

ÉTUDES et RÉSULTATS

septembre 2024
n° 1311

La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023

En France, une femme peut décider d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14^e semaine de grossesse depuis mars 2022 (auparavant, avant la fin de la 12^e semaine). En 2023, 243 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, dont 227 400 concernent des femmes résidant en France métropolitaine. La hausse du nombre d'IVG observée en 2022 se poursuit, avec un taux de recours atteignant 16,8 IVG pour 1 000 (‰) femmes âgées de 15 à 49 ans. Cette augmentation s'observe en France métropolitaine (16,3 ‰ contre 15,7 ‰ en 2022) comme dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [31,5 ‰ contre 30,4 ‰].

Le nombre d'IVG en établissement de santé reste stable (143 100), tandis que la progression hors établissement se poursuit (100 500 en comptant les IVG par téléconsultation et les IVG instrumentales en centre de santé, soit 10 400 de plus qu'en 2022). Ainsi, 41 % du total des IVG sont réalisées hors établissement de santé.

Les IVG par méthode médicamenteuse représentent 79 % de l'ensemble des IVG (31 % en 2000 et 68 % en 2019). 48 % des IVG médicamenteuses ont lieu en établissement de santé, 46 % en cabinet libéral et les 6 % restants en centre de santé ou centre de santé sexuelle. En ville, l'IVG peut être pratiquée par un médecin généraliste, un gynécologue médical/gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Les sages-femmes réalisent près de la moitié des IVG en cabinet en 2023.

Les écarts de taux de recours perdurent entre les régions de France métropolitaine et les DROM, avec des taux standardisés par âge allant de 12,7 ‰ IVG dans les Pays de la Loire à 23,2 IVG ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur, et de 17,3 ‰ à Mayotte à 46,7 ‰ en Guyane. Par ailleurs, 16,9 % des IVG sont réalisées hors établissement pour les résidentes des Pays de la Loire, contre 81,1 % pour celles de Guyane. Enfin, plus de huit femmes sur dix réalisent leur IVG dans leur département de résidence et 95 % dans la même région.

Annick Vilain, Jeanne Fresson, Camille Laudon (DREES)

L' interruption volontaire de grossesse (IVG) peut être réalisée par la prise de médicaments (IVG médicamenteuse), ou bien par aspiration (IVG instrumentale). Depuis mars 2022, une femme peut choisir d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14^e semaine de grossesse¹ (auparavant, avant la fin de la 12^e semaine). La prise de médicaments peut se faire en cabinet de ville,

dans un centre de santé ou un centre de santé sexuelle (jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée [SA]), au cours d'une téléconsultation ou dans un établissement de santé. Les médecins, les sages-femmes et les centres de santé et centres de santé sexuelle qui pratiquent des IVG en ville doivent avoir une convention avec un établissement disposant d'une autorisation à la gynécologie obstétrique ●●●

1. La 14^e semaine de grossesse correspond à la 16^e semaine d'aménorrhée.

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

- ou à la chirurgie. Seuls les établissements de santé pratiquaient la méthode instrumentale jusqu'en 2021, année où la méthode a également été autorisée dans les centres de santé. Le choix de la technique repose sur le terme de la grossesse, l'offre de soins disponible et les préférences de la femme. Il peut néanmoins être contraint par l'offre de soins disponible.

En 2023, en France, 243 623 IVG ont été réalisées, selon les sources médico-administratives, soit 8 600 de plus qu'en 2022 (*encadré 1*). Parmi celles-ci, 16 007 concernent des résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM)², y compris Mayotte (soit 560 de plus qu'en 2022). La hausse du nombre d'IVG observée en 2022 se poursuit, après la nette baisse en 2020 et 2021 en lien avec la pandémie de Covid-19 (*graphique 1*). Cet accroissement intervient alors que le nombre de naissances poursuit sa baisse. L'allongement du délai légal de recours, en mars 2022, ne suffit pas à expliquer cette augmentation. En effet, les données relatives aux

IVG en établissement de santé font état de 4 275 IVG réalisées de 14 à 16 SA en 2023, soit 2 900 de plus que le nombre relevé en 2021. Avant mars 2022, l'enregistrement d'IVG au-delà du délai légal (14 SA+0 jours) peut s'expliquer par des erreurs sur le terme.

La pratique des IVG a beaucoup évolué depuis 2005, époque où toutes les IVG étaient réalisées en établissement de santé, dont seulement 42 % selon la méthode médicamenteuse. En 2023, 79 % des IVG ont été réalisées de façon médicamenteuse et, désormais, 41 % se font hors établissement de santé. La pratique des IVG instrumentales en centre de santé reste peu répandue et concerne essentiellement deux centres, dans le Loiret et en Val-de-Marne.

La précision des effectifs a été améliorée depuis 2022 (et rétropolée à partir de 2016), en faisant le lien entre les différents épisodes du parcours de soins suivi par une même femme. Ceci permet d'identifier les reprises d'IVG (à la suite d'un échec ou d'une complication de la méthode initiale) parfois codées comme une nouvelle IVG,

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 ; les données recueillies dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG réalisées en établissement de santé depuis 2014 ; le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé. Ce nombre de remboursements de forfaits est disponible mensuellement depuis 2005 à partir des données de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), d'abord pour le régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique [Erasmel]), puis pour tous les régimes à partir de 2010. Ces données sont maintenant extraites du Système national des données de santé (SNDS, tables du DCIR) et permettent de connaître l'âge exact de la patiente et son lieu de résidence, mais pas le terme de la grossesse.

