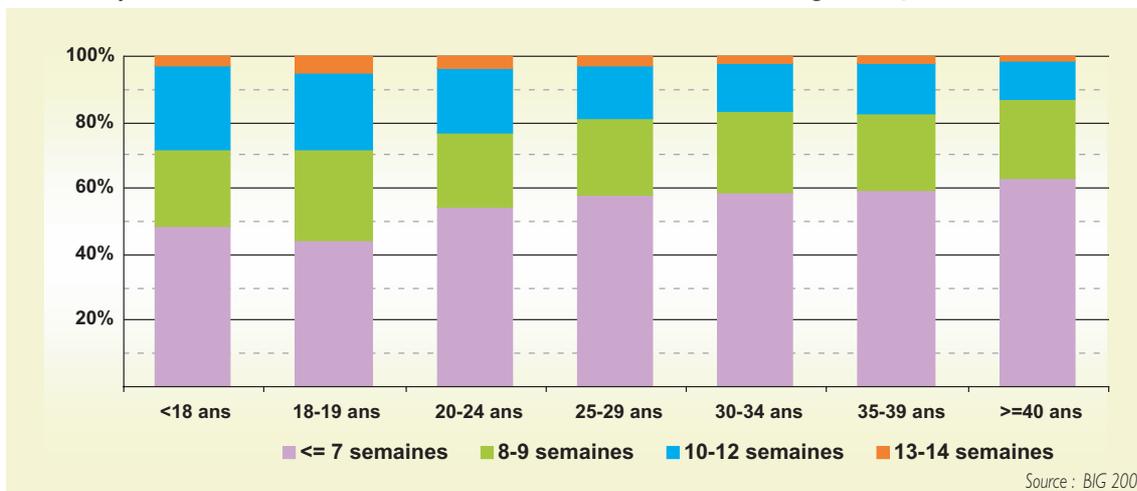


Des IVG tardives plus fréquentes chez les jeunes femmes

Le délai de réalisation de l'IVG est en moyenne à 8 semaines d'aménorrhée. Cependant, les jeunes femmes réalisent plus souvent que leurs aînées une IVG à un stade avancé de la grossesse (graphique 6). Un quart des jeunes femmes mineures qui avortent le font entre la 10^{ème} et la 12^{ème} semaine d'aménorrhée, contre seulement 13% des femmes âgées de plus de 40 ans. A contrario, 63% des femmes âgées de plus de 40 ans qui avortent le font avant la 8^{ème} semaine d'aménorrhée alors que les mineures ne sont que 48% dans ce cas. La loi de juillet 2001 a allongé le délai légal de recours

à l'interruption de grossesse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. Dans la région, 3% des IVG sont réalisées tardivement en 2006 (13 à 14 semaines d'aménorrhée) et concernent les moins de 20 ans plus fréquemment que leurs aînées. 9 IVG tardives sur 10 sont réalisées dans le secteur public. En conséquence, les femmes jeunes sont prises en charge plus souvent que les autres dans un centre hospitalier public : plus des 3/4 des mineures y avortent contre 1 femme sur 2 de plus de 40 ans.

Graphique G6 : Répartition des IVG selon le nombre de semaines d'aménorrhée et l'âge de la femme en 2005

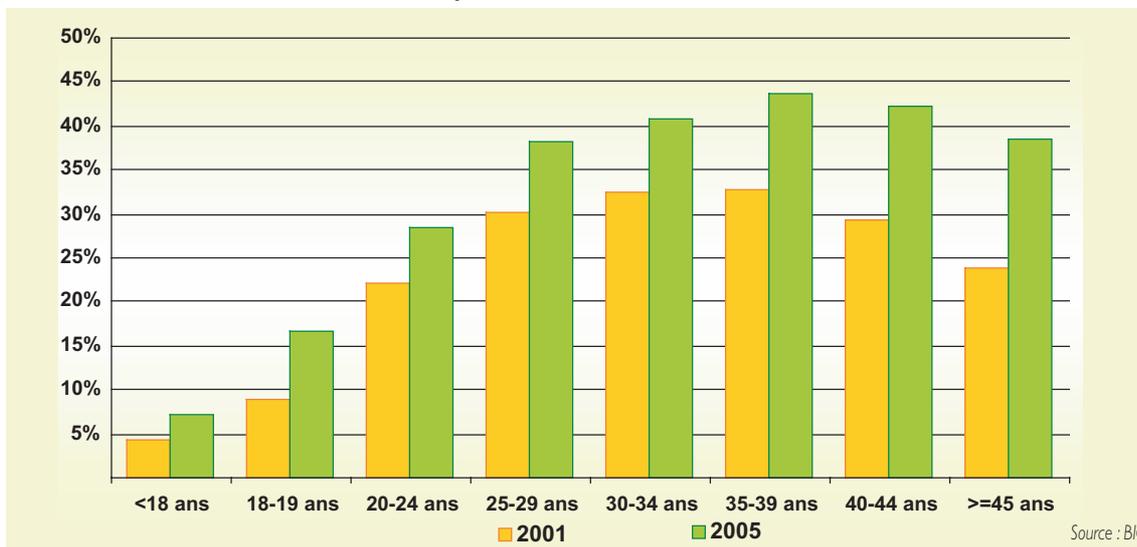


Une augmentation des IVG itératives

Un tiers des femmes ayant subi une IVG en 2005 avait déjà eu recours à une IVG antérieurement. 7% des mineures sont dans ce cas et 44% des femmes âgées de 35 à 39 ans (voir graphique 7). La part des femmes ayant eu une IVG antérieure est en forte augmentation

par rapport à 2001, notamment chez les femmes de plus de 40 ans (+13 points). La moitié des femmes qui ont réalisé une IVG en 2005 ont déjà vécu au moins une grossesse à terme précédemment. On observait la même proportion en 2001.

Graphique G7 : Part des femmes ayant eu au moins une IVG antérieurement

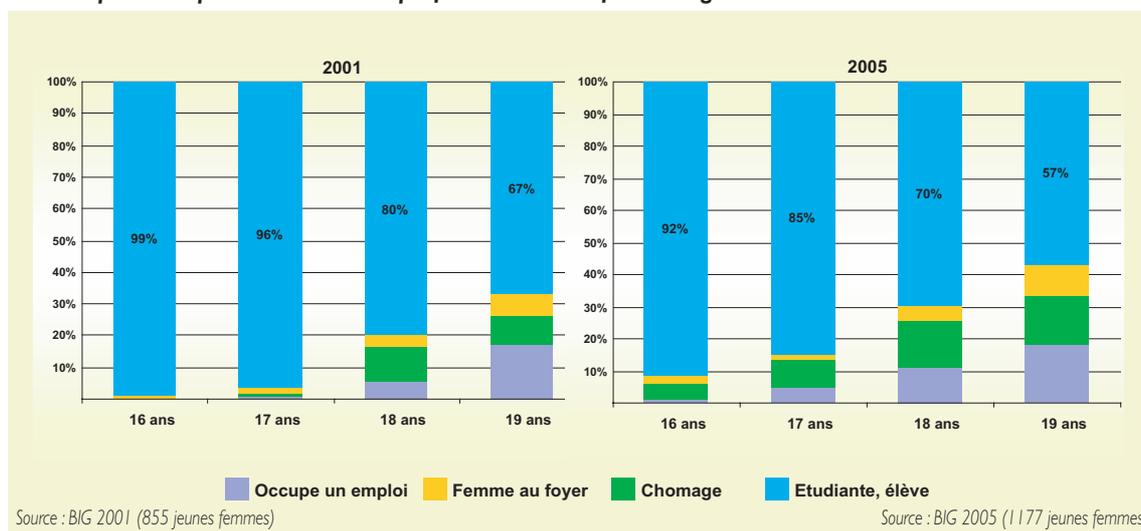


Des jeunes plus souvent en situation précaire

Entre 2001 et 2005, la situation socio-professionnelle des jeunes femmes de moins de 20 ans ayant eu recours à l'avortement s'est dégradée (voir graphique 8).

