

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé
Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE



SEPTEMBRE

2018

NUMÉRO

1081

216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 202 900 auprès de femmes résidant en Métropole. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1 000 femmes pour la France entière. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017.

Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions. En Métropole, ils varient de 10,2 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,4 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ils sont souvent plus élevés dans les DROM et atteignent 33,6 en Guadeloupe.

48 100 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 22 % du total des IVG. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître et s'élève à 41 %, soit 32 % du total des IVG.

Annick Vilain, avec la collaboration de Sylvie Rey (DREES)

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en France s'élève à 216 700 en 2017, selon les sources administratives (encadré 1). Parmi celles-ci, 13 400 le sont auprès des résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM)¹, y compris Mayotte. Chaque année, on compte environ une IVG pour un peu moins de quatre naissances (graphique 1).

Depuis 2001, le nombre d'IVG varie, chaque année, entre 215 000 et 230 000. L'évolution est demeurée très faible en 2017, les résultats étant quasiment identiques à ceux de 2016 (après révision du chiffre publié l'année dernière)².

L'indice conjoncturel d'avortement demeure globalement stable depuis près de quinze ans

Les évolutions du nombre des naissances et des IVG suivent une tendance proche depuis 1990 (graphique 1), si bien que le ratio d'avortement, qui rapporte une année donnée le nombre d'IVG au nombre total de naissances vivantes, reste plutôt stable au cours de la période, connaissant cependant une légère tendance à la hausse depuis le début des années 2000. Ce ratio est une mesure approchée de la propension des femmes enceintes à interrompre

...

1. Dans toute la suite de l'étude, la référence au DROM inclut la Guadeloupe (hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy depuis 2013), la Martinique, la Guyane, La Réunion et depuis 2014 Mayotte.

2. Le chiffre de 2016 publié en juin 2017, incomplet du fait de remontées administratives tardives, a été révisé de +4 174 pour les IVG médicalement réalisées hors établissements hospitaliers.

ENCADRÉ 1

Les sources mobilisables pour dénombrer les IVG

Plusieurs sources peuvent actuellement être mobilisées pour le suivi annuel du nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG réalisées en centres hospitaliers ; le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers. Ce nombre de remboursement de forfaits est disponible mois par mois auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), à partir des données du régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique [Erasmé] puis des données Datamart de consommation interrégimes [DCIR]) depuis 2005, à la suite de leur autorisation en cabinet libéral, en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale depuis 2009, enfin pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Sécurité sociale des indépendants depuis 2010.

Les données du PMSI, qui permettent de connaître l'âge précis de la patiente, sont les données de référence pour les IVG hospitalières. Le chiffre des IVG hospitalières est déterminé par le nombre de séjours classés dans le groupe homogène de malades (GHM) 14Z08Z, correspondant aux IVG avec un séjour inférieur à trois jours. Les avortements classés dans un autre groupe représentent 235 IVG en 2017, soit 0,1 % du total des IVG.

Dans cette étude, le nombre d'IVG en établissements de santé et leur répartition selon le mode d'intervention sont issus de la SAE jusqu'en 2013 et du PMSI depuis 2014. Les données sont disponibles par départements et régions depuis 1994 (depuis 2011 pour Mayotte).

Les données du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral depuis 2006 et dans les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale depuis 2009. L'analyse a porté sur la situation au 25 juin 2018, avec des dates d'entrée jusqu'au 1^{er} juin 2018. Les données de 2016 ont été révisées car sous-estimées lors de la précédente publication.

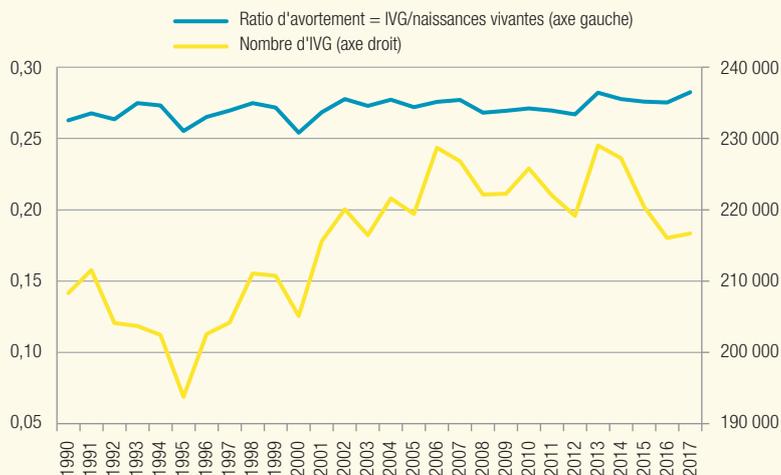
Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes sont ponctuellement publiées par le biais de résultats d'enquêtes périodiques [FECOND, COCON] de l'unité mixte Ined-Inserm (Institut national d'études démographiques-Institut national de la santé et de la recherche médicale), plus riches en information sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes et sur les raisons de leur recours à l'IVG que les données administratives.

