

Études & Résultats

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



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



SEPTEMBRE

2020

NUMÉRO

1163

Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019

En 2019, 232 200 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, dont 217 500 concernent des femmes résidant en métropole. Le taux de recours est à son niveau le plus élevé depuis 1990 et atteint 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole et 28,2 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Ce sont les jeunes femmes de 20 à 29 ans qui restent les plus concernées, leur taux de recours étant de 27,9 IVG pour 1 000 femmes en France entière.

Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au triple selon les régions. En métropole, ils varient de 11,8 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 22,9 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plus élevés dans les DROM, ils dépassent 39 pour 1 000 femmes en Guadeloupe et en Guyane.

61 500 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 25,4 % du total des IVG en métropole et 41,6 % dans les DROM. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître : elle est de 41 %, soit 30 % du total des IVG.

Pour la première fois, les données sur les IVG ont été appariées avec des données fiscales pour l'année 2016. Elles montrent une corrélation nette entre niveau de vie et IVG ; les femmes les plus précaires y recourent sensiblement plus que les plus aisées.

Cette étude a fait l'objet d'une révision le 10/12/2020.

Annick Vilain avec la collaboration de Samuel Allain, Claire-Lise Dubost, Jeanne Fresson et Sylvie Rey (DREES)

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en France en 2019 s'élève à 232 200, selon les sources médico-administratives (*encadré 1*). Parmi celles-ci, 14 300 concernent des résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM)¹⁻², y compris Mayotte. Depuis 2001, le nombre d'IVG oscillait entre 215 000 et 230 000, il atteint ainsi un maximum (*graphique 1*).

La légère hausse du taux de recours se confirme

Le taux global de recours à l'IVG suit une tendance à la hausse depuis 1995 (*graphique 2*). En 2019, on compte 15,6 IVG³ pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 28,2 dans les DROM, soit des hausses respectives de 0,6 point et 0,4 point par rapport à 2018, dans la continuité de celles observées entre 2018 et 2017.

De même, l'indice conjoncturel d'avortement, correspondant à la somme des taux d'IVG par âge, atteint 0,58 en 2019, soit 0,2 point de plus qu'en 2018, suivant une tendance à la hausse depuis 1996. Cet indice représente le nombre moyen théorique 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

...

1. 450 IVG concernent des femmes dont le lieu de résidence est inconnu ou étranger.

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. Calculé pour les seules IVG de femmes âgées de 15 à 49 ans (15,6 également en rapportant le total des IVG aux femmes 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 détaillé.

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 centres hospitaliers depuis 2014 ; le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers. Ce nombre de remboursements de forfaits est disponible par mois depuis 2005 auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à partir des données du régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique [Erasmé]) puis des données Datamart de consommation inter-régimes [DCIR].

Ces forfaits autorisés en 2005 en cabinet libéral sont aussi réalisés en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale depuis 2009.

Les données de la Mutualité sociale agricole (MSA) et de la Sécurité sociale des indépendants sont disponibles 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, jusqu'en février 2019. À partir de mars 2019, les consignes de codage ont été

modifiées pour améliorer le comptage et éviter que les complications survenant pendant le séjour d'IVG aillent dans le GHM d'IVG. Pour tenir compte de ces changements de consigne, la comptabilisation des IVG en 2019 a été faite en prenant en compte le GHM d'IVG ou les codes d'extension du diagnostic principal (O0400, O0410, O0420, O0430, O0440, O0450, O0460, O0470, O0480 et O0490).

Cette année « charnière » de changement, avec les imprécisions que peut impliquer une mise en place de nouvelles règles de codage, conduit vraisemblablement à surestimer légèrement la hausse mesurée en 2019. Si l'on était resté à méthodologie constante, cette hausse n'en serait pas moins avérée.

Les données sont disponibles par départements et régions depuis 1994 (depuis 2011 pour Mayotte).

L'analyse a porté sur les données enregistrées au 1^{er} juin 2020, certaines informations pouvant remonter avec retard. Grâce à un identifiant anonyme, les données issues du système hospitalier ont pu être chaînées à celles de la médecine de ville pour rapporter les actes à la même femme quand cela était possible, de 2011 à 2018.

Des problèmes de codage en 2019 sous-estiment légèrement l'activité des établissements en fin d'année. Pour l'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP), on peut constater une activité réduite en novembre 2019 par rapport à novembre 2018 (de l'ordre d'environ 200 IVG, ce qui est négligeable à l'échelle régionale).

de la déformation de la structure d'âge au fil des années, qui peut modifier le taux de recours global à l'IVG, même en l'absence de changement dans les pratiques de recours.

Enfin, le ratio d'avortement⁴ (graphique 1), qui rapporte une année donnée le nombre d'IVG au nombre total de naissances vivantes, est resté plutôt stable jusqu'en 2016, mais il est en hausse depuis. On compte près d'une IVG pour trois naissances en 2019. Le nombre des naissances et celui des IVG ont longtemps évolué de façon similaire, mais depuis 2014 le nombre de naissances diminue et depuis 2017 celui des IVG augmente.