En effet, 11% d'entre elles sont au chômage en 2005 contre 7% en 2001. En outre, elles sont moins fréquemment scolarisées (74% en 2005 contre 81% en 2001).

Graphique G8 :
Répartition par situation socio-professionnelle des femmes âgées de 16 à 19 ans en 2001 et 2005



Encadré E4 :

“la meilleure contraception c’est celle que l’on choisit”

Il s’agit d’un des messages de la campagne de communication lancée le 15 septembre 2007 par l’INPES (Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé) à la demande du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Cette campagne coïncide avec le 40^{ème} anniversaire de la loi Neuwirth qui a libéralisé la contraception en France. Elle s’inscrit surtout dans un contexte paradoxal où la France est un des pays où le taux de contraception est le plus élevé au monde mais où le nombre des IVG reste très important et augmente même dans certaines tranches d’âge, notamment chez les plus jeunes.

Un dispositif d’information spécifique pour les adolescents est prévu dans la campagne 2007 où les différents moyens contraceptifs et leur utilisation en fonction des situations personnelles sont expliqués, y compris en ce qui concerne la “contraception d’urgence” (voir encadré 6).

Le rapport de décembre 2006 du Haut Conseil de la Population et de la Famille, propose des mesures préventives contre l’IVG. Il prône un accès informé, confidentiel et gratuit à la contraception selon le modèle de la distribution du Norlevo®. Le rôle important des centres de planification et d’éducation familiale est connu des mineures, mais un des objectifs visés est de multiplier leurs lieux d’accueil.

Encadré E5 :

Vers une typologie des femmes recourant à l'avortement

A partir de l'exploitation des bulletins d'interruption volontaire de grossesse de 2005 et des quelques informations caractérisant les femmes y figurant, une typologie des femmes ayant eu recours à l'avortement a été construite. Des techniques d'analyse de données ont été ainsi mises en œuvre : analyse des correspondances multiples suivie d'une classification ascendante hiérarchique qui ont permis de classer les femmes en 7 *groupes* distincts, au regard de leurs caractéristiques. Ces groupes de femmes présentent des profils dominants qui sont décrits ci-après.

Deux groupes s'opposent nettement, il s'agit :

- **du groupe 1** majoritairement composé de mineures encore scolarisées, sans enfant, qui subissent leur 1^{ère} IVG et qui avortent souvent après 10 semaines d'aménorrhée.
- **du groupe 2** comprenant principalement des femmes de plus de 35 ans, femmes au foyer, avec plus de 3 enfants, ayant eu déjà recours à 2 IVG ou plus ; les femmes nées à l'étranger sont surreprésentées dans ce groupe 2 ainsi que celles avortant après 10 semaines d'aménorrhée.

Chacun de ces groupes représentent 10% de la population des femmes ayant avorté en 2005.

On distingue 5 autres groupes :

- **Le groupe 3**, représentant 20% de la population, est composé de femmes de plus de 35 ans avec 2 enfants, nées en France et ayant un emploi ; elles avortent plus souvent que les autres avant 8 semaines d'aménorrhée et ont souvent déjà eu une IVG dans le passé.
- **Le groupe 4** de taille équivalente, comprend les femmes de 25-30 ans, ayant déjà un enfant et un emploi, nées en France et qui ont souvent déjà eu une IVG par le passé.
- **Le groupe 5** (20% des femmes) rassemble les femmes de 20-25 ans, au chômage ou étudiantes, sans enfant ; elles avortent plus souvent que les autres après 12 semaines d'aménorrhée et en sont à leur 1^{ère} IVG.
- **Le groupe 6** (10% des femmes) est composé de jeunes femmes de 18-20 ans, étudiantes, sans enfant ; elles réalisent plus souvent que les autres leur 1^{ère} IVG et avortent au-delà de la 10^{ème} semaine d'aménorrhée.
- **Le groupe 7** concerne les femmes nées à l'étranger entre 20 et 30 ans, en stage ou dont l'activité n'est pas précisée dans le bulletin ; elles réalisent souvent leur 1^{ère} IVG.