Le Baromètre santé de Santé publique France permet d'obtenir régulièrement des données sur les IVG et la contraception.

Enfin, des enquêtes thématiques, comme celle de la DREES menée auprès de 11 500 femmes ayant eu recours à une IVG en 2007, ont permis de recueillir des informations sur les établissements et les professionnels.

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre d'IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2017



Note • Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG (au numérateur) et le nombre de naissances vivantes (au dénominateur).

Lecture • En 2017, le rapport était de 28 IVG pour 100 naissances.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (y compris les âges inconnus).

Sources • DREES (SAE, PMSI) ; CNAM-TS (Erasmé puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous les régimes depuis 2010), calculs DREES.

leur grossesse. En effet, cette propension, qui se définirait théoriquement comme le rapport du nombre d'IVG pour une année donnée au nombre total de conceptions de la même année (naissances vivantes, mais également fausses couches, mort-nés, interruptions médicales de grossesses [IMG] et IVG), n'est pas calculable, les données n'étant pas exhaustives notamment sur les fausses couches et les IMG avant 22 semaines d'aménorrhée.

L'indice conjoncturel d'avortement, qui s'élève à 0,53 en 2017, correspond à la somme des taux d'IVG par âge. Il est également stable (*graphique 2*). Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours par âge de l'année considérée. Il permet de neutraliser l'effet de la déformation de la structure d'âge au fil des années.

Certaines femmes seront concernées plusieurs fois par une IVG au cours de leur vie féconde. En décomposant l'indicateur conjoncturel en nombre moyen de premières IVG et d'IVG répétées, l'Institut national d'études démographiques (Ined) a estimé en 2011 que le nombre de première IVG par femme était de 0,33³, ce qui signifie qu'une femme sur trois aura recours à au moins une IVG. Un certain nombre de femmes seront concernées plusieurs fois au cours de leur vie féconde : en 2011, 33 % des femmes ayant recouru à une IVG l'avaient déjà fait au moins une fois auparavant. En 2017, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) évaluerait ce chiffre légèrement à la baisse, à 32 %⁴.

Un taux de recours en légère baisse parmi les moins de 20 ans

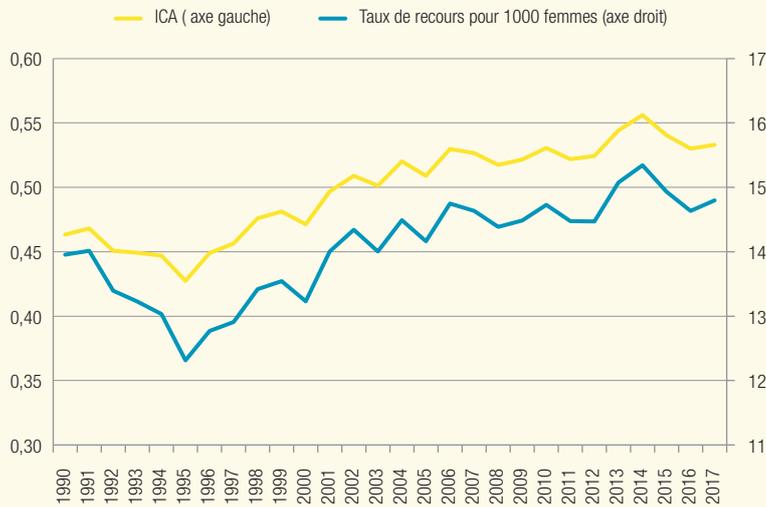
En 2017, on compte 14,4 IVG⁵ pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 26,2 dans les DROM (y compris Mayotte). C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26,7 femmes sur 1 000). Après une augmentation entre 2000 et 2014, le taux global de recours à l'IVG est en légère baisse depuis. L'évolution selon les tranches d'âge est plus différenciée. La diminution des taux de recours se poursuit ainsi chez les moins de 20 ans depuis 2010 (*graphique 3*), alors que les taux ont plutôt tendance à croître parmi les 25-39 ans. Ces

3. Sources : Bulletins d'interruptions volontaires de grossesse.

4. Une nouvelle variable introduite dans le PMSI en 2015 permet de renseigner le nombre d'IVG antérieures. Celle-ci est renseignée pour 52 % des séjours ; parmi eux, on dénombre 68 % des cas sans IVG antérieure, 22 % avec une IVG, 7 % avec deux et 3 % avec trois ou plus.