Les IVG autorisées depuis 2005 en cabinet libéral peuvent aussi être réalisées en centre de santé et en centre de santé sexuelle depuis 2009. Hors établissement de santé, la pratique des IVG par méthode instrumentale est autorisée en centre de santé depuis le décret d'application de mars 2021, qui précise la possibilité ouverte en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé*, mais cette pratique est encore peu utilisée. En 2023, 119 IVG ont ainsi été enregistrées avec une prestation d'IVG instrumentale réalisée en centre de santé.

Les données du PMSI, qui permettent de connaître certaines informations précises de la patiente, 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, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a introduit de nouveaux codes diagnostics pour le codage des IVG, en ajoutant une extension spécifique à l'IVG (« 0 » en 5^e position) au code O04 (avortement médical) de la classification internationale des maladies (CIM-10) utilisée en France (O04.00, O04.10, O04.20, O04.30, O04.40, O04.50, O04.60, O04.70, O04.80 et O04.90). Ce codage plus précis permet de mieux distinguer les IVG des interruptions médicales de grossesses (IMG) avant 22 SA, et de prendre en compte les IVG avec hospitalisation de plus de deux jours, auparavant exclues. Ces IVG, peu nombreuses (0,6 % des IVG hospitalières), correspondent à des séjours avec complications ou à un contexte pathologique particulier chez les femmes.

Les données sont disponibles par département et par région de résidence des femmes depuis 1994 (depuis 2014 pour Mayotte).

Grâce au chaînage des épisodes de parcours de soins des femmes non concernées par une procédure d'anonymisation, il est possible de repérer les IVG répétées pour une même femme. Si deux IVG ont été réalisées pour une même femme dans un délai inférieur à neuf semaines, une seule IVG est comptabilisée. En effet, il est peu probable dans ce délai qu'une nouvelle grossesse soit survenue, et il s'agit plutôt de complications, de rétention à la suite d'une IVG, ou d'échecs de la première méthode

* Le décret 2021-454 du 15 avril 2021 réglemente des conditions de réalisation des IVG instrumentales par des médecins en centre de santé.

** La seizième semaine étant incluse du fait de l'impossibilité de distinguer les 16 SA+0 jour, admises tacitement, des 16 SA+6 jours.

utilisée, qui nécessitent une nouvelle intervention et sont codées comme de nouvelles IVG. En 2023, 7 758 cas ont été identifiés à ce titre et supprimés du décompte des IVG et dans le calcul des indicateurs (taux de recours, indicateur conjoncturel d'avortement [ICA], ratio d'avortement). Cette opération de « dédoublement » peut être réalisée dès lors que toutes les informations sont disponibles sur le même portail de données (en et hors établissement de santé). Elle est réalisée depuis 2022 et rétropolée à compter de 2016. Pour 2019, les données disponibles sur le portail du Système national des données de santé (SNDS) sont incomplètes et légèrement sous-estimées, pour une partie des établissements concernés par une grève momentanée du codage dans certains établissements de l'AP-HP. L'analyse des données 2023 a porté sur les données enregistrées au 23 juillet 2024 pour les forfaits médicamenteux réalisés hors établissement de santé. Certaines informations peuvent encore remonter avec retard. Ainsi, les données de 2022 ont été actualisées pour tenir compte des forfaits enregistrés tardivement dans les données du datamart de consommation interrégimes (DCIR) : le nombre total d'IVG en 2022 a été rehaussé de 600 par rapport à la précédente publication.

Les IVG réalisées en dehors du système de soins ne sont pas comptabilisées ici.

En établissement de santé, le terme des IVG est calculé à partir de la saisie de la date des dernières règles (variable obligatoire dans le PMSI), éventuellement recalculée par la datation échographique (l'enregistrement du nombre de semaines d'aménorrhée [SA] correspondantes est recommandé mais non obligatoire). En effet, l'absence de contrôle sur la saisie de la date des dernières règles induit des données aberrantes dans le calcul du terme de l'IVG, mais elles ne peuvent pas toujours être corrigées par le nombre exact de SA s'il n'a pas été saisi. Ainsi, en 2023, 2,1 % des âges gestationnels sont nuls, inférieurs à cinq SA (minimum pour constater la grossesse) ou supérieurs au délai légal.

Avant la prolongation du délai autorisé de 14 à 16 SA, 1 % des IVG en établissement de santé étaient enregistrées avec un terme supérieur à 14 SA. Dans ces conditions, il est difficile de chiffrer exactement le nombre d'IVG concernées par l'allongement du délai de recours à l'IVG. Les données disponibles indiquent que 3,0 % des IVG réalisées en 2023 en établissement de santé ont concerné des grossesses entre 14 et 16 SA**. On estime donc que les IVG au-delà de 14 SA pratiquées en établissement hospitalier en 2023 représentent 2 % à 3 % de l'ensemble des IVG en établissement et 1 % à 2 % du total des IVG. Le terme des IVG médicamenteuses réalisées hors établissement, autorisées jusqu'à neuf SA, n'est pas disponible, malgré la création, en mars 2020, d'un tarif spécifique aux IVG réalisées à partir de huit SA, puisque désormais presque toutes les IVG sont codées avec ce tarif.

En 2023 4,7 % des IVG sont codées avec un identifiant anormal, ne permettant pas de relier cet acte à d'autres consommations de soins de la femme, souvent pour préserver son anonymat. Ceci entraîne une perte d'information sur certaines variables, essentiellement sur l'âge des femmes, qui est inconnu pour un peu plus de 1 800 cas pour une IVG hors établissement, soit moins de 1 % de l'ensemble des IVG.

