

ÉTUDES et RÉSULTATS

septembre 2023
n° 1281

Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022

En 2022, 234 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, dont 218 400 concernent des femmes résidant en France métropolitaine. Après la nette baisse liée à la pandémie de Covid-19 en 2020 et 2021, le nombre d'IVG augmente en 2022 avec le plus haut niveau depuis 1990 (16,2 IVG pour 1 000 femmes [‰] âgées de 15 à 49 ans). Cette augmentation s'observe autant en France métropolitaine (15,7 ‰) que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (30,7 ‰).

La baisse du nombre d'IVG en secteur hospitalier se poursuit (144 600 IVG), tandis que la progression hors établissement s'accélère (89 600 en 2022 en comptant les IVG par téléconsultation et les IVG instrumentales en centre de santé). Ainsi, 38 % du total des IVG sont réalisées hors secteur hospitalier, avec d'importantes variations régionales.

La méthode médicamenteuse représente 78 % de l'ensemble des IVG (contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000). Elle se pratique en établissement dans 51 % des cas, en cabinet libéral dans 44 % des cas, et en centre de santé et centre de santé sexuelle (ex-centre de planification et d'éducation familiale) dans 5 % des cas.

Les écarts perdurent entre les régions de France métropolitaine et les DROM, les taux de recours allant de 11,6 ‰ en Pays de la Loire à 22,6 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de 21,0 ‰ à Mayotte à 48,7 ‰ en Guyane. Enfin, plus de huit femmes sur dix réalisent leur IVG dans leur département de résidence.

Annick Vilain, avec la collaboration de Jeanne Fresson (DREES)

En France, une femme enceinte peut décider d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14^e semaine de grossesse¹ depuis mars 2022 (auparavant le délai légal était fixé avant la fin de la 12^e semaine de grossesse). L'interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être pratiquée par la prise de médicaments (IVG médicamenteuse), ou bien par une intervention chirurgicale (IVG instrumentale). La prise de médicaments peut se faire jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée (SA) en cabinet de ville, dans un centre de santé, un centre de santé sexuelle ou un établissement de santé. Les médecins, les sages-femmes et les structures qui

pratiquent des IVG en ville doivent avoir une convention avec un établissement de santé pratiquant des IVG. Concernant la méthode instrumentale, les IVG sont pratiquées dans les établissements de santé, mais sont également autorisées dans les centres de santé depuis 2021 sous certaines conditions. Le choix de la technique repose sur le terme de la grossesse et les préférences de la femme. Il peut néanmoins être aussi contraint par l'offre de soins disponible.

En 2022, en France, 234 300 IVG ont été réalisées, selon les sources médico-administratives (*encadré 1*). Parmi celles-ci, 15 500 concernent des résidentes des départements et

1. En pratique clinique, le terme est mesuré en semaine d'aménorrhée (SA) révolues, c'est-à-dire que la première SA est notée 0 SA. La 14^e semaine de grossesse s'étend de 15 SA + 0 jour à 15 SA + 6 jours, soit 15 SA révolues.

- régions d'outre-mer (DROM)², y compris Mayotte. Le nombre d'IVG augmente en 2022 avec le niveau le plus élevé enregistré par les bases de données médico-administratives depuis 1990³, après la nette baisse liée à la pandémie de Covid-19 en 2020 et 2021 (*graphique 1*). Les 17 000 IVG de plus qu'en 2021 ne peuvent pas s'expliquer uniquement par l'allongement de deux semaines du délai légal de recours : ces IVG dites tardives, pratiquées après 13 SA, représentent moins d'un cinquième du surplus observé. Le nombre d'IVG en 2022 est également plus important que celui d'avant la pandémie, avec environ 7 000 interruptions pratiquées en plus par rapport à 2019⁴, dont la moitié environ pourrait s'expliquer par l'allongement du délai de recours. Parmi

les IVG réalisées en 2022, 78 % ont été réalisées avec la méthode médicamenteuse.

La précision des effectifs a été améliorée en 2022 (et les effectifs recalculés pour les années 2020 et 2021), en faisant le lien entre les différents épisodes du parcours de soins suivi par une même femme, ce qui permet de repérer des erreurs de codage (à la suite d'un échec ou d'une complication de la méthode initiale) et de compter une seule fois chaque grossesse arrêtée ; il s'agit d'IVG médicamenteuses dans 95 % des cas. Ce suivi du parcours de soins montre que 8 615 femmes (4 %) ont interrompu plusieurs grossesses via le recours à plus d'une IVG au cours de l'année 2022, espacées de plus de neuf semaines.

Encadré 1 Les sources mobilisées pour dénombrer les IVG

Plusieurs sources sont mobilisées pour le suivi annuel du nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) jusqu'en 2013 et les données recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG réalisées en établissement hospitalier depuis 2014 ; le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement hospitalier. Ce nombre de remboursements de forfaits est disponible mensuellement depuis 2005 auprès de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), d'abord pour le régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique [Erasmé]), puis pour tous les régimes à partir de 2010. Ces données permettent de connaître l'âge exact de la patiente et son lieu de résidence, mais pas le terme de l'IVG.