5. Calculé pour les seules IVG de femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes dont l'âge est inconnu sont prises en compte pour le calcul des taux de recours nationaux et régionaux, mais elles ne le sont pas pour celui des taux par âge.

GRAPHIQUE 2 Évolution de l'indice conjoncturel d'avortement (ICA) et du taux de recours à l'IVG depuis 1990

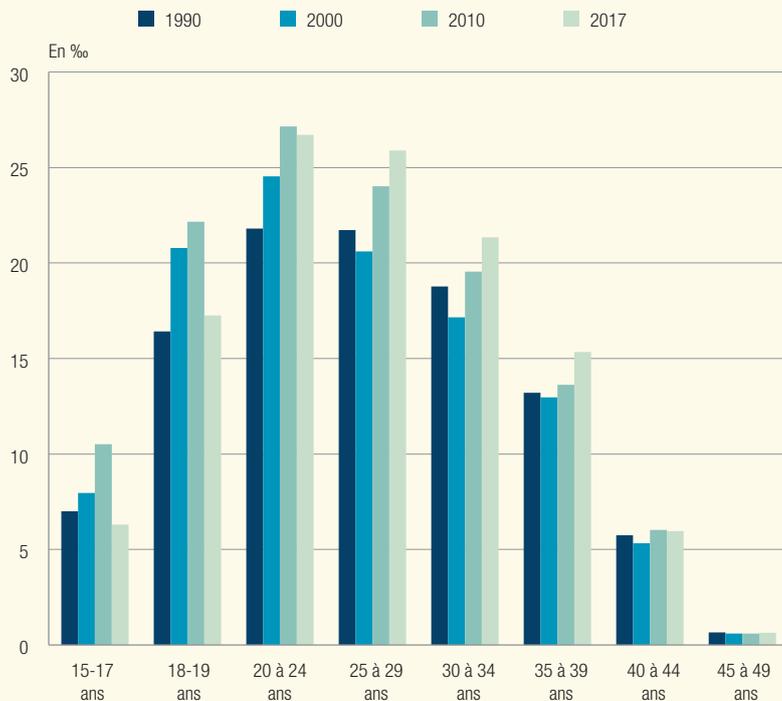


Lecture • En 2017, le taux de recours à l'IVG s'élève à 14,8 IVG pour 1 000 femmes et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,53 IVG/femme.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans, y compris les femmes dont l'âge est inconnu pour le taux de recours).

Sources • DREES (SAE, PMSI) ; CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de la population).

GRAPHIQUE 3 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017



Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans ou dont l'âge est inconnu).

Sources • DREES (SAE) ; CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2017), calculs DREES.

évolutions sont relativement concordantes avec celles du taux de fécondité par âge, les ratios IVG par nombre de naissances vivantes étant stables pour chaque tranche d'âge. Toutefois, une part non négligeable des IVG réalisées hors établissements hospitaliers sont réalisées avec un identifiant anonyme ne permettant pas de connaître l'âge des femmes concernées (15 % des IVG réalisées dans les centres de santé ou les centres de planification et d'éducation familiale [CPEF] et 2 % des IVG réalisées en cabinet). Selon la réglementation en vigueur, ces 1 589 IVG pratiquées en ville sur des femmes dont l'âge est inconnu concernent exclusivement des mineures ; le taux de recours calculé en les incluant atteindrait 12,0 pour 1 000 femmes âgées de 15-17 ans (contre 6,3 sans les prendre en compte). Les IVG concernant des femmes d'âge inconnu représentent une très faible part des IVG et leur prise en compte parmi les moins de 20 ans ne remettrait pas en question la tendance à la baisse observée chez celles-ci.

Des recours plus fréquents dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud

Les taux de recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 10,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 20,8 pour 1 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (*tableau 1*).