2. Dans toute la suite de la publication, 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.

donc de compter une seule fois chaque grossesse interrompue ; il s'agit d'une IVG initialement médicamenteuse dans 95 % des cas. Ce « chaînage » des différents épisodes de soins d'une même femme a permis de retirer 7 758 reprises d'IVG des données brutes observées et de recenser 9 531 femmes (4 %) ayant eu recours à plus d'une IVG en 2023, avec un écart de plus de neuf semaines entre deux IVG consécutives.

Taux de recours, indicateur conjoncturel d'avortement (ICA) et ratio d'avortement en hausse en 2023

Le taux de recours à l'IVG atteint désormais 16,8 IVG pour 1 000 femmes (16,8 ‰) de 15 à 49 ans (graphique 2). Il augmente de 0,6 point par rapport à 2022, et de 1,3 point par rapport à 2019. L'indice conjoncturel d'avortement (ICA) représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme qui aurait, à chaque âge 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'année³. Cet indicateur neutralise 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. Il atteint 0,60 en 2023 (+0,02 par

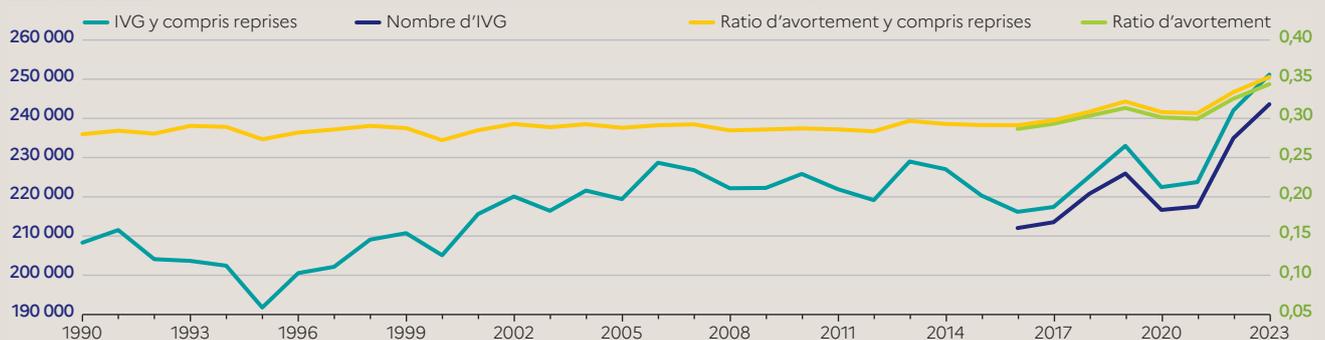
rapport à 2022 et +0,04 depuis 2019)⁴. Ce même indicateur était inférieur à 0,45 en 1995.

Le ratio d'avortement (rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances vivantes une année donnée) augmente également et atteint 0,34 (+0,03 par rapport à 2022), du fait de la baisse du nombre des naissances, d'une part (tableau complémentaire A⁵), et de la hausse du nombre des IVG, d'autre part. Le nombre d'IVG, qui avait diminué en 2020 et 2021 en raison d'une baisse des conceptions pendant les périodes de confinement, se stabilise à un niveau mensuel assez élevé, tandis que le nombre des naissances continue de baisser. Le ratio d'avortement est un indicateur utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les comparaisons internationales.

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

En 2023, la progression des taux de recours standardisés sur l'âge⁶ observée en 2022 se poursuit dans toutes les régions métropolitaines, après la baisse en 2020 et la stabilisation en 2021 (tableau complémentaire B). Les taux ont également augmenté de 2 points aux Antilles et à La Réunion, malgré des niveaux déjà élevés, alors qu'ils baissent légèrement dans les autres DROM. Le taux de recours

Graphique 1 Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement depuis 1990



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

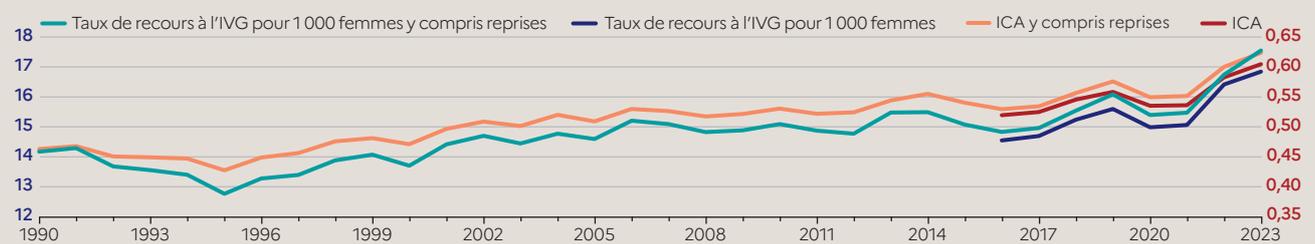
Lecture > En 2023, le rapport est de 34 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio de 0,34), on compte 251 169 IVG avec reprises et 243 623 sans reprises.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France métropolitaine et dans les DROM (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2024.

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° 1311 © DREES

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



Lecture > En 2023, le taux de recours à l'IVG s'élève à 16,8 IVG pour 1 000 femmes (échelle de gauche) et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,60 IVG/femme (échelle de droite).

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France métropolitaine 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 2023), calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1311 © DREES

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

4. Il pourrait signifier qu'en moyenne, 60 % des femmes auront une IVG au cours de leur vie féconde mais l'interprétation livre un ordre de grandeur surévalué, car le calcul ne tient pas compte des femmes qui auront plusieurs IVG. Un article de recherche publié en 2014 (Mazuy, et al., 2014) estimait qu'une femme sur trois a recours à l'IVG au cours de sa vie, et que celles qui le font y ont recours 1,5 fois, des ordres de grandeurs qui correspondraient à un ICA de 0,5.

5. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

6. 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).

global standardisé sur l'âge pour l'ensemble des DROM atteint 31,2 ‰, quasiment le double du taux métropolitain (16,2 ‰).

Les disparités régionales demeurent en 2023 et les taux de recours standardisés sur l'âge varient encore presque du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 12,7 ‰ pour les femmes de 15 à 49 ans résidentes dans les Pays de la Loire à 23,2 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur (**tableau 1** et **carte 1**). Ils demeurent particulièrement élevés en Guyane avec un chiffre de 46,7 ‰, soit plus du double des taux de recours les plus élevés enregistrés dans les régions métropolitaines ou à Mayotte. En Guyane, les grossesses précoces sont plus fréquentes, en partie du fait d'une méfiance accrue par rapport à la contraception (ARS Guyane, 2022) ; de plus, il est probable qu'une part non négligeable des IVG concernent des femmes non résidentes en Guyane⁷, d'où un taux de recours élevé, et probablement surestimé à cause d'un dénominateur ne prenant en compte que les femmes résidant en Guyane⁸.

L'indice conjoncturel d'avortement a augmenté dans toutes les régions et varie, pour la France métropolitaine, de 0,45 dans les Pays de la Loire à 0,83 en Provence-Alpes-Côte d'Azur et, pour les DROM, de 0,62 à Mayotte à 1,67 en Guyane.

En Île-de-France, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Corse et dans tous les DROM sauf en Martinique, la moitié des IVG sont réalisées hors d'une structure hospitalière, contre seulement 17 % dans les Pays de la Loire. En Guadeloupe et en Guyane c'est même plus de deux IVG sur trois qui sont réalisées hors d'un établissement hospitalier.

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

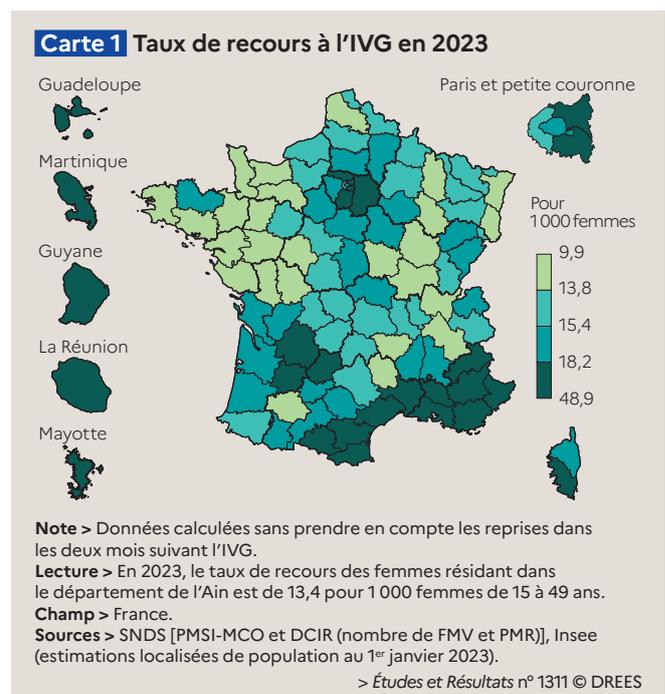
Les taux de recours à l'IVG les plus élevés s'observent entre 20 et 34 ans : 28,0 ‰ parmi les 20-24 ans, 29,7 ‰ parmi les 25-29 ans, et 25,5 ‰ parmi les 30-34 ans, contre 16,5 ‰ parmi les 18-19 ans et 18,6 ‰ parmi les femmes de 35 à 39 ans. Ils ont augmenté dans chaque tranche d'âge en 2023 comme en 2022, année où ils avaient retrouvé des niveaux proches de ceux de la période d'avant la crise sanitaire. Ces taux progressent parmi les 20 ans ou plus mais restent inférieurs à ceux de 2014 chez les moins de 25 ans et demeurent faibles chez les mineures, à 5,3 ‰ contre 11,5 ‰ en 2006, au plus haut niveau (**graphique 3**).

L'âge au moment de l'IVG est inconnu pour 946 femmes en 2023 (non compris les IVG en téléconsultation, pour lesquelles beaucoup de données sont manquantes), ce nombre étant en légère diminution cette année. Si les procédures d'anonymisation étaient théoriquement réservées aux mineures jusqu'en 2020, ce n'est plus le cas depuis la loi de financement de la Sécurité sociale de 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 ». En pratique, afin d'éviter un retour d'information par le biais des relevés de l'Assurance maladie, il est possible d'utiliser un numéro de sécurité sociale « fictif » qui supprime les données comme l'âge de la femme, sa commune et son département de résidence, mais aussi la possibilité de chaîner ses épisodes de soins. Dans deux cas sur trois, lorsque l'âge est inconnu, c'est en raison de l'utilisation de ce numéro fictif. Il n'est pas toujours possible actuellement d'estimer la part des mineures

concernées par cette procédure d'anonymisation et donc d'en tenir compte dans le calcul des indicateurs. Avec l'hypothèse que ces 946 IVG concernent toujours des femmes mineures, le taux de recours calculé en les incluant atteindrait 6,0 ‰ femmes âgées de 15 à 17 ans, contre 5,3 ‰ sans les prendre en compte.