Les données du PMSI, qui permettent de connaître l'âge précis de la patiente et son département de résidence, sont les données de référence pour les IVG hospitalières. Jusqu'en février 2019, les consignes de repérage des IVG étaient la prise en compte des séjours classés dans le groupe homogène de malades (GHM) 14Z08Z, correspondant aux IVG avec un séjour inférieur à trois jours. À partir de mars 2019, le codage des avortements a été modifié (pour une meilleure distinction des séjours pour IVG, pour interruption médicale de grossesse [IMG] avant 22 SA et des complications) et c'est la présence d'un diagnostic O04.- avec un code d'extension en « 0 » en cinquième position (O04.00, O04.10, O04.20, O04.30, O04.40, O04.50, O04.60, O04.70, O04.80 et O04.90) qui permet le mieux de comptabiliser les IVG. Les IVG avec hospitalisation de plus de deux jours, auparavant exclues, sont désormais prises en compte. De mars 2019 à décembre 2019, les IVG ont été dénombrées par le groupe homogène de malades (GHM) ou par un code diagnostic « O04.-+0 ». Ainsi, par construction, la comptabilisation du nombre d'IVG est un peu surévaluée en 2019, tant par rapport à 2018 que par rapport à 2020. Les modifications de codage intervenant en cours d'année entraînent souvent une certaine instabilité des données.

Les données sont disponibles par département et par région depuis 1994 (depuis 2011 pour Mayotte).

Pour la première fois en 2022, grâce au chaînage pour les femmes non concernées par une procédure d'anonymisation complète, si deux interventions ont été réalisées pour une même femme dans un délai inférieur à neuf semaines, une seule IVG a été comptabilisée. Il peut s'agir de complications ayant donné lieu à une hospitalisation ou d'un échec de la première méthode utilisée, codée par erreur comme une nouvelle IVG. Ces réinterventions concernent 7 281 cas en 2022 et ne doivent pas intervenir dans le taux de recours. Cette opération peut être réalisée dès lors que toutes les informations sont disponibles en temps voulu sur le même portail de données

(pour la ville et l'hôpital) et elle a été réropolée à compter de 2020. Pour 2019, les données disponibles sur le portail du Système national des données de santé (SNDS) étaient peut-être incomplètes pour une partie des établissements concernés par une grève momentanée du codage des séjours. Les données 2019 n'ont pas été corrigées des doubles comptes liés aux réinterventions comme cela a été réalisé à partir de 2020. Cependant une estimation de cette correction a été réalisée pour permettre, à titre indicatif, une comparaison entre 2022 et 2019 (avant le Covid-19). Cette estimation a été réalisée en tenant compte des taux de séjours pour réintervention observés au cours des années 2020 à 2022. Le nombre d'IVG sans double compte estimé en 2019 est ainsi de 227 000 IVG, soit environ 7 000 de moins qu'en 2022. L'analyse a porté sur les données enregistrées jusqu'au 25 juillet 2023 pour les forfaits médicamenteux réalisés hors établissement de santé, certaines informations pouvant remonter avec retard. Les données de 2020 et 2021 ont été actualisées pour tenir compte à la fois des forfaits enregistrés tardivement dans les données du datamart de consommation interrégimes (DCIR) et de la correction portant sur les IVG avec réintervention dans les neuf semaines, d'où un nombre total d'IVG en 2021 corrigé par rapport à la précédente publication.

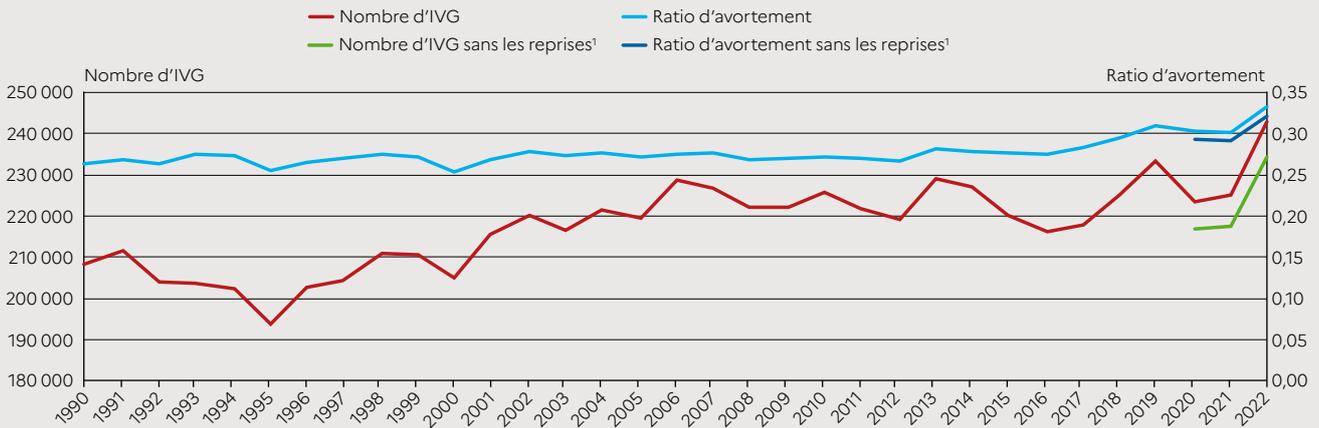
En établissement de santé, le terme des IVG est calculé à partir de la saisie de la date des dernières règles recalculée avec la datation échographique, qui est une variable obligatoire dans le PMSI. L'enregistrement du nombre de semaines d'aménorrhée (SA) révolues correspondantes est recommandé mais non obligatoire. L'absence de contrôle sur la saisie de la date des dernières règles induit des données aberrantes dans le calcul du terme, qui ne peuvent pas toujours être corrigées par le nombre exact de SA révolues s'il n'a pas été saisi. Ainsi, en 2022 comme en 2021, 3,9 % des termes sont nuls, inférieurs à cinq SA (minimum pour constater la grossesse) ou supérieurs au délai légal. En 2021, 1 % des IVG en établissement de santé ont été enregistrées avec un terme supérieur au délai légal, allant parfois au-delà de 40 SA. Dans ces conditions, il est difficile de chiffrer exactement le nombre d'IVG tardives concernées par l'allongement du délai de recours à l'IVG. Les données disponibles indiquent que 2,3 % des IVG réalisées en 2022 en établissement de santé ont concerné des grossesses de 14 et 15 SA*. Mais au vu de la proportion d'IVG avec des délais d'intervention aberrants enregistrés en 2020 et 2021, la proportion d'IVG tardives en 2022 serait en réalité plus faible (car certains de ces enregistrements peuvent être erronés, comme on le constatait lors des années précédentes dans les données administratives). Elle se situerait probablement entre 1,3 % et 2,3 % des IVG en établissement de santé, soit moins de 1,5 % de l'ensemble des IVG. Le détail des termes des IVG médicamenteuses réalisées hors établissement, autorisées jusqu'à neuf SA, n'est pas enregistré.