Les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse), où ils dépassent 16 IVG pour 1 000 femmes, voire 33 IVG pour 1 000 femmes en Guyane et Guadeloupe. Les taux sont également plus élevés pour les mineures dans les DROM. De 13,6 chez les moins de 18 ans à La Réunion, à 14,8 en Guadeloupe, ils sont supérieurs à 18,3 pour les autres DROM, contre 4,0 à 8,8 pour les mineures des régions métropolitaines. La standardisation par âge n'atténue pas les disparités régionales en Métropole.

Une IVG sur vingt est réalisée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée

Les IVG réalisées durant les deux dernières semaines du délai légal peuvent

TABLEAU 1

Les IVG en 2017, selon la région de résidence de la femme

	Établissement hospitalier	Centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Métropole						
Grand-Est	12 924	130	905	13 959	11,7	5,3
Nouvelle-Aquitaine	12 659	558	2 826	16 043	13,2	6,0
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550	12,9	5,1
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	22	1 311	6 786	11,8	5,7
Bretagne	6 730	100	625	7 455	11,0	4,0
Centre-Val de Loire	5 416	153	944	6 513	12,4	5,5
Corse	1 028	3	183	1 214	17,2	6,5
Île-de-France	35 371	2 246	14 475	52 092	17,4	6,7
Occitanie	15 880	226	3 711	19 817	16,1	6,6
Pays de la Loire	7 859	12	267	8 138	10,2	3,8
Hauts-de-France	15 408	27	1 989	17 424	13,0	7,7
Normandie	7 030	108	1 274	8 412	12,1	6,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 808	275	6 433	22 516	21,4	8,8
Total résidentes en Métropole	159 394	4 465	39 060	202 919	14,4	6,1
DROM						
Guadeloupe	1 462	5	1 536	3 003	33,6	14,8
Martinique	1 852	3	253	2 108	26,4	18,3
Guyane	1 362	5	971	2 338	33,0	23,6
La Réunion	3 011	1	1 343	4 355	20,7	13,6
Mayotte	1 284	1	336	1 621	25,6	22,4
Total résidentes DROM	8 971	15	4 439	13 425	26,1	17,4
Résidence inconnue²		18	80	98		
Résidentes France entière	168 365	4 498	43 579	216 442	14,8	6,6
Résidence à l'étranger	244			244		
Total IVG réalisées	168 609	4 498	43 579	216 686		

1. Calculé en rapportant les IVG pour des femmes âgées de 15-49 ans ou dont l'âge est inconnu à la population des femmes de 15-49 ans.

2. Dans 1 800 cas, le lieu de résidence inconnu a été approché par le lieu de réalisation de l'acte : seules les interventions pour lesquelles ni la résidence de la femme, ni le lieu de réalisation ne sont connus apparaissent en « résidence inconnue ».

Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM.

Sources • DREES (PMSI), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2017), CNAM-TS (données de consommation interrégimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soins, tous régimes).

rendre compte de difficultés de parcours et d'accès. En France, 5 % des IVG sont pratiquées dans ce délai mais, là aussi, les variations sont notables selon le département de résidence des femmes. En 2017, leur proportion est plus élevée dans les DROM, hormis en Guadeloupe, et plus particulièrement à Mayotte (15,9 %). En Métropole, les différences varient de 1,1 % à 8,7 % selon les départements de résidence (carte 1). Les régions des Pays de la Loire et de la Bourgogne-Franche-Comté sont plus particulièrement concernées.

Deux IVG sur trois sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole

Depuis 2005, des IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées en dehors des structures hospitalières. En 2017, 19,2 % des IVG (33,1 % dans les DROM) l'ont été en cabinet libéral, et 2,2 % (0,1 % dans les DROM) dans les centres de santé ou les CPEF (tableau 1 et encadré 2), soit 43 500 IVG en Métropole et 4 500 dans les DROM.

En 2017, 59 % des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses, contre 10 % en 1992.

L'augmentation progressive du nombre des IVG réalisées hors établissements hospitaliers, en cabinet libéral depuis 2005 et dans les centres de santé et les CPEF depuis 2009, s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier. Cette baisse a été amorcée en 2001, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé a continué d'augmenter jusqu'en 2005 avant de se stabiliser. Globalement, 67,5 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole (76,1 % dans les DROM).