La survenue d'une IVG dans un délai relativement court après un acte obstétrical (accouchement ou IVG précédente) n'est pas rare. Près d'une femme sur dix-huit ayant accouché en 2015 et près d'une femme sur six ayant eu une première IVG⁵ en 2015 ont eu une IVG dans les trois ans qui suivaient⁶. La probabilité de survenue d'une IVG apparaît maximale 5 à 7 mois après le premier⁷ événement obstétrical (naissance ou IVG) [graphique 3] et décroît ensuite de façon continue sur les 36 mois suivants. Parmi les femmes ayant eu une deuxième IVG après une première en 2015, une sur cinq a eu une troisième IVG avant 2019. L'enquête IVG 2007 réalisée par la DREES auprès des femmes ayant

une IVG dans l'année avait montré qu'un peu plus d'un tiers d'entre elles (36 %) avaient eu au moins une IVG auparavant, dont deux sur trois dans les cinq années qui venaient de s'écouler.

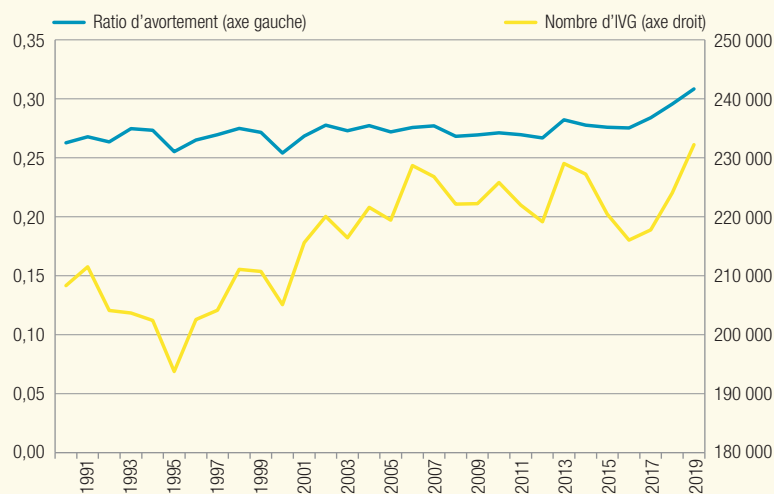
Un recours en baisse parmi les plus jeunes et en hausse après 25 ans

C'est parmi les femmes de 20 à 29 ans que les IVG restent les plus fréquentes

- 4. Ce ratio est utilisé plutôt qu'un taux d'avortement, (soit le nombre d'IVG rapporté au nombre total de conceptions une année donnée), car le nombre de naissances vivantes utilisé pour le dénominateur du ratio d'avortement est une donnée fiable, toujours disponible, alors que le nombre exact de conceptions est inconnu en raison notamment des fausses couches précoces.
- 5. Il s'agit plus précisément de femmes n'ayant connu aucune IVG lors des quatre années précédentes, de 2011 à 2014.
- 6. Une étude de l'Ined estime que quatre femmes sur dix ayant eu une IVG en 2011 auront une deuxième IVG au cours de leur vie (Mazuy *et al.*, 2014).
- 7. On considère que toute IVG mentionnée moins de 3 mois après une précédente IVG est une « reprise » due à un échec d'IVG ou une erreur (sur l'identifiant).

GRAPHIQUE 1

Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2019



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 2019, le rapport est de 31 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio de 0,31). 232 244 IVG ont été réalisées en 2019.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, (y compris les âges inconnus).
Sources • DREES (SAE, PMSI-MCO) ; CNAM (Erasmé puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés, selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; calculs DREES.

(27,9 femmes sur 1 000 en France). L'augmentation des taux de recours chez les femmes trentenaires est notable depuis 2010 (ainsi que chez celles âgées de 25 et 29 ans) [graphique 4].

À l'inverse, on observe au cours de la même période une nette baisse des taux de recours chez les femmes de 15 à 19 ans. Toutefois, près de 1 000 IVG, soit 1,5 % des IVG réalisées hors établissements hospitaliers, sont pratiquées avec un identifiant anonyme ne permettant pas de connaître l'âge des femmes concernées. Selon la réglementation en vigueur, ces IVG devraient concerner exclusivement des mineures ; le taux de recours calculé en les incluant atteindrait alors 6,8 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 17 ans, contre 6,0 sans les prendre en compte ; dans tous les cas, la baisse est avérée chez les mineures par rapport à 2010.