Encadré E6 :

Le recours à la pilule du lendemain

Le Norlevo® est le seul “contraceptif d’urgence” (ou pilule du lendemain) pouvant être délivré sans prescription médicale à toutes les femmes et gratuitement aux mineures dans les pharmacies ou dans les établissements de l’enseignement secondaire depuis la loi du 4 juillet 2001. Une étude menée en 2002 et 2006 à partir des statistiques de distribution de boîtes de Norlevo® par les grossistes répartiteurs aux pharmacies du Languedoc-Roussillon permet de mesurer l’évolution du recours à ce type de “contraception” et de la mettre en regard de celle relative aux IVG.

Le nombre de boîtes de Norlévo® facturées aux officines de pharmacies du Languedoc-Roussillon a augmenté de 86% depuis 2002. 101,7 boîtes ont été facturées pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans la région, en moyenne sur l’année 2006 ; en 2002 la moyenne était de 56‰ boîtes. La mise en place de facilités d’accès à la pilule du lendemain, notamment auprès des mineures, n’a pas fait baisser le nombre d’IVG dans la région.

Répartition par département en 2006 de boîtes de Norlévo® facturées par les répartiteurs

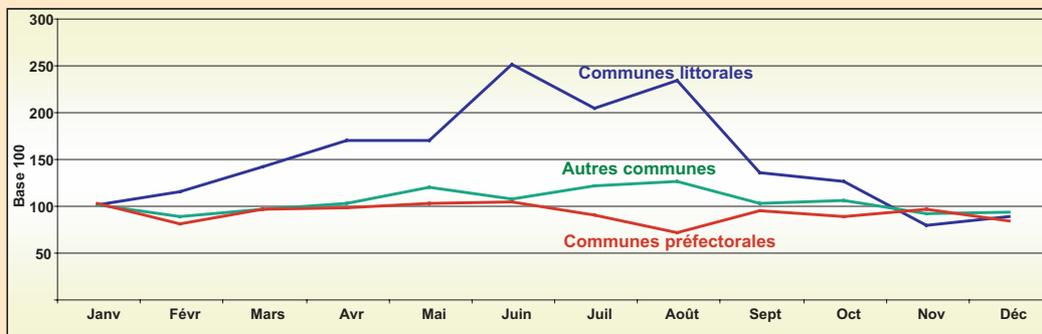
	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	Région LR
Nb de boîtes livrées en 2002	2 975	5 741	16 025	323	6 289	31 353
Nb de boîtes livrées en 2006	5 752	13 049	28 991	1 040	9 403	58 235
Evolution 02/06	93%	127%	81%	222%	50%	86%
Nb de boîtes livrées par jour en 2006	15,8	35,8	79,4	2,8	25,8	159,5
Nb de boîtes pour 1000 femmes de 15/49 ans en 2006	81,2	84,8	120,6	64,9	102,4	101,7
% de boîtes livrées dans la commune préfectorale	26,1%	46,5%	46,3%	35,9%	44,9%	43,9%

Sources : fichiers des répartiteurs pharmaceutiques 2006 et INSEE (pop. Estimée 2005)

L’étude montre que la distribution du Norlevo® est un phénomène plutôt urbain et saisonnier : les 5 villes préfectorales de la région se distinguent nettement avec 44% des ventes. Dans les communes de plus de 20 000 habitants, 14,4 boîtes sont distribuées en moyenne chaque mois pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, contre 9 boîtes sur l’ensemble des communes de la région. Dans ces grandes communes la consommation élevée chute l’été : le nombre de boîtes de Norlevo® pour 1000 femmes de 15 à 49 ans baisse de 12 points entre juin et juillet dans les 5 villes préfectorales.