41 % des IVG sont réalisées hors établissement de santé

En 2023, 41 % des IVG sont réalisées hors établissement de santé : 11 488 en centre de santé ou centre de santé sexuelle (dont 119 de façon instrumentale) et 89 044 dans un cabinet libéral (y compris par téléconsultation). La pratique des IVG médicamenteuses a été autorisée en cabinet de ville en 2005, puis, en 2009, en centre de santé et en centre de santé sexuelle. Elles représentent 52 % du total des IVG médicamenteuses. Les praticiens mobilisés pour la pratique des IVG en cabinet de ville peuvent être des sages-femmes (1 183 sages-femmes ont pratiqué 41 000 IVG en 2023), des médecins généralistes (888 ont pratiqué 22 500 IVG) ou des gynécologues médicaux/gynécologues-obstétriciens (860 pour 24 000 IVG). La pratique de l'IVG par les sages-femmes libérales autorisée depuis 2016 s'est beaucoup développée : en 2023, elles ont réalisé 47 % des IVG en ville, contre 26 % faites par les médecins généralistes et 27 % par les gynécologues/gynécologues-obstétriciens (**encadré 2**). Le nombre de sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG chaque année a été multiplié par plus de 2 entre 2020 et 2023, alors que celui des médecins généralistes a progressé de 24 % et que celui des gynécologues/gynéco-obstétriciens est resté stable. Cependant, certains professionnels (médecins ou sages-femmes) font très peu d'IVG en cabinet dans l'année : plus d'un sur trois (1 219) en ont fait moins de dix au cours de l'année 2023 et un sur vingt (163) en ont réalisé plus de 100 dans l'année. En établissement de santé, dans l'état actuel des informations disponibles, il n'est pas possible de connaître la qualification du professionnel qui réalise l'IVG.



7. Ce qui semble confirmé par la forte proportion de femmes concernées par un « numéro de sécurité sociale provisoire » en Guyane : 21 % contre 1 % pour la France métropolitaine.

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

Tableau 1 Les IVG selon la région de résidence en 2023

	IVG en établissement de santé			Forfaits médicamenteux de ville (FMV) remboursés en centre de santé, centre de santé sexuelle, y compris les IVG instrumentales en centre de santé	FMV remboursés en cabinet libéral (y compris IVG en téléconsultation)	Total IVG	IVG ¹ pour 1000 femmes de 15-49 ans (en taux bruts)	IVG ¹ pour 1000 femmes de 15-49 ans (en taux standardisés)	IVG ² mineures pour 1000 femmes de 15 à 17 ans (en %)	IVG « tardives ³ » (en %)
	Total	IVG médicamenteuses	IVG instrumentales							
Île-de-France	28 904	16 401	11 936	4 717	22 689	56 310	18,8	17,8	4,6	10,5
Centre-Val de Loire	5 709	3 595	2 082	257	1 815	7 781	15,4	15,7	4,6	8,2
Bourgogne-Franche-Comté	4 762	2 933	1 374	219	2 704	7 685	14,2	14,5	4,8	9,6
Normandie	6 161	4 541	1 566	296	2 787	9 244	13,9	14,0	5,3	9,1
Hauts-de-France	13 092	9 285	3 697	1 285	5 114	19 491	15,0	14,9	5,9	8,0
Grand Est	12 293	9 498	2 702	174	3 194	15 661	13,6	13,4	4,8	7,6
Pays de la Loire	8 325	4 574	3 689	89	1 605	10 019	12,4	12,7	4,4	8,1
Bretagne	6 494	4 064	2 391	269	2 153	8 916	13,2	13,5	4,3	8,1
Nouvelle-Aquitaine	11 692	7 090	4 455	648	6 468	18 808	15,6	15,8	5,1	8,9
Occitanie	11 667	7 441	4 097	516	10 181	22 364	18,0	18,0	6,2	10,0
Auvergne-Rhône-Alpes	15 099	8 938	6 036	1 737	8 768	25 604	14,7	14,6	4,5	8,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11 900	8 118	3 586	830	11 524	24 254	23,3	23,2	7,5	9,5
Corse	667	467	183	63	560	1 290	18,1	17,9	5,8	7,0
Résidentes France métropolitaine	136 765	86 945	47 794	11 100	79 562	227 427	16,3	16,2	5,2	9,1
Guadeloupe ⁴	1 021	662	354	129	2 133	3 283	41,5	44,5	11,4	23,3
Martinique	1 287	858	428	*	1 001	2 295	33,1	34,1	14,8	13,4
Guyane	696	425	259	233	2 756	3 685	48,9	46,7	21,9	28,9
La Réunion	2 114	1 516	565	13	3 073	5 200	25,4	25,5	12,3	14,8
Mayotte	1 026	798	225	*	512	1 544	19,4	17,3	15,0	18,2
Résidences dans les DROM	6 144	4 259	1 831	388	9 475	16 007	31,5	31,2	14,6	18,1
France entière résidentes	142 909	91 204	49 625	11 488	89 037	243 434	16,8	16,7	5,6	9,5
Résidence à l'étranger	182	128	48		*	189				
France entière	143 091	91 332	49 673	11 488	89 044	243 623	16,9			
Chiffres 2022 mis à jour	144 833			9 896	80 239	234 968				

* Les effectifs entre 1 et 10 ne peuvent pas être affichés.

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

2. Non comprises les IVG dont l'âge est inconnu.

3. Nombre d'IVG réalisées en établissement hospitalier avec un terme compris en 12 et 16 SA, sur le total des IVG réalisées.

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

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

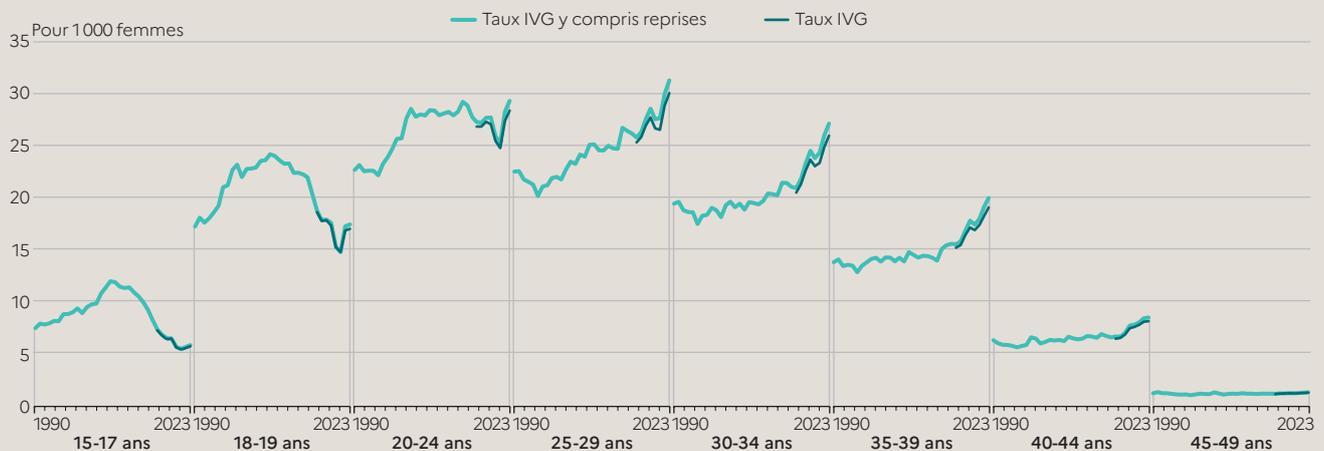
La méthode de certaines IVG en établissement est inconnue.

Lecture > En 2023, les femmes résidant en Île-de-France ont effectué 56 310 IVG, soit un taux de recours de 18,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (17,8 en taux standardisé).

Champ > France, tous régimes.

Sources > SNDS (PMSI-MCO et DCIR [nombre de FMV et PMR]), Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2023).

> *Études et Résultats* n° 1311 © DREES

Graphique 3 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2023

Lecture > Le taux de recours à l'IVG chez les 20 à 24 ans est de 28,2 pour 1000 femmes en 2023.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France métropolitaine 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 (ELP au 1^{er} janvier), calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1311 © DREES

La pratique des IVG hors établissement est inégalement répartie en France, avec un quart des départements où cette pratique concerne une IVG sur cinq ou moins, tandis que plus d'une IVG sur deux est concernée dans une vingtaine de départements (**carte 2**). Ainsi dans le département de la Sarthe, où 5 % des femmes ayant eu une IVG l'ont réalisée hors établissement, aucun médecin ou sage-femme n'a réalisé d'IVG dans son cabinet en 2023. En Savoie, en revanche, plus d'une femme sur deux a réalisé son IVG hors d'un établissement, et c'est le département où le rapport entre le nombre de professionnels concernés et les femmes en âge de procréer est le plus élevé, avec 54 pour 100 000 (**tableau complémentaire C**).

Le recours à la téléconsultation pour une IVG médicamenteuse a été autorisé lors du premier confinement de 2020 et a été pérennisé après la crise sanitaire. Leur nombre peut être évalué à l'aide

des remboursements effectués (sous forme de forfaits), uniquement lorsque les médicaments sont remis à la femme par un pharmacien. En 2023, 1 262 forfaits avec délivrance en pharmacie ont été enregistrés. Lorsque la téléconsultation concerne la première consultation ou la consultation de suivi, ce n'est pas détectable dans le parcours de la femme, ce qui peut créer une sous-estimation des IVG réalisées en téléconsultation.

La méthode médicamenteuse représente 79 % de l'ensemble des IVG réalisées (contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000), et 64 % des IVG en établissement de santé depuis 2020 (**graphique 4**).

Parmi les IVG réalisées dans un établissement de santé, 92 % le sont dans le secteur public et 3,5 % dans le secteur privé non lucratif. La part d'IVG réalisées dans les établissements de santé privés à but lucratif représente 4,5 % de l'ensemble des IVG pratiquées en établissement, contre 32 % en 2001 et 19 % en 2010. Cette diminution peut s'expliquer en partie par le report des IVG médicamenteuses dans le cadre d'une activité libérale en ville et par la baisse du nombre de maternités privées.

Encadré 2 Les professionnels réalisant les IVG

En 2023, 3 170 professionnels de santé exerçant en cabinet de ville ont pratiqué au moins une IVG dans l'année (ce nombre intègre les praticiens travaillant en cabinet ainsi que les praticiens prescripteurs en téléconsultation) : 1 208 sages-femmes, 902 gynécologues médicaux/gynécologues-obstétriciens, 1 007 médecins généralistes (soit respectivement 14 %, 19 % et 1,5 % de ces professionnels) et 53 autres médecins (cette catégorie regroupe les chirurgiens et les praticiens dont la spécialité n'est pas précisée dans les données). Entre 2020 et 2023, ce chiffre a augmenté de 814, tous praticiens confondus. Cette hausse concerne surtout les sages-femmes (+693) suivies par les médecins généralistes (+154), alors que la tendance est à la baisse chez les gynécologues/gynéco-obstétriciens (-42). Dans tous les départements, le nombre de sages-femmes ayant pratiqué au moins une IVG dans l'année est stable ou augmente.

En 2023, parmi les professionnels réalisant des IVG, 84 % en pratiquent uniquement en cabinet, un peu plus de 8 % en cabinet et en téléconsultation et un peu moins de 8 % uniquement en téléconsultation. Les professionnels de santé qui pratiquent l'IVG uniquement en téléconsultation sont majoritairement des médecins généralistes (52 %), suivis par des gynécologues médicaux/gynécologues-obstétriciens (19 %), des autres médecins (19 %) et des sages-femmes (10 %). C'est en Île-de-France (16 %), en Auvergne-Rhône-Alpes (15 %) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (13 %) qu'il y a le plus de professionnels de santé pratiquant l'IVG uniquement en téléconsultation, alors que dans les DROM la pratique de l'IVG en téléconsultation est inexistante ou très rare.

En établissement de santé, trois IVG sur quatre ont lieu entre 5 et 9 semaines d'aménorrhée

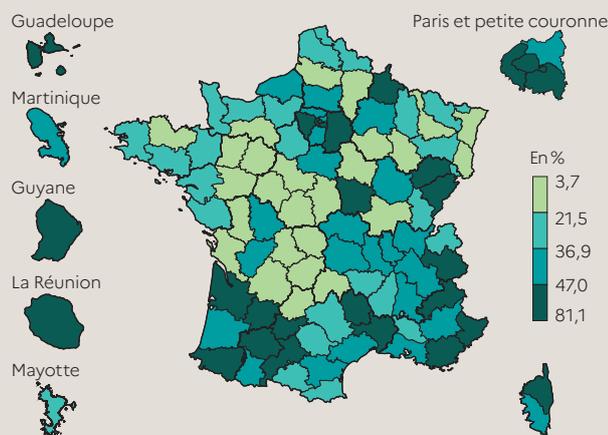
Pour les IVG réalisées en ville, le prolongement du délai de sept à neuf SA (mis en place durant la crise sanitaire en mars 2020) a été pérennisé en 2022. En l'absence d'enregistrement du terme exact de réalisation de l'IVG dans les données de ville, il n'est pas actuellement possible de mesurer l'impact de cet élargissement.

Pour les IVG réalisées en établissement de santé, le délai légal de recours a été porté, en mars 2022, à la fin de la 14^e semaine de grossesse, ce qui correspond théoriquement à 15 SA+6 jours (en pratique, on admet un seuil de 16 SA+0 jour soit 16 SA) [**encadré 3**]. 77 % des IVG réalisées en établissement de santé le sont à moins de 10 SA (**graphique 5**). L'allongement du délai légal est visible en établissement : 2 % à 3 % des IVG hospitalières ont lieu après 13 SA. Il n'est pas possible d'avoir un effectif plus précis de ces IVG, car le nombre d'IVG enregistrées chaque année avec un terme inconnu ou aberrant, y compris supérieur à la limite autorisée légalement, est de 3 % à 4 %. La part d'IVG concernées par l'allongement du délai légal est donc estimée à 2,5 % des IVG hospitalières (2 % en métropole et 4 % dans les DROM), soit 1,5 % du total des IVG. Il est probable que cette part, estimée à 1,5 % des cas en 2022, augmente encore un peu du fait de la diffusion progressive de cette pratique récente.

87 % des IVG dites tardives sont instrumentales

Les IVG dites tardives, réalisées à partir de 12 semaines d'aménorrhée, représentent près de une IVG hospitalière sur dix en 2023, avec un taux deux fois plus élevé dans les DROM qu'en France métropolitaine (18,2 % contre 9,1 %). La part des IVG médicamenteuses parmi les IVG tardives dépasse 20 % en Normandie, dans le Grand Est, en Corse, en Guyane et à La Réunion. Le recours à l'anesthésie (mesurable dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI] uniquement pour les anesthésies locorégionales et générales) concerne 93 % des IVG instrumentales tardives (contre 82 % pour l'ensemble des IVG instrumentales). La description exacte des prises en charge des IVG réalisées à partir de 12 SA est actuellement difficile du fait de l'absence de codes d'actes spécifiques dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) et de règles de facturation qui ne sont pas adaptées à des IVG réalisées au 2^e trimestre de la grossesse. Si 87 % d'entre elles sont réalisées de façon chirurgicale et 8 % de façon médica-

Carte 2 Part d'IVG réalisées hors établissement de santé en 2023



Note > Données calculées sans prendre en compte les réinterventions dans les deux mois suivant l'IVG.

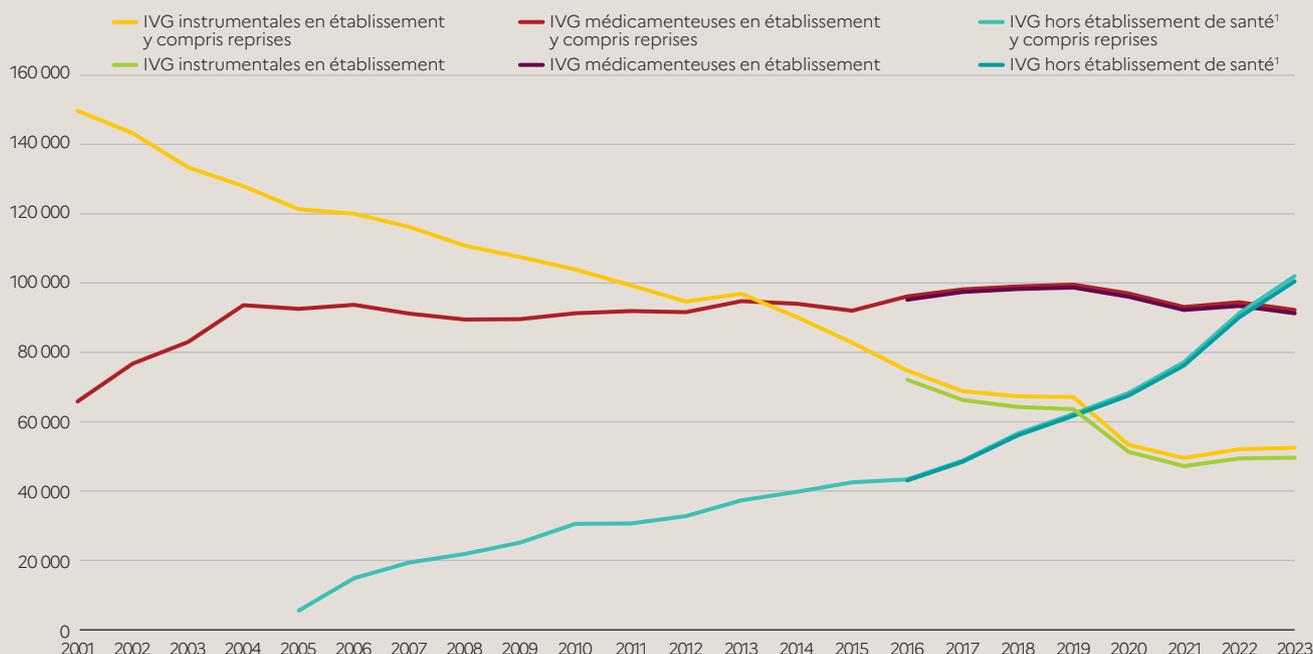
Lecture > En 2023, 38,9 % des IVG réalisées par des femmes résidant dans le département de l'Ain ont eu lieu hors d'un établissement de santé.