* Dans ce décompte, on compte les sept premiers jours d'aménorrhée comme 0 SA.

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

3. Malgré le fait que certaines réinterventions comptabilisées auparavant comme une deuxième IVG ne soient pas prises en compte en 2019 (*encadré 1*).

4. Pour l'année 2019, les données remontées dans le SNDS et la méthode de comptage des IVG utilisée diffèrent légèrement de celles des années 2020 à 2022, et les réinterventions n'ont pas été exclues. Pour en tenir compte dans les comparaisons avec 2022, une estimation a été réalisée (*encadré 1*).

Graphique 1 Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2022

1. Les reprises d'IVG correspondent à des IVG faisant suite, neuf semaines ou moins après, à une première IVG, en raison d'un échec ou d'une complication de cette dernière.

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 2022, le rapport est de 32 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio de 0,32).

Champ > Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2023.

Sources > DREES (SAE, PMSI) ; CNAM (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 les régimes depuis 2010), calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1281 © DREES

Tous les indicateurs augmentent et retrouvent un niveau comparable, voire supérieur, à celui d'avant le Covid-19

Le taux de recours à l'IVG dépasse légèrement le niveau de 2019⁵ avec 16,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (*graphique 2*). Dans les DROM, il augmente particulièrement en Guyane, où il atteint 48,7 IVG pour 1 000 femmes (48,7 %) en 2022, contre 39,5 % en 2019, soit plus du double des taux de recours les plus élevés enregistrés dans les régions métropolitaines, à La Réunion ou à Mayotte. En Guyane, les grossesses précoces sont plus fréquentes, il y a plus de méfiance par rapport à la contraception⁶ et il est probable qu'une part non négligeable des IVG concernent des femmes non résidentes⁷, d'où un taux de recours élevé, et probablement surestimé du fait d'un dénominateur ne les prenant pas en compte⁸.

L'indice conjoncturel d'avortement s'établit à 0,58. Cet indice représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge de sa vie et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une IVG égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année⁹. Il permet de neutraliser l'effet de la déformation de la structure d'âge au fil des années, qui peut modifier le taux de recours à l'IVG, même en l'absence de changement dans les pratiques de recours. Cet indice conjoncturel d'avortement a tendance à croître depuis le milieu des années 1990 (point bas inférieur à 0,45), ce qui semble indiquer un changement des pratiques de recours à l'IVG.

Le ratio d'avortement (rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances vivantes une année donnée), qui augmente depuis 2016, connaît à nouveau une nette augmentation, après une stabilisation en 2020 et 2021, pour atteindre 0,32 en 2022. Cette hausse est due conjointement à la baisse du nombre des naissances (-2 % entre 2021 et 2022) et à la hausse du nombre des IVG (+8 % entre 2021 et 2022). Cette hausse du ratio d'avortement s'inscrit dans un

contexte plus général d'évolution des comportements autour de la reproduction. D'une part, le nombre de naissances baisse depuis une dizaine d'années et, d'autre part, les pratiques contraceptives changent, comme l'illustre par exemple la hausse des ventes de produits de contraception d'urgence depuis 2017, accentuée en 2021 et 2022 (+40 % de boîtes vendues en deux ans) [*graphique 3*]. Des études spécifiques sur la contraception sont nécessaires pour interpréter ces évolutions.

Le nombre d'IVG, qui avait diminué pendant la période post-confinement de 2020 et qui est resté relativement faible en 2021 a, depuis juin 2022, un niveau mensuel légèrement supérieur à celui de 2019, avec des chiffres très stables d'un mois à l'autre, tandis que le nombre des naissances continue de baisser (*graphique 4*).

Les taux de recours à l'IVG augmentent parmi les femmes majeures

Les taux de recours à l'IVG les plus élevés s'observent entre 20 et 30 ans : 26,9 % parmi les 20-24 ans et 28,6 % parmi les 25-29 ans, contre 16,2 % parmi les 18-19 ans et 17,8 % parmi les femmes de 35 à 39 ans. En 2022, chez les femmes de 18 ans ou plus, les taux ont augmenté à tout âge. Ils étaient auparavant en baisse depuis 2014 parmi les moins de 25 ans, alors que parmi les 25 ans ou plus les taux ont augmenté jusqu'en 2019 avant de décroître. En 2022, ils retrouvent des niveaux proches de ceux de 2019 chez les 18-25 ans et se situent un peu au-dessus pour les femmes de 25 ans ou plus. Ces taux restent inférieurs à ceux de 2014 chez les moins de 25 ans. Chez les mineures, le taux de recours reste à un niveau équivalent à 2020 et 2021, toujours inférieur aux chiffres de 2019 comme des années antérieures (*graphique 5*).

Un peu plus de 1 000 IVG concernent des femmes dont l'âge est inconnu, ce nombre étant stable depuis 2019. Si les procédures d'anonymisation étaient théoriquement réservées aux mineures

5. Les chiffres de 2019 intègrent cependant des doublons dus aux réinterventions difficiles à prendre en compte cette année-là ainsi que les années précédentes. À titre indicatif, l'estimation 2019 du taux de recours avec intervention serait d'environ 15,7 %.