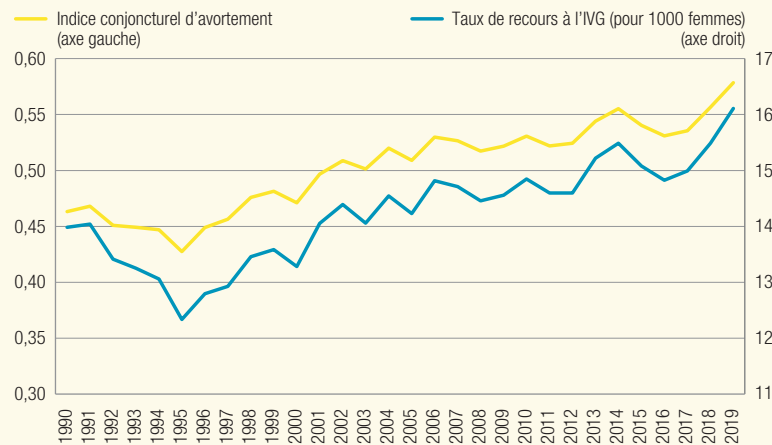
Des recours plus fréquents dans les DROM, en Île-de-France et dans le Sud

Les taux de recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 11,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 22,9 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-Est (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse), où ils dépassent 17 IVG pour 1 000 femmes, voire 39 IVG pour 1 000 femmes en Guyane et Guadeloupe (carte 1). Les taux sont également plus élevés pour les mineures dans les DROM, et ils le sont deux fois plus qu'en métropole. Les pyramides des âges sont très semblables d'une région métropolitaine à l'autre, si bien que les différences de taux de recours observées entre régions métropolitaines ne peuvent pas s'expliquer par des effets de structure par âge, mais bien par des différences de comportement. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Martinique, qui ont une part plus élevée de femmes de 45 à 49 ans, ont des taux de recours moyens qui augmenteraient si on les standardisait selon la structure nationale, alors qu'à Mayotte et en Guyane, avec des femmes plus jeunes que la moyenne, les taux standardisés seraient moins élevés que les taux de recours bruts.

GRAPHIQUE 2

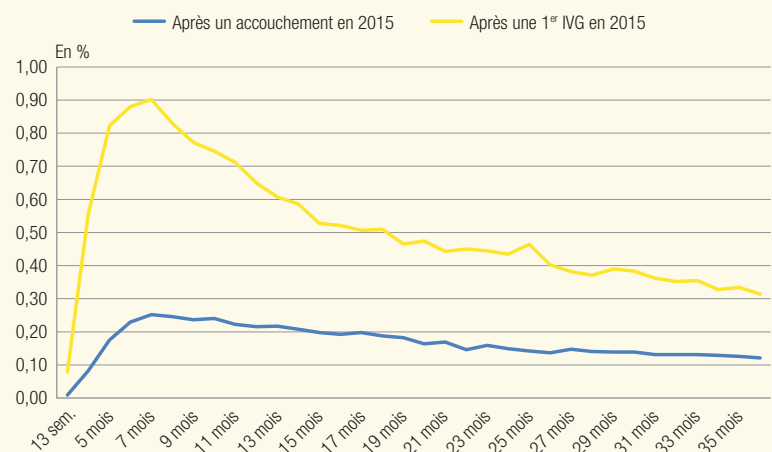
Évolution de l'indice conjoncturel d'avortement et du taux de recours à l'IVG depuis 1990



Lecture • En 2019, le taux de recours à l'IVG s'élève à 16,0 IVG pour 1 000 femmes (uniquement les IVG de 15 à 49 ans) sur l'échelle de droite et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,58 IVG/femme (échelle de gauche).
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (y compris les femmes dont l'âge est inconnu pour le taux de recours).
Sources • DREES (SAE, PMSI-MCO) ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2019) calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

Survenue d'une IVG dans les 36 mois suivant un accouchement ou une IVG réalisée en 2015



Lecture • Parmi les femmes ayant eu une IVG en 2015, 0,9 % ont une IVG 7 mois plus tard.
Champ • France entière, 2015 à 2018.
Source • SNDS.

Plus du quart des IVG sont réalisées hors établissements hospitaliers

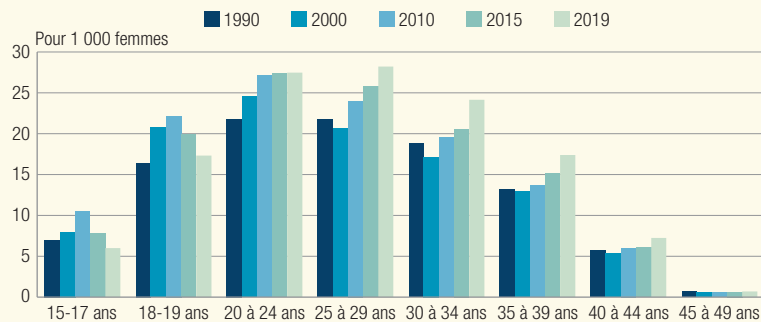
Depuis 2005, des IVG, médicamenteuses et plus récemment instrumentales dans certains centres de santé, peuvent être

pratiquées en dehors des structures hospitalières (encadré 2). En 2019, 26,5 % des IVG (25 % en métropole et 42 % dans les DROM) l'ont été en cabinet libéral, dans les centres de santé ou les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), soit

55 300 IVG en métