



# Erétudes et Résultats

N° 624 • février 2008

## Les interruptions volontaires de grossesse en 2005

Selon les estimations réalisées à l'aide des systèmes d'information hospitaliers, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) peut être évalué à 206 300 en 2005. Depuis 2002 le nombre des IVG est relativement stable avec de petites fluctuations d'une année sur l'autre. La part des IVG médicamenteuses continue de croître et représente 44 % des IVG en 2005.

Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans atteint 14,3 en 2005 pour la France métropolitaine, en léger recul cette année-là. Cependant le taux de recours augmente continûment chez les mineures et les femmes de moins de 20 ans ; et malgré le développement de la contraception d'urgence, le nombre d'IVG ne diminue pas.

La France se situe avec la Suède, le Royaume-Uni et quatre nouveaux pays membres de l'Union européenne parmi les pays de l'Union qui ont les taux de recours à l'IVG les plus élevés.

### **Annick VILAIN**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

**D**ÉPUIS 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 206 300 en 2005, soit en légère diminution. Mais globalement ce nombre est relativement stable depuis 2002. Le nombre d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans s'établit ainsi à 14,3 en 2005 en métropole.

### Les IVG médicamenteuses représentent 44 % de l'ensemble des IVG réalisées en 2005

Les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée, dans un établissement public ou privé autorisé. Depuis 1992, leur part enregistre une progression régulière : elles représentaient 44 % de l'ensemble des IVG en 2005, contre 16 % dix ans auparavant (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 dans les établissements publics (tableau 1). La part des IVG médicamenteuses a néanmoins ten-

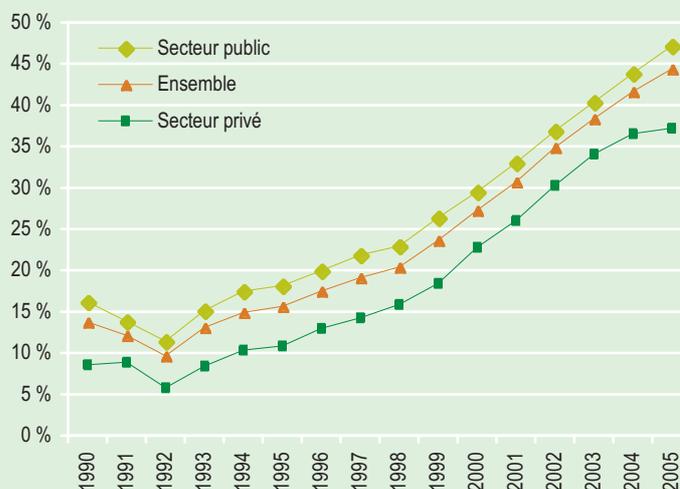
dance à se stabiliser dans le secteur privé, alors qu'elle continue de progresser dans le secteur public. En 2005, 17 % des établissements de santé n'ont réalisé aucune IVG médicamenteuse bien qu'ils aient réalisé des IVG chirurgicales, c'était le cas de 41 % des établissements en 1995.

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 2005 en métropole, le nombre de remboursements de forfaits honoraires fait état de 8 170 IVG médicamenteuses réalisées en cabinet<sup>1</sup>. Cette pratique est très irrégulièrement répartie sur le territoire : l'Île-de-France concentre à elle seule plus de la moitié des forfaits remboursés, et les seules régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Aquitaine, Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France représentent 89 % du nombre total de forfaits remboursés en 2005. La Réunion se distingue également avec plus de 500 forfaits remboursés, soit plus d'une IVG sur 10 réalisée en cabinet de ville.

Si 500 conventions autorisant des praticiens étaient signées au 31 décembre 2005<sup>2</sup>, 300 praticiens différents ont effectivement réalisé des IVG médicamenteuses en ville en 2005<sup>3</sup>, dont 91 % sont des gynécologues. À

■ GRAPHIQUE 1

### Évolution de la part des IVG médicamenteuses



Champ • France métropolitaine.

Sources • SAE, DREES.

1. Sources CNAMTS, Érasme V1 : nombre de forfaits FHV remboursés en 2005.

2. Sources : direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS).

3. Sources : CNAMTS, Érasme V1 : nombre de forfaits FHV remboursés en 2005.

■ TABLEAU 1

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

		2002	2003	2004	2005
<b>Secteur public</b>	nombre d'IVG	140 041	138 150	146 994	148 316
	part des IVG médicamenteuses	37 %	40 %	45 %	47 %
<b>Secteur privé</b>	nombre d'IVG	66 555	65 196	63 670	57 995
	part des IVG médicamenteuses	30 %	34 %	37 %	37 %
<b>Ensemble</b>	nombre d'IVG	206 596	203 346	210 664	206 311
	part des IVG médicamenteuses	35 %	38 %	42 %	44 %
Part des IVG en secteur public		68 %	68 %	70 %	72 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • BIG, SAE – DREES.

### ■ ENCADRÉ 1

#### Les différentes sources de données mobilisables pour 2005

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'informations (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 la 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 les interruptions de grossesse pratiquées pour motif médical sans les distinguer). 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 d'unique référence pour la série du nombre d'IVG couvrant les années 1995 et suivantes.

La structure par âge des femmes ayant eu recours à une IVG est celle du PMSI. La répartition selon le mode d'intervention est issue de la SAE.

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.

#### L'enquête de 2007

Le système de suivi des IVG a été revu en 2004 pour tenir compte des modifications législatives intervenues en 2001 (cf. encadré 2) : 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 a eu lieu en 2007 auprès de près de 10 000 femmes ayant eu recours à une IVG ; les données seront prochainement disponibles.

l'exception de l'Île-de-France (126 médecins concernés), de la région Provence – Alpes – Côte d'Azur (38 médecins), de l'Aquitaine (23 médecins) et de la région Rhône-Alpes (21 médecins), quatorze régions ont moins de 5 médecins concernés, et le reste des régions entre 5 et 11 médecins concernés. Aucun médecin n'avait signé de convention en Corse et à la Martinique pour réaliser des IVG médicamenteuses en cabinet. Les 500 IVG pratiquées en ville à La Réunion en 2005 n'ont, quant à elles, été réalisées que par 3 médecins différents.

D'abord assez lent à se mettre en place, le rythme de ces prescriptions s'est accéléré en 2006 et 2007 : alors que le nombre de conventions signées a peu augmenté en 2006 (738 conventions signées avec 159 établissements hospitaliers au 1<sup>er</sup> janvier 2007), le nombre de forfaits remboursés a atteint 14 300 en métropole en 2006 et les données disponibles pour 2007 indiquent 13 600 forfaits IVG remboursés sur les neuf premiers mois de l'année.

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

73 % des IVG concernent des femmes de 18 à 35 ans en 2005<sup>4</sup>. Ce sont les femmes de 20 à 24 ans qui y ont le plus souvent recours (27 IVG pour 1 000 femmes en moyenne en 2005), suivies par les femmes de 25 à 29 ans puis celles âgées de 18 à 19 ans (22,8 IVG pour 1 000 femmes dans les deux cas) [graphique 2]. En 2005, le taux d'IVG diminue légèrement pour toutes les tranches d'âge, sauf pour les mineures. 12 140 jeunes filles de 15 à 17 ans sont concernées par une IVG en 2005, soit une sur 100 (tableau 2), et 850 jeunes filles de moins de 15 ans.

#### Une activité de plus en plus majoritairement exercée par les établissements publics

En 2005, 72 % des IVG ont été réalisées dans le secteur public, contre 60 % en 1990. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) recense 653 établissements ayant réalisé des IVG en France métropolitaine, dont 411 relèvent du

4. Les femmes de 18 à 35 ans représentent 47 % des femmes de 15 à 49 ans, en âge de procréer.

secteur public. L'activité est très concentrée sur certains établissements : 6 % des établissements (les 39 établissements ayant réalisé plus de 1 000 IVG au cours de l'année 2005) représentaient à eux seuls plus du quart du total des IVG réalisées dans l'année, alors qu'au contraire plus de la moitié des établissements (340) ont réalisé moins de 250 IVG dans l'année, soit moins d'une par jour ouvrable.

Dans 90 % des cas, l'hospitalisation liée à une IVG pratiquée chirurgicalement ne dépasse pas 12 heures, contre 66 % en 1995. En 1995, 3,3 % des IVG chirurgicales nécessitaient une hospitalisation de plus de 24 heures, ce n'est le cas que de 1,9 % des IVG en 2005.

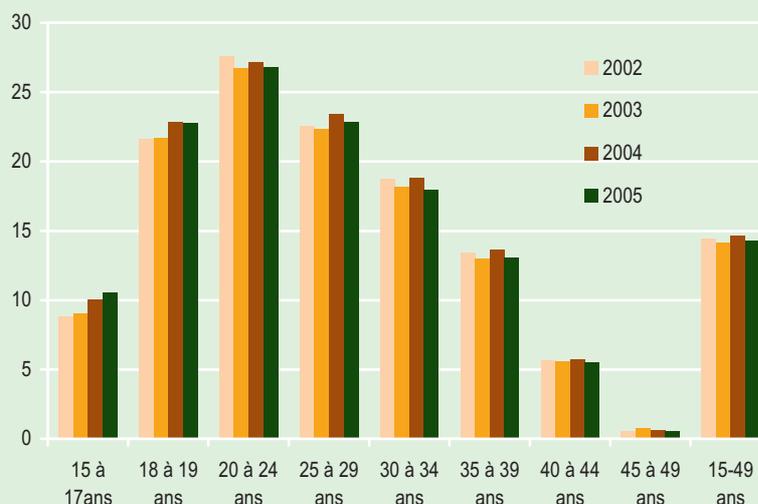
65 % des IVG chirurgicales ont recours à une anesthésie générale en 2005 (la seule anesthésie recensée).

### 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 pour la SAE. Parmi les établissements ayant déclaré avoir pratiqué des IVG chaque année, seule la moitié (mais représentant 60 % des IVG réalisées) fournissent une réponse sur ce point depuis 2002 (282 en 2002 et 310 en 2005). La durée moyenne indiquée par ces établissements est très stable depuis quatre ans (environ 9 jours), la moitié des établissements se situant à 7 jours. En 2005, 37 % des établissements estiment le délai d'attente inférieur à 7 jours et 10 % l'évaluent à 15 jours ou plus. Les établissements répondants ne sont cependant peut-être pas représentatifs des autres établissements car les établissements les plus importants en termes d'activité y sont surreprésentés.

GRAPHIQUE 2

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



Champ • France métropolitaine.

Sources • SAE, PMSI – DREES ; INSEE.

TABLEAU 2

### Les interruptions volontaires de grossesse en France métropolitaine

	2002	2003	2004	2005
<b>Total IVG</b>	<b>206 596</b>	<b>203 346</b>	<b>210 664</b>	<b>206 311</b>
IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans	14,4	14,1	14,6	14,3
Évolution		-1,6 %	3,6 %	-2,1 %
<b>Répartition des IVG selon le groupe d'âge</b>				
15-17 ans	10 722	11 029	11 517	12 138
18-19 ans	16 468	16 290	17 408	17 658
20-24 ans	52 420	51 810	52 929	52 541
25-29 ans	44 227	42 824	44 001	42 735
30-34 ans	39 819	39 100	40 512	38 552
35-39 ans	29 503	28 621	29 706	28 407
40-44 ans	12 224	12 076	12 521	12 234
45-49 ans	1 180	1 559	1 313	1 127
<b>15-49 ans</b>	<b>206 562</b>	<b>203 309</b>	<b>209 907</b>	<b>205 392</b>
<b>IVG pour 1000 femmes</b>				
15-17 ans	8,9	9,0	10,0	10,6
18-19 ans	21,6	21,7	22,9	22,8
20-24 ans	27,6	26,7	27,2	26,8
25-29 ans	22,6	22,3	23,4	22,8
30-34 ans	18,8	18,2	18,8	18,0
35-39 ans	13,4	13,0	13,6	13,1
40-44 ans	5,7	5,6	5,7	5,5
45-49 ans	0,6	0,7	0,6	0,5
<b>Total</b>	<b>14,4</b>	<b>14,1</b>	<b>14,6</b>	<b>14,3</b>

Champ • France métropolitaine.

Sources • BIG, SAE – DREES.

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

Avec des taux compris entre 22 et 39 IVG pour 1 000 femmes, les départements d'outre-mer conservent les taux de recours à l'IVG les plus élevés (encadré 3).

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 16 IVG pour 1 000 femmes (tableau 3 et graphique 3), contre une moyenne de 11,9 pour l'ensemble des autres régions.

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

Les régions où les taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes sont les plus élevés sont aussi celles où ces taux pour 1 000 mineures sont les plus importants. La région Rhône-

### ENCADRÉ 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 sept 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.

### TABLEAU 3

#### Les interruptions volontaires de grossesse selon la région d'intervention en 2005

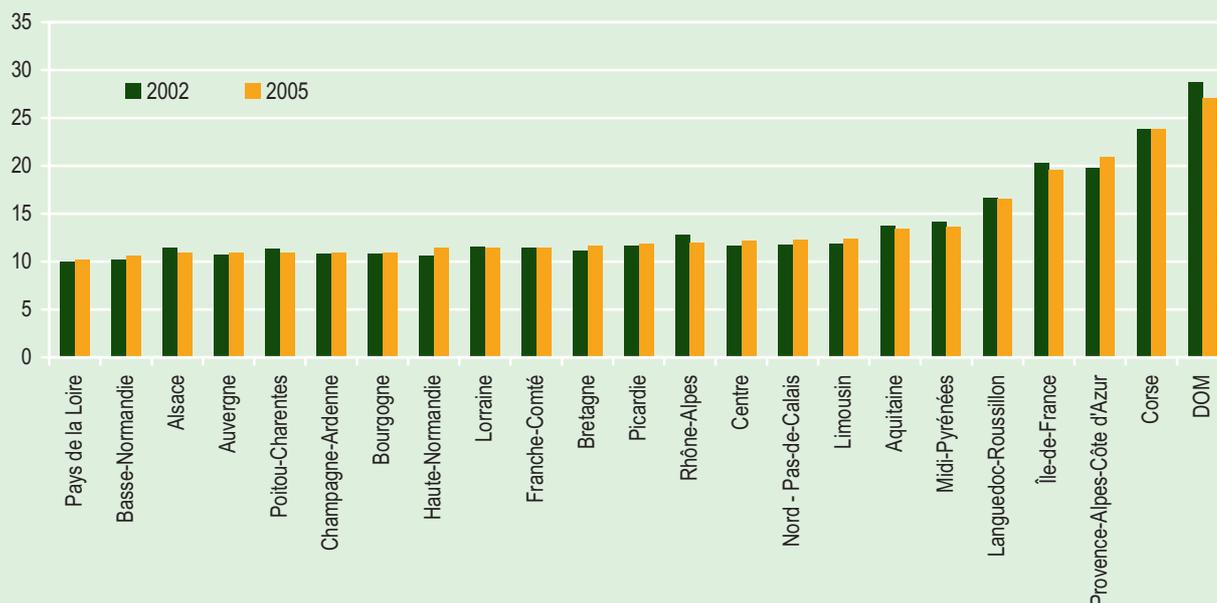
Régions	IVG	IVG pour 1 000 femmes	% IVG médicamenteuses	IVG pour 1 000 femmes mineures	% IVG secteur public
Île-de-France	57 998	19,6	41,7	13,8	52,5
Champagne-Ardenne	3 422	10,9	50,8	10,7	77,3
Picardie	5 323	11,9	57,1	11,6	99,7
Haute-Normandie	4 956	11,4	32,3	9,6	85,6
Centre	6 868	12,1	54,7	10,5	92,5
Basse-Normandie	3 447	10,6	51,1	9,3	94,8
Bourgogne	3 920	10,9	31,5	9,1	90,7
Nord - Pas-de-Calais	12 152	12,3	48,6	11,4	97,9
Lorraine	6 369	11,4	44,3	9,8	66,8
Alsace	4 873	10,9	79,2	10,4	82,5
Franche-Comté	3 024	11,5	29,5	9,4	98,0
Pays de la Loire	7 949	10,1	38,9	8,9	86,4
Bretagne	8 014	11,7	40,5	9,2	86,5
Poitou-Charentes	4 078	10,9	50,0	9,0	77,1
Aquitaine	9 412	13,4	33,5	11,3	73,9
Midi-Pyrénées	8 476	13,6	52,1	9,9	50,8
Limousin	1 908	12,4	52,7	9,7	87,8
Rhône-Alpes	17 046	12,0	34,5	8,2	90,1
Auvergne	3 194	10,9	38,7	9,3	87,9
Languedoc-Roussillon	9 462	16,5	47,9	13,0	59,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22 895	20,9	48,2	16,0	65,5
Corse	1 525	23,8	74,0	20,6	80,6
<b>France métropolitaine</b>	<b>206 311</b>	<b>14,3</b>	<b>44,4</b>	<b>11,3</b>	<b>72,3</b>
Guadeloupe	4 567	39,0	51,8	34,1	70,1
Martinique	2 289	22,0	43,0	19,6	100,0
Guyane	1 684	32,9	59,1	28,9	75,7
La Réunion	4 571	21,7	41,9	27,0	76,1
<b>DOM</b>	<b>13 111</b>	<b>27,1</b>	<b>47,7</b>	<b>27,1</b>	<b>78,1</b>
<b>France entière</b>	<b>219 422</b>	<b>14,7</b>	<b>44,6</b>	<b>11,9</b>	<b>72,7</b>

Champ • France entière.

Sources • INSEE - Estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier – SAE-PMSI, DREES.

GRAPHIQUE 3

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



Sources • SAE- DREES ; INSEE.

Alpes se distingue par le plus faible recours à l'IVG chez les mineures, deux fois moins important qu'en Provence – Alpes – Côte d'Azur et trois fois plus bas qu'en Corse.

Globalement les mineures affichent partout des taux de recours à l'IVG inférieurs à ceux de l'ensemble des femmes, excepté à La Réunion où ce taux est supérieur de 5 points chez les mineures (tableau 3).

**Malgré le développement de la contraception d'urgence, le nombre des IVG ne diminue pas**

La tendance à la hausse du nombre des IVG chez les jeunes ne semble pas s'expliquer par une moindre utilisation des contraceptifs. En 2005, d'après le baromètre Santé (INPES – Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), 71 % des personnes âgées de 15 à 54 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ont déclaré « faire quelque chose pour éviter une grossesse » (69,5 % en 1999), le plus souvent en utilisant une méthode médicale de contraception (pilule ou stérilet dans 79,1 % des cas, préservatif dans 20,9 % des cas). Parmi les femmes à risque de grossesse

(femmes en âge de procréer ayant des relations sexuelles, non enceintes non stériles) ne souhaitant pas avoir d'enfant, 4,6 % déclarent ne pas utiliser systématiquement un moyen de contraception.

En ce qui concerne les jeunes, même si l'usage du préservatif se diffuse, la pilule demeure le mode de contraception le plus répandu. En 2000, 67,6 % des jeunes de 15 à 19 ans qui utilisent (systématiquement ou non) un moyen contraceptif, prennent la pilule, contre 65,8 % en 2005<sup>5</sup> (respectivement 80,8 % et 80,5 % parmi les jeunes âgés de 20 à 24 ans). L'usage du préservatif est toutefois près de deux fois plus fréquent en 2005 qu'en 2000, passant de 30,7 % à 55,7 % chez les jeunes âgés de 15-19 ans et de 16,9 % à 32,0% chez les 20-24 ans.

Par ailleurs, les femmes connaissent et utilisent de plus en plus la contraception d'urgence. Depuis juin 1999, date à laquelle celle-ci est devenue accessible en pharmacie sans prescription médicale, son utilisation s'est très fortement développée : plus d'1,1 million de comprimés de Norlevo (pilule du lendemain) ont été vendus en 2006, soit des ventes près de sept fois supérieures à celles rele-

vées en 1999. Selon le baromètre Santé 2005, même si seule une minorité peut citer le délai maximal des 72 heures requis pour la prise de cette pilule, toutes les femmes de 15 à 54 ans (99,8 %) déclarent en avoir déjà entendu parler et 13,7 % y ont déjà eu recours au cours de leur vie. Les trois causes principales amenant à la prise de ce type de contraception d'urgence sont les problèmes de préservatif (32,5 % des cas), de pilule (24,9 %) et les rapports sexuels non protégés (21,8 %). Cette pratique est surtout répandue chez les jeunes femmes : plus de 30 % des femmes de 15-19 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)<sup>6</sup> 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, la législation en matière d'IVG demeure très restrictive en

5. Sources : baromètre Santé 2000, volume 2, décembre 2001 ; baromètre Santé 2005, Premiers résultats, mars 2006.

6. 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.

Irlande, à Malte, à Chypre et en Pologne, contrairement à l'Espagne où une interprétation plutôt large des conditions d'application tempère la rigueur de la loi.

La majorité des autres pays ont autorisé l'IVG avant 1990, à l'exception du Portugal où la loi légalisant l'IVG a été promulguée en 2007. 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 et au Portugal, 18 semaines en Suède, 24 semaines en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas et 12 semaines dans les autres pays, comme en France.

Ce sont les nouveaux pays membres de l'Union européenne (UE) qui détiennent les taux de recours aux interruptions de grossesse les plus élevés, avec plus de 20 IVG pour 1 000 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 15 » (graphique 4).

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 (mifégyne) le font depuis le tout début des années 2000. En République tchèque, Slovaquie, Hongrie et Italie, l'interruption de grossesse demeure une pratique exclusivement chirurgicale, mais l'utilisation de la mifégyne commence à faire débat.

### ENCADRÉ 3

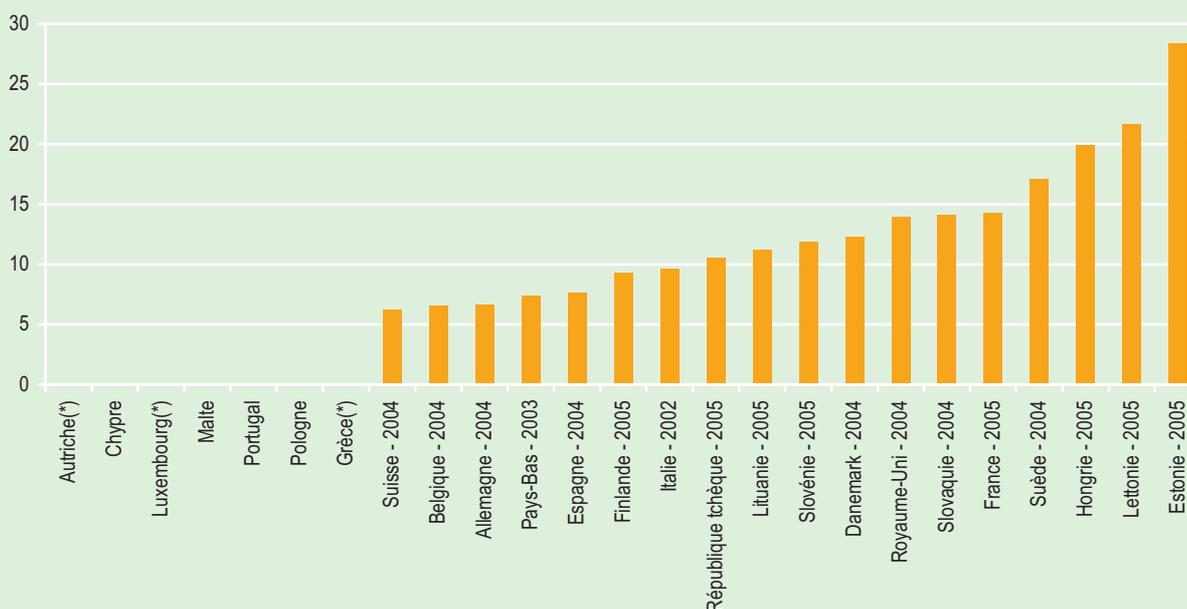
#### La situation dans les départements d'outre-mer

Avec un taux de recours moyen de 27 IVG pour 1 000 femmes, la fréquence de recours à l'IVG dans les DOM représente le double des IVG pratiquées en métropole. Les recours sont particulièrement importants en Guadeloupe et en Guyane, avec des taux supérieurs à 32 IVG pour 1 000 femmes, alors que la Martinique et La Réunion ont des taux inférieurs à ceux de la Corse. Cependant on observe depuis une dizaine d'années une tendance

à la baisse en Guadeloupe, Martinique et surtout à La Réunion et une évolution irrégulière en Guyane. Cette diminution ne concerne toutefois pas les IVG chez les mineures, qui augmentent dans les DOM comme en métropole. Les recours à l'IVG pour 1 000 mineures sont particulièrement importants en Guadeloupe, alors qu'à la Martinique ils sont analogues à ceux observés en Corse.

### GRAPHIQUE 4

#### Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Europe



(\*) Aucune donnée disponible.

Sources • OMS – division de la population des nations unies ; OMS-HFA ; DREES pour les données françaises.

Vient de paraître

## LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE recueil d'études statistiques

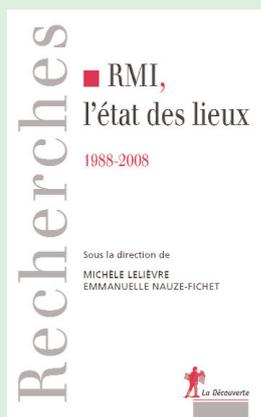


Cet ouvrage collectif dresse un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale en France, à partir des données statistiques disponibles. Ces dernières sont en effet nombreuses en France, mais elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles.

Pour la première fois, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) rassemble et met à disposition des données issues de différentes sources, contribuant ainsi à améliorer la connaissance de l'offre de soins, des professionnels, des patients pris en charge en psychiatrie.

**La Documentation française**  
29, quai Voltaire  
75344 Paris Cedex 07  
www.documentationfrancaise.fr  
Prix : 18 euros

## RMI, L'ÉTAT DES LIEUX 1988 - 2008



En 1988, la création du revenu minimum d'insertion (RMI) a marqué un réel tournant dans l'évolution du système français de protection sociale. Dernier filet de sécurité pour assurer un revenu minimum aux personnes les plus démunies et jusqu'alors exclues du système, il a constitué une véritable innovation en organisant, parallèlement au versement d'une allocation, l'insertion des personnes concernées. Il est entré en 2008 dans sa vingtième année, avec la perspective de mise en place d'un revenu de solidarité active (RSA) à l'horizon 2009 : celui-ci peut ouvrir à des changements majeurs s'incarnant dans une réforme globale des minima sociaux et des politiques d'insertion qui les accompagnent.

S'appuyant sur les dernières enquêtes statistiques et données administratives disponibles, cet ouvrage apporte des éclairages sur les publics bénéficiaires du RMI. Il permet de faire le point sur différents aspects au cœur des débats qui entourent la préparation du RSA : niveaux de vie et conditions de vie des bénéficiaires du RMI, parcours des populations concernées, efficacité des dispositifs mis en place pour permettre leur insertion sociale et professionnelle, résultats de la décentralisation du dispositif depuis 2004.

Cet ouvrage est coordonné par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui a lancé plusieurs enquêtes statistiques sur le sujet et participe à l'évaluation et au suivi statistique des effets de la décentralisation.

**Éditions La Découverte**  
9 bis, rue Abel-Hovelacque  
75013 Paris  
www.editionsladecouverte.fr  
Prix : 28 euros