6. <https://www.guyane.ars.sante.fr/strategie-regionale-sante-sexuelle-guyane-2022-2024>

7. Ce qui semble confirmé par la forte proportion de femmes concernées par un « numéro de sécurité sociale provisoire » (attribué à titre provisoire aux personnes qui ne sont pas nées en France) en Guyane : 21 % contre 1 % pour la métropole.

8. Des travaux plus poussés permettant de distinguer uniquement les femmes résidentes ayant recours à l'IVG permettraient d'améliorer le calcul des taux de recours en Guyane.

9. C'est la somme des taux de chaque âge, en supposant que les âges soient répartis de façon uniforme, pour neutraliser l'effet de structure.

jusqu'en 2020, ce n'est plus le cas depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, qui a modifié le Code de la santé publique en précisant que « la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse est protégée par le secret afin de pouvoir préserver, le cas échéant, l'anonymat de l'intéressée ». Avec l'hypothèse que ces 1 056 IVG concernent toujours des femmes mineures, le taux de recours calculé en les incluant atteindrait 5,8 % femmes âgées de 15 à 17 ans, contre 5,0 % sans les prendre en compte.

Plus d'une IVG sur trois est réalisée en dehors de l'hôpital

Jusqu'en 2005, toutes les IVG étaient réalisées dans des établissements de santé. À partir de 2005, la pratique des IVG médicamenteuses a été autorisée en cabinet de ville, puis en centre de santé et centre de santé sexuelle. En 2022, 38 % des IVG sont réalisées hors établissement de santé : 9 227 en centre de santé ou centre de santé sexuelle, et 80 253 dans un cabinet libéral. Elles sont

Graphique 2 Évolution de l'indice conjoncturel d'avortement (ICA) et du taux de recours à l'IVG de 1990 à 2022



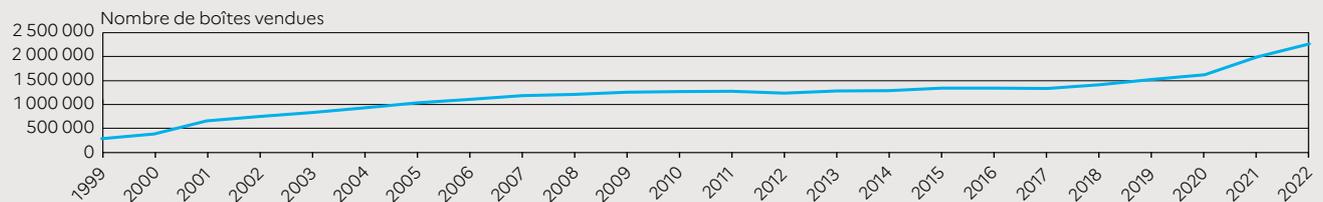
Lecture > En 2022, le taux de recours à l'IVG s'élève à 16,2 IVG pour 1 000 femmes (échelle de droite) et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,58 IVG par femme (échelle de gauche).

Champ > Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (y compris les femmes d'un âge inconnu pour le taux de recours).

Sources > DREES (SAE, PMSI) ; CNAM (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 au 1^{er} janvier), calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1281 © DREES

Graphique 3 Ventes de médicaments de contraception d'urgence



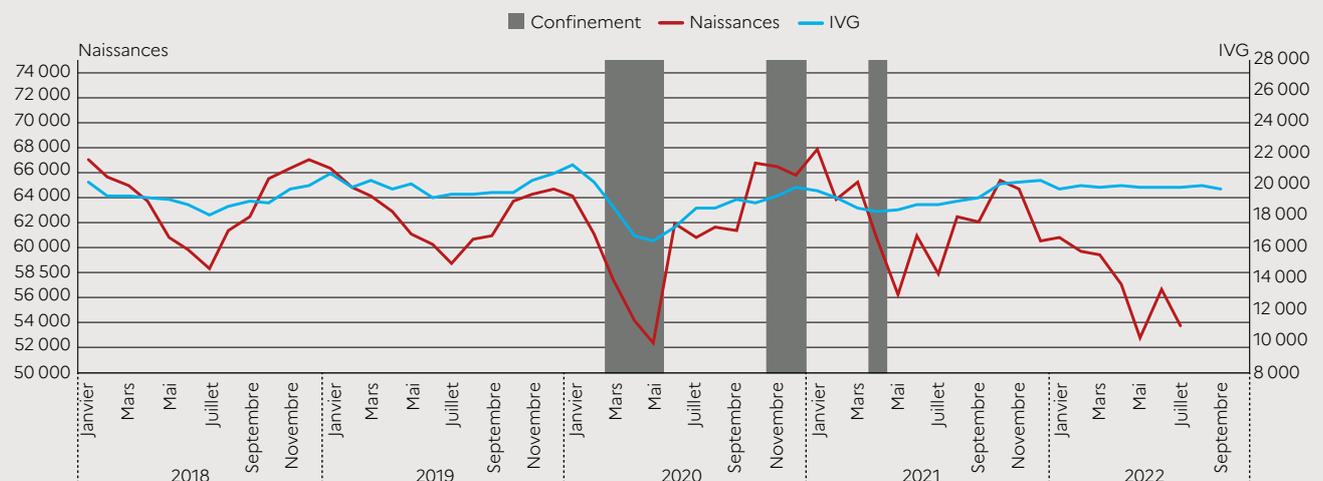
Lecture > En 2022, 2,2 millions de boîtes de contraception d'urgence ont été vendues.

Champ > France métropolitaine.

Source > Données du GERS, calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1281 © DREES

Graphique 4 Évolution mensuelle du nombre des IVG et des naissances selon la date de conception



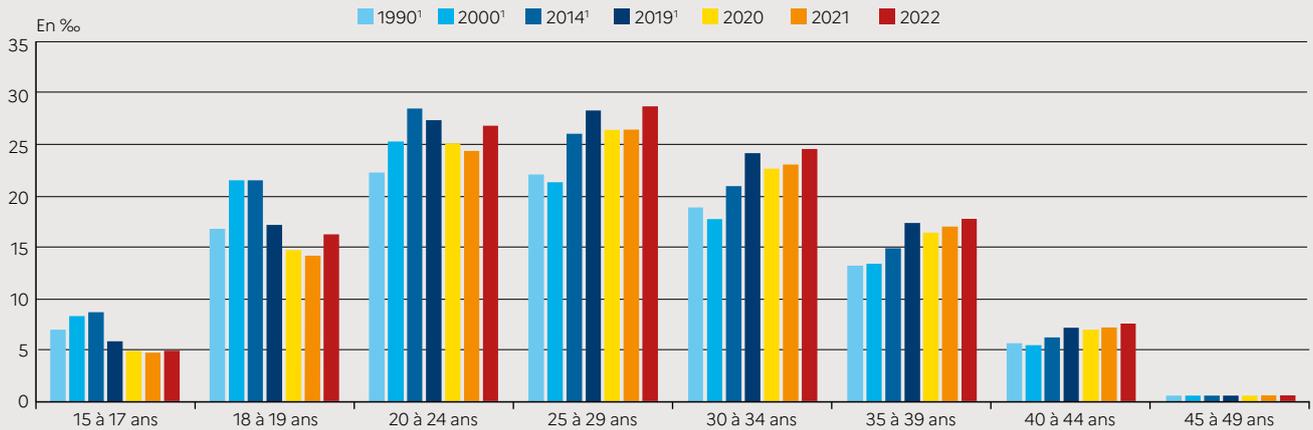
Note > Les doublons ont été comptabilisés ici pour éviter une rupture de série.

Lecture > En janvier 2022, 60 333 conceptions ont donné lieu à une naissance neuf mois plus tard ; 19 196 conceptions ont donné lieu à une IVG deux mois plus tard et, en janvier 2018, 66 308 conceptions ont donné lieu à une naissance neuf mois plus tard ; 19 669 conceptions ont donné lieu à une IVG deux mois plus tard.

Champ > France entière.

Sources > PMSI-MCO, CNAM (calculs DREES) ; Insee.

> Études et Résultats n° 1281 © DREES

Graphique 5 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2022

1. En 1990, 2000, 2014 et 2019, les données incluent des doublons lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention.

Lecture > Le taux de recours à l'IVG chez les 20-24 ans est de 26,9 pour 1 000 femmes en 2022.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (hors femmes d'âge inconnu, inférieur à 15 ans ou supérieur à 49 ans).

Sources > SAE ; PMSI-MCO ; DCIR (forfaits médicamenteux de ville [FMV] selon la date de liquidation des soins pour le régime général jusqu'en 2009 et FMV selon la date du soin tous régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier), calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1281 © DREES

essentiellement pratiquées de façon médicamenteuse et représentent 49 % du total des IVG médicamenteuses. Les praticiens mobilisés pour la pratique des IVG en cabinet de ville peuvent être des sages-femmes (34 %), des médecins généralistes (32 %) ou des gynécologues (34 %). Ces derniers sont majoritairement obstétriciens (78 % d'entre eux).

Le recours à la téléconsultation pour une IVG médicamenteuse a été autorisé lors du premier confinement de 2020 et a perduré après la crise sanitaire. Leur nombre peut être évalué à l'aide des remboursements effectués, uniquement lorsque le médicament est remis à la femme par le pharmacien. 972 médicaments ont ainsi été délivrés en pharmacie pour des IVG réalisées par téléconsultation. Lorsque la téléconsultation concerne la consultation d'information ou la consultation de suivi, ce n'est pas détectable dans le parcours de la femme, ce qui peut créer une sous-estimation des recours à la téléconsultation pour IVG.

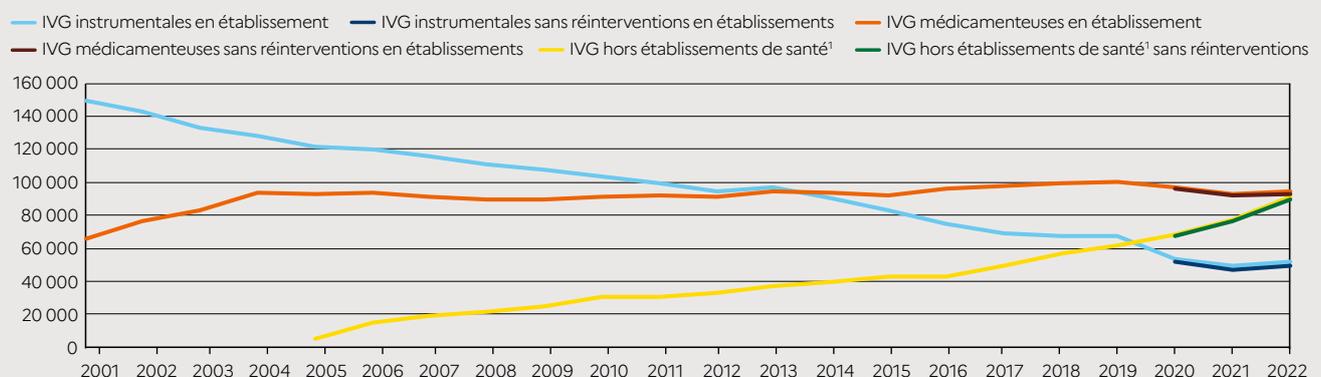
La méthode médicamenteuse représente 78 % de l'ensemble des IVG réalisées (contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000), elle n'évolue

plus en établissement de santé où elle se stabilise à 64 % depuis trois ans [graphique 6].

Parmi les IVG réalisées dans un établissement de santé, 91 % le sont dans le secteur public et 3 % dans le secteur privé non lucratif. La part d'IVG réalisées dans les établissements de santé privés à but lucratif représente 6 % de l'ensemble des IVG pratiquées en établissement, contre 32 % en 2001 et 19 % en 2010, partiellement en lien avec la baisse du nombre de maternités privées (elles réalisent aussi moins d'accouchements¹⁰) et le développement des IVG médicamenteuses en cabinet de ville.

À l'hôpital, plus de la moitié des IVG sont réalisées avant huit semaines d'aménorrhée

Les conditions d'accès à l'IVG ont été élargies par la loi du 2 mars 2022. Pour les IVG réalisées en cabinet de ville, l'allongement du délai de sept à neuf SA, autorisé en mars 2020, durant la crise sanitaire, a été pérennisé. Pour les IVG réalisées en établissement hospitalier, le délai légal de recours a été allongé de deux semaines.

Graphique 6 Évolution du nombre des IVG selon le lieu de réalisation

1. Y compris les IVG en téléconsultation.

Lecture > En 2022, 90 990 IVG ont été réalisées hors établissement de santé.

Champ > France entière.

Sources > DREES (SAE, PMSI-MCO) ; CNAM (DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés), calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1281 © DREES

10. La part des accouchements en secteur privé à but lucratif est passée de 29 % en 2007 à 21 % en 2020.

L'IVG peut désormais être réalisée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit jusqu'à 15 SA + 6 jours (**encadré 2**).

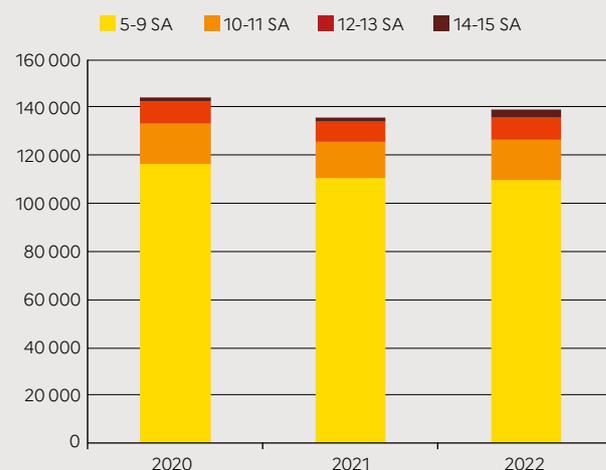
55 % des IVG réalisées en établissement de santé le sont à moins de huit SA et 76 % (soit 110 000 IVG) à moins de dix SA (**graphique 7**). L'allongement du délai légal est sensible en établissement : on peut estimer que 1,3 % à 2,3 % des IVG hospitalières ont lieu après 13 SA. Il n'est pas possible d'avoir un effectif plus précis de ces IVG tardives car tous les ans, 3,9 % des termes enregistrés pour IVG sont inconnus ou aberrants. La part d'IVG tardives concernées par l'allongement du délai légal de recours à l'IVG est donc inférieure à 1,5 % de l'ensemble des IVG (**encadré 1**). En Guadeloupe, en Martinique et à Mayotte, la part des IVG tardives est toujours plus élevée qu'en France métropolitaine, atteignant 6,6 % à 6,7 % des IVG en 2022.

Un taux de recours plus important dans les DROM, en Île-de-France et dans le sud du pays

En 2022, les taux de recours à l'IVG augmentent dans toutes les régions métropolitaines, après la baisse liée à la pandémie de Covid-19 en 2020 et 2021. Dans les DROM, les taux ont également augmenté, malgré des niveaux déjà élevés, passant en moyenne de 28,9 ‰ (recalculé sans doublon) en 2021 à 30,7 ‰ en 2022. La Guadeloupe est le seul DROM où le taux de recours ne croît pas en 2022, diminuant de 1,4 point pour atteindre 40,6 IVG ‰, tandis que le taux atteint 48,7 ‰ en Guyane.

Les disparités régionales demeurent en 2022 et les taux de recours standardisés¹¹ sur l'âge varient encore presque du simple au double

Graphique 7 Répartition des IVG hospitalières selon leur âge gestationnel



SA : semaines d'aménorrhée.

Notes > Données calculées sans prendre en compte les réinterventions. En 2022, 5 618 IVG en établissement de santé sont enregistrées avec un âge gestationnel inconnu ou aberrant.

Lecture > En 2022, 109 737 IVG en établissement de santé ont été enregistrées avec un nombre de SA compris entre 5 et 9.

Champ > France entière.

Sources > DREES (SAE, PMSI-MCO), calculs DREES (âge gestationnel utilisé quand date des dernières règles aberrantes).

> *Études et Résultats* n° 1281 © DREES

Encadré 2 Historique de la législation en France

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par [la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse du 17 janvier 1975](#), dite « loi Veil », reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980. D'abord remboursée par la Sécurité sociale à 70 % avec [la loi relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure du 31 décembre 1982](#) (dite « loi Roudy »), l'IVG est, depuis le 31 mars 2013, prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, tout comme l'ensemble des actes nécessaires (actes de laboratoires, par exemple) depuis le 1^{er} avril 2016. 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. Le délai de réflexion de deux jours après un entretien psychosocial a été supprimé en mars 2022. L'entretien psycho-social reste obligatoire pour les femmes mineures.

[La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception](#) (loi « Aubry-Guigou ») du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en prolongeant le délai maximal de recours autorisé avant la fin de la 12^e semaine de grossesse (ou 14^e semaine d'aménorrhée [SA], soit 13 SA + 6 jours). La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989, jusqu'à la fin de la 7^e semaine d'aménorrhée.

La loi du 4 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 pratiquant des IVG, avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 7 SA révolues. Les médecins autorisés 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 n° 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 planification et d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses.

[La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016](#) et son [décret d'application d'avril 2021](#) autorisent et fixent les conditions de réalisation des IVG instrumentales hors établissement de santé, dans les centres de santé, mais seules quelques communes ont déjà entamé les démarches pour leur mise en place (284 IVG recensées en 2022). Enfin, depuis juin 2016, les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

[L'arrêté du 14 avril 2020](#) complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, puis [l'arrêté du 7 novembre 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020](#) prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire prolongent de deux semaines le délai pour les IVG en ville, le délai passant alors à 9 SA comme pour les IVG médicamenteuses en établissement de santé, et permettent de réaliser l'IVG médicamenteuse en téléconsultation de façon dérogatoire.

[Le décret n° 2022-212 du 19 février 2022](#) relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé pérennise la possibilité de réaliser ces IVG en téléconsultation.

[La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement](#) prolonge de deux semaines le délai de recours à l'IVG. L'IVG peut être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse (soit jusqu'à 15 SA + 6 jours) et pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville à sept semaines de grossesse (soit 9 SA). Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG instrumentales dans les hôpitaux. Le délai de réflexion de deux jours n'est plus obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement et un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG devra être disponible dans les agences régionales de santé.

11. Un taux de recours standardisé neutralise les écarts de structure d'âge en appliquant à chaque territoire la même structure de population par groupe d'âge pour calculer le taux de recours moyen tous âges confondus (ici la structure nationale des femmes de 15 à 49 ans).

d'une région métropolitaine à l'autre : de 11,8 ‰ dans les Pays de la Loire à 22,5 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur (**tableau 1 et carte 1**). L'indice conjoncturel d'avortement a augmenté dans toutes les régions et varie, pour la France métropolitaine, de 0,42 dans la région Pays de la Loire à 0,81 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et, pour les DROM, de 0,67 à Mayotte à 1,67 en Guyane. En Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 45 % des IVG sont réalisées hors d'une structure hospitalière, contre seulement

12 % dans les Pays de la Loire. À La Réunion, en Guadeloupe ou en Guyane, c'est même largement plus d'une IVG sur deux.

Plus de huit femmes sur dix réalisent leur IVG dans leur département de résidence

83 % des IVG réalisés en France métropolitaine ont lieu au sein du département de résidence des femmes concernées. Si la réalisation de l'IVG hors du département de résidence peut parfois répondre

Tableau 1 Les IVG selon la région de résidence en 2022

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	FMV remboursés en cabinet libéral	IVG télé-consultation	IVG chirurgicales en centres de santé	Total IVG	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans taux bruts	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans taux standardisés	IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans	Indice conjoncturel d'avortement
Île-de-France	28 752	4 172	20 705	215	64	53 908	18,1	17,1	4,7	0,61
Centre-Val de Loire	5 676	159	1 479	26	74	7 414	14,6	15,0	5,4	0,54
Bourgogne-Franche-Comté	4 609	138	2 444	-	-	7 191	13,2	13,6	4,7	0,49
Normandie	6 182	208	2 495	25	-	8 910	13,3	13,4	4,8	0,48
Hauts-de-France	13 403	715	4 563	38	-	18 719	14,4	14,2	5,4	0,51
Grand Est	12 157	124	2 541	38	-	14 860	12,8	12,7	4,6	0,46
Pays de la Loire	8 064	44	1 177	17	-	9 302	11,6	11,8	3,5	0,42
Bretagne	6 659	184	1 903	14	-	8 760	12,9	13,2	4,4	0,48
Nouvelle-Aquitaine	11 368	625	6 145	141	-	18 279	15,2	15,4	5,4	0,55
Occitanie	12 328	426	8 564	133	-	21 451	17,3	17,3	5,8	0,62
Auvergne-Rhône-Alpes	15 226	1 476	8 124	123	-	24 949	14,4	14,3	4,1	0,51
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12 393	645	10 270	175	-	23 483	22,6	22,5	7,4	0,81
Corse	846	43	301	13	-	1 203	17,0	17,2	5,2	0,62
Résidentes France métropolitaine	137 663	8 959	70 711	963	145	218 441	15,7	15,5	5,0	0,56
Guadeloupe ²	1 253	62	1 888	-	-	3 203	40,6	43,7	18,6	1,57
Martinique	1 268	-	909	-	-	2 177	31,3	32,8	14,3	1,19
Guyane	961	181	2 575	-	-	3 717	48,7	46,6	26,6	1,67
La Réunion	2 032	-	2 754	-	-	4 786	23,6	23,7	13,0	0,86
Mayotte	1 244	-	357	-	-	1 601	21,0	18,7	17,2	0,67
Résidentes DROM	6 758	266	8 483	9	0	15 516	30,7	31,0	14,0	1,10
France entière résidentes	144 421	9 225	79 194	972	145	233 957	16,2	16,1	5,3	0,58
Résidence à l'étranger	207	2	87			296				
France entière	144 628	9 227	79 281	972	145	234 253				
Chiffres comparables à 2021 y compris « doublons »	150 750	9 338	80 289	1 002	155	241 534				

- : les effectifs entre 1 et 10 ne sont pas affichés.

1. Calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15-49 ans.

2. Non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Note > Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.

Lecture > En 2022, les femmes résidant en Île-de-France ont effectué 53 908 IVG, soit un taux de recours de 18,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (17,1 en taux standardisé).