A l’opposé, les communes littorales, observent une hausse significative des ventes durant l’été, imputable à la fréquentation touristique.

Évolution mensuelle du nombre de boîtes de Norlevo® distribuées (base 100 en janvier 2006)



Source : fichiers des répartiteurs pharmaceutiques en 2006

SOURCE ET MÉTHODOLOGIE UTILISÉES

Trois sources de données sont actuellement exploitées concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées chaque année :

- la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)
- les bulletins d'interruptions de grossesse (BIG). Le remplissage est prévu par la loi et la DREES prend en charge la saisie
- les données issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)

Les données sur les effectifs par département et établissement sont issues de la SAE qui est une source fiable et régulière. Elle présente l'inconvénient de ne fournir que des informations sur les effectifs et les techniques d'interruption.

Les données du PMSI ne sont pas directement utilisables à ce jour pour le dénombrement précis des IVG. En effet, on note une sous-estimation par rapport à la SAE de 2,5% de l'ensemble des IVG de la région (la sous-estimation est de 10% pour le Gard). Elles permettent cependant de connaître l'âge de la patiente, le mois de l'intervention et d'avoir une idée de son lieu géographique de résidence.

La collecte des bulletins sur les interruptions de grossesse (BIG) n'est pas exhaustive. Par comparaison à la source SAE, on estime à 10% la part des bulletins non remplis dans le privé et 5% dans le public. Mais ils fournissent des renseignements complémentaires sur la durée de gestation, les grossesses antérieures, la situation familiale et professionnelle des femmes. Entre 2001 et 2005, le bulletin d'interruption de grossesse a été allégé et ne permet plus de connaître par exemple les IVG réalisées peu après un accouchement.

Dossier réalisé au service "Statistiques et Études"
de la DRASS Languedoc-Roussillon
par Gisèle Chatenay, Sylvia Maille
et avec la collaboration du Dr Michel Gremy.

Toutes remarques et suggestions sont à adresser à la DRASS Languedoc-Roussillon

Service Statistiques et Études – Tél. : 04 67 07 21 05

<mailto:dr34-statistiques@sante.gouv.fr>

Document disponible sur le site Internet DRASS/DDASS :

<http://www.languedoc-roussillon.sante.gouv.fr>

Pour en Savoir plus

- **Les interruptions volontaires de grossesse en 2005**
Série Etudes et résultat n°624
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er624.pdf>
- **Interruption volontaire de grossesse : dossier guide**
http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/contraception_ivg/guide_ivg.pdf
- **Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans?**
INED, population et société n°407
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/69/publi_pdf1_pop.et.soc.francais.407.pdf
- **Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures**
http://www.social.gouv.fr/IMG/pdf/hcpf_rapport122006.pdf
- **Etude descriptive des bulletins statistiques d'IVG déclarées en Languedoc-Roussillon en 2001**
Observatoire régional de la santé
<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Orslr/Rapports/IVG01.pdf?93Q4M-04QJ4-Q4M63-790QM-MG497>
- **HAS : Service des recommandations et références professionnelles**
Prise en Charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/IVGRAP.pdf>

Directeur de la
publication :
Jean-Pierre RIGAUX

Communication
Diffusion :
Marion RIBOU

Pour tout
renseignement,
s'adresser à :
DRASS
28 Parc-Club du Millénaire
1025, rue H. Becquerel
CS 30001
34067 Montpellier Cdx 2

Tél. 04 67 07 20 07
Fax 04 67 07 20 08
Email :
dr34-statistiques@sante.gouv.fr
Message < 2000 Ko

N° ISSN : 1248-2498