Champ > France.

Sources > SNDS (PMSI-MCO et DCIR [nombre de FMV et PMR]).

> *Études et Résultats* n° 1311 © DREES

Graphique 4 Évolution du nombre des IVG selon le lieu de réalisation



1. Y compris les IVG en téléconsultation.

Lecture > En 2023, en excluant les reprises à la suite d'un échec de l'IVG initiale, 100 543 IVG ont été réalisées hors établissement de santé.

Champ > France.

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

> Études et Résultats n° 1311 © DREES

Encadré 3 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. Depuis 1982, l'IVG est 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 »), prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie depuis le 31 mars 2013, 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 psychosocial 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 (14^e semaine d'aménorrhée [SA]). La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989, jusqu'à la fin de la 7^e SA.

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, avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à 7 SA 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 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 des 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. 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 neuf semaines d'aménorrhée 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 établissement de santé pérennise la possibilité pour la femme de retirer en pharmacie les médicaments nécessaires pour une IVG en ville jusqu'à sept semaines de grossesse.

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 neuf semaines d'aménorrhée). Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des IVG chirurgicales jusqu'à la fin de la 10^e semaine de grossesse en établissement hospitalier. Le délai de réflexion de deux jours n'est plus obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement. De plus, un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG devra être disponible dans les agences régionales de santé.

Le décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé leur permet de pratiquer des IVG sans être encadrées par un médecin.

L'arrêté du 1^{er} mars 2024 a revalorisé de 25 % le montant du forfait IVG hors établissement de santé.

La loi du 8 mars 2024 inscrit dans la constitution de 1958 la liberté garantie des femmes de recourir à l'IVG (article 34).

Graphique 5 Répartition des IVG hospitalières selon leur terme



SA : Semaines d'aménorrhée.

Notes > Données calculées sans les reprises. En 2023, un établissement entier qui classait toutes ses IVG (environ 2 000) en AG = 0 transmet des données correctes, d'où la chute du nombre avec AG inconnu en 2023.

Lecture > En 2023, 77,4 % des IVG en établissement de santé en France métropolitaine sont réalisées avec un âge gestationnel de 5 à 9 SA (105 877).

Champ > France.

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

> *Études et Résultats* n° 1311 © DREES

menteuse, la méthode reste inconnue pour 4 % d'entre elles (contre seulement 1 % pour l'ensemble des IVG réalisées en établissement). Tous les établissements n'ont pas pratiqué ces IVG en 2023 : sur 555 entités géographiques ayant réalisé au moins une IVG, 356 en avaient réalisé à un terme compris entre 12 et 16 SA et 229 à 15 et 16 SA.

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

82 % 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 à un choix des femmes pour plus de confidentialité ou

une facilité d'accès (dans le cas d'une résidence plus proche du système de soins du département voisin que du sien, ou parce que le département de prise en charge est le même que celui du lieu de travail), cet indicateur, et plus particulièrement ses variations, peut aussi rendre compte de difficultés d'accès dans certaines zones géographiques. Ce taux national est constant depuis plusieurs années, mais il varie de 98,4 % en Guyane ou 96,2 % dans les Alpes-Maritimes à presque la moitié des femmes quand l'offre est plus facile d'accès dans le département voisin (Hauts-de-Seine, Val-de-Marne ou Ain par exemple) [tableau complémentaire D]. ●



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 de la DREES.
- > 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.
- > ARS Guyane (2022, août). *Stratégie régionale santé sexuelle Guyane 2022-2024*.
- > Atay, H, et al. (2021). Why women choose at-home abortion via teleconsultation in France: drivers of telemedicine abortion during and beyond the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 47, pp. 285-292.
- > Bajos, N., 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.
- > 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*.
- > Insee (2024, mai). *Avril 2024 : Des naissances toujours en baisse, mais à un rythme moindre qu'en 2023 – Naissances mensuelles en 2024*.
- > Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E. (2014). Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. Ined, *Population*, 69(3).
- > Santé Protection sociale Solidarité (2023, juillet). Définitions en périnatalité. *Bulletin officiel*, 13, pp. 259-269.
- > Vilain, A. (2023, septembre). Le nombre des interruptions volontaires de grossesses augmente en 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1281.
- > 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.

> 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 : Julie Eneau

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 - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@solidarites-sante.gouv.fr