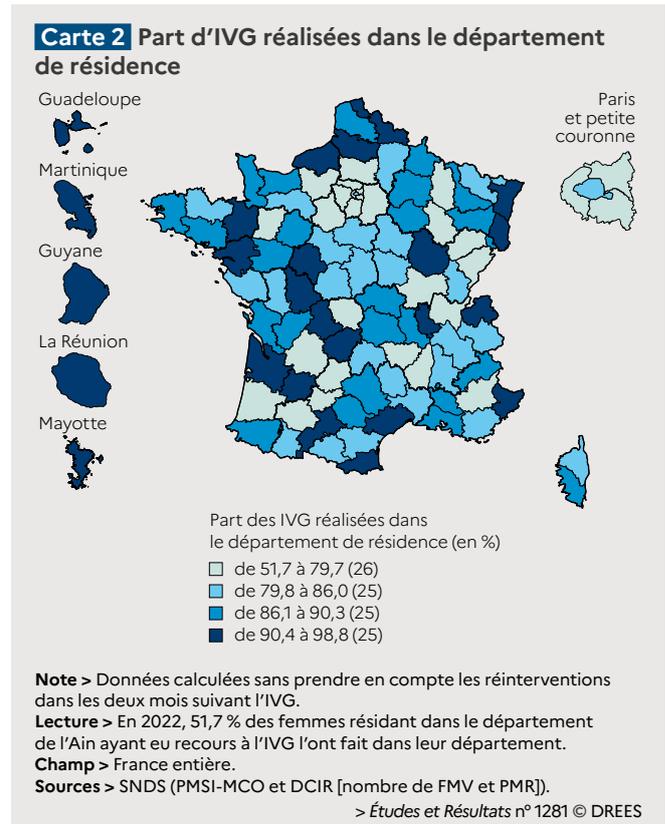
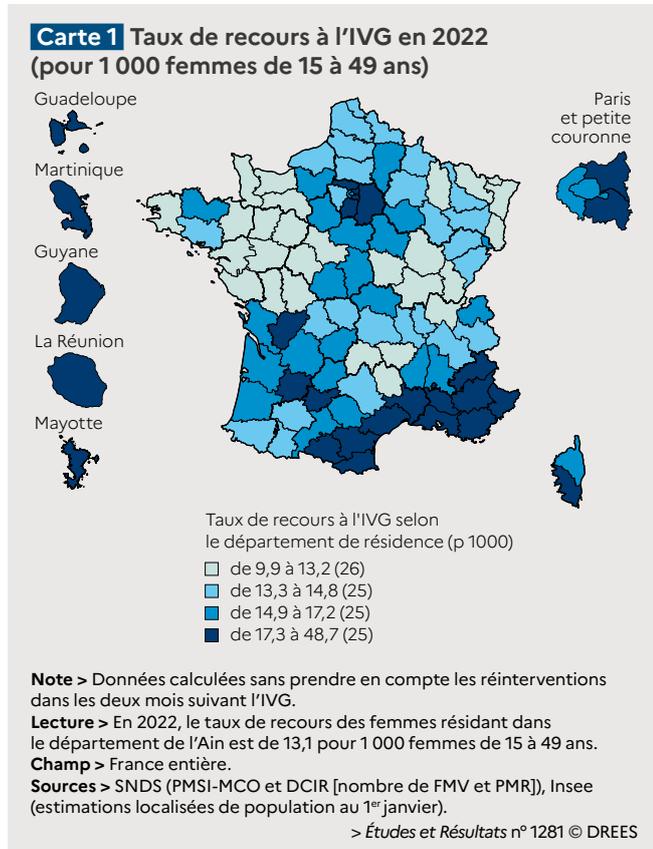
Champ > France entière, tous régimes, non compris les IVG dont l'âge de la femme est inconnu.

Sources > SNDS (PMSI-MCO et DCIR [nombre de FMV et PMR]), Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier).

> *Études et Résultats* n° 1281 © DREES

à un choix des femmes de confidentialité ou de plus grande proximité géographique (dans le cas d'une résidence plus proche du système de soins du département voisin que du sien), cet indicateur, et plus particulièrement ses variations, peut aussi rendre compte de difficultés d'accès dans certaines zones géographiques. Malgré la situation sanitaire et ses conséquences, ce taux est constant

depuis plusieurs années. Il varie de 52 % en Ardèche à 96 % dans le Bas-Rhin, avec des taux plutôt faibles en Île-de-France et plus élevés dans le Nord et le Nord-Ouest (carte 2). ●



 [Télécharger les données associées à l'étude](#)

Mots clés : [État de santé](#) [Recours aux soins](#) [IVG](#)

Pour en savoir plus

- > Les données départementales complémentaires à cette étude sont disponibles sur l'espace Open Data du site internet de la DREES.
- > **Battistel, M.-N., Muschotti, C.** (2020, septembre). *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse*. Assemblée nationale.
- > **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*.
- > **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, rapport.
- > **Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, et al., et l'équipe FECOND** (2014, mai). La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Ined, *Population et Sociétés*, 511.
- > **Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E.** (2014). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Ined, *Population*, 69(3).
- > **Vilain, A.** (2022, septembre). Interruptions volontaires de grossesses : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1241.
- > **Vilain, A.** (2011). Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*, 1.
- > **Insee** (2022, mai). *Mai 2022 : plus de naissances qu'en mai 2021, mais moins qu'en mai 2020*. Chiffres détaillés.
- > **Santé Protection sociale Solidarité** (2023, juillet). Définitions en périnatalité. *Bulletin officiel*, 13, pp. 259-269.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr
 > **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
 > **Nous contacter**
DREES-INFO@solidarites-sante.gouv.fr
 > **Contact presse**
DREES-PRESSE@solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@solidarites-sante.gouv.fr