Une IVG sur trois est réalisée hors du cadre hospitalier en Île-de-France et dans les DROM

La prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure concentrée dans certaines régions : si 3 % des IVG sont réalisées en cabinet libéral en Pays de la Loire et 6 % dans le Grand-Est, cette pratique concerne près de 30 % des IVG

en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Île-de-France et à La Réunion, et jusqu'à 42 % en Guyane et 51 % en Guadeloupe. La pratique des IVG dans les centres de santé et les CPEF est peu développée puisque seules 2 % des IVG y ont lieu, ce chiffre montant à 4 % en Île-de-France (tableau 1 et graphique 4). Hors établissement, la majorité des IVG médicamenteuses sont

réalisées par des médecins généralistes (65 % dans les centres et 43 % en cabinet libéral) et des gynécologues obstétriciens (19 % dans les centres et 42 % en cabinet libéral) ; seules 3 % d'entre elles le sont par des sages-femmes en 2017 (1 % en 2016).

Source PMSI.

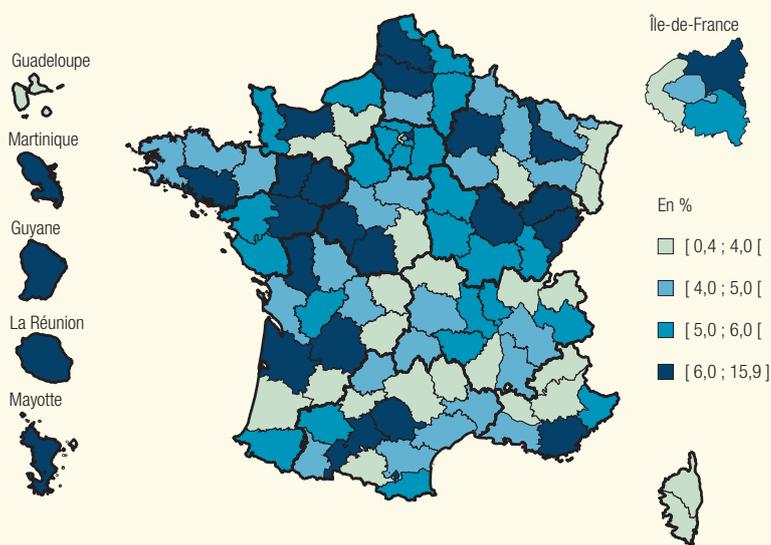
Les IVG en établissement de santé sont principalement réalisées en secteur public

En 2017, 509 établissements ont réalisé au moins une IVG en France (dont un à Mayotte⁶). En Métropole, ce sont pour 71 % d'entre eux des établissements publics (graphique 4), prenant en charge 85 % des IVG réalisées en établissement. Dans les DROM, 62 % sont publics (graphique 4) et prennent en charge 87 % des IVG réalisées en établissement.

Une proportion d'anesthésie générale très variable selon le département

Parmi les IVG instrumentales réalisées en établissement de santé, la proportion d'anesthésie générale est, en Métropole, de 79 % et elle atteint 98 % dans les DROM. Cette proportion varie de 18 % à 100 % selon le département de l'établissement (de 0 % à 100 % selon l'établissement). Ces variations rendent compte de différences de pratiques entre les établissements, dans la demande des femmes mais aussi, lorsque le taux d'anesthésie est faible, de la disponibilité des anesthésistes. ■

CARTE 1 Part des IVG réalisées entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée (SA)



Note • Répartition en quartiles.

Lecture • 2,9 % des IVG réalisées en Guadeloupe concernent des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

Champ • France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).

Sources • DREES-ATIH : PMSI 2017 - MCO, traitements DREES.

ENCADRÉ 2 La législation en France

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite loi Veil, reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980, remboursée par la Sécurité sociale à 70 % depuis la loi du 31 décembre 1982 (loi Roudy).

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze 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 sept semaines d'aménorrhée révolues. Les médecins autorisés, depuis juillet 2004, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité

par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention.

Depuis le décret du 6 mai 2009, qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses.

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 27 janvier 2016 a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG et a autorisé les IVG instrumentales hors établissement de santé, dans les centres de santé et CPEF. Leur mise en place reste à l'heure actuelle en attente de la finalisation des textes d'application. Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, et tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1^{er} avril 2016. Enfin, les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses depuis juin 2016.

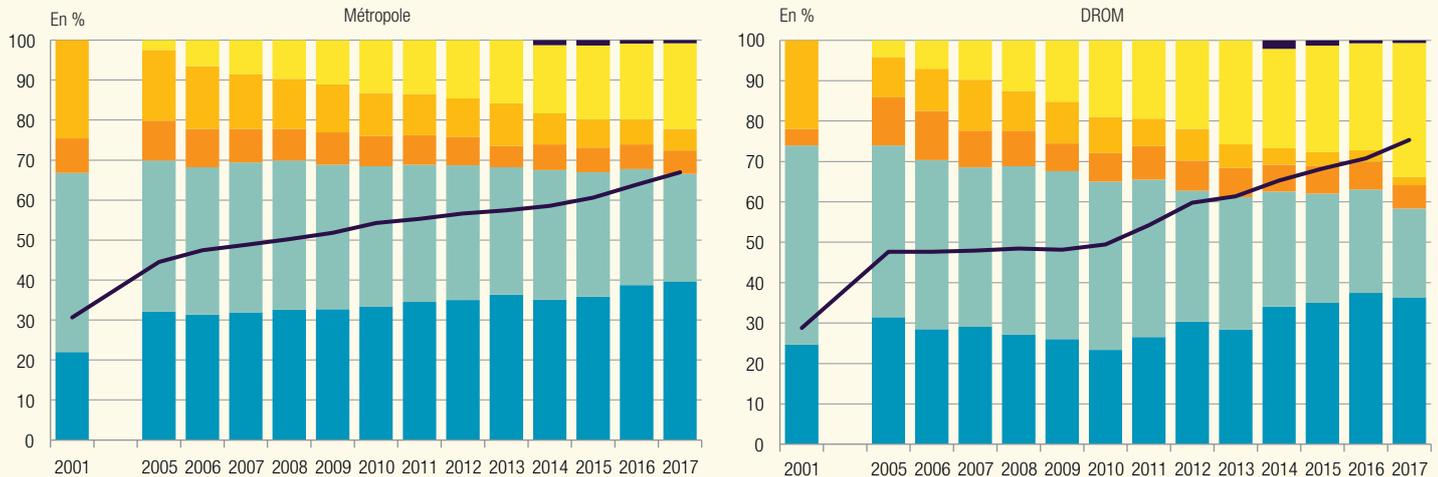


GRAPHIQUE 4

Évolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG

■ Méthode inconnue ■ Ville ■ Privé chirurgical ■ Privé médicamenteux ■ Public chirurgical ■ Public médicamenteux

— % médicamenteux



Notes • La pratique des IVG médicamenteuses en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale est possible depuis mai 2009. Pour les IVG hors établissement hospitalier, les données sont disponibles selon la date de liquidation et pour le régime général avant 2010, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010.

Le nombre de forfaits a été actualisé pour 2015 et 2016 depuis les données publiées précédemment.

Lecture • En 2017, en Métropole 21% des IVG ont été réalisées en cabinet libéral, 67 % à l'hôpital public, et 67 % sont des IVG médicamenteuses.

Champ • IVG réalisées auprès des résidentes de Métropole (à gauche) et des DROM (à droite ; Mayotte non compris jusqu'en 2013), hors résidence inconnue.

Sources • DREES (SAE-PMSI jusqu'en 2013, puis PMSI exclusif), CNAM-TS (nombre de forfaits médicamenteux de ville remboursés dans l'année à partir de 2006).

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Aubin, C., Jourdain-Menninger, D., Chambaud, L.** (2009, octobre). *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, IGAS, RM2009-112P.
- **Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C. et l'équipe FECOND** (2014, mai). La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Ined, *Population et sociétés*, 511.
- **Commission sur les données et la connaissance de l'IVG** (2016, juillet). *IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information* (rapport).
- **Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes** (2013, novembre). *Rapport relatif à l'IVG*.
- **Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E.** (2015, janvier). Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. Ined, *Population et sociétés*, 518.
- **Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E.** (2014). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Ined, *Population*, 69 (3).
- **Naves, M.-C., Sauneron, S.** (2011, juin). Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Premiers résultats du baromètre Santé 2010. Centre d'analyse stratégique, *Note d'analyse*, 226.
- **Vilain, A.** (2017, juillet). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1013.
- **Vilain, A.** (2009, décembre). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES, *Études et Résultats*, 712.
- **Vilain, A., Collet, M., Moisy, M.** (2010). Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge. Dans *L'état de santé de la population en France : rapport 2009-2010*. Paris, France : DREES.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaires de rédaction : Fabienne Brifault et Alexandra Fisch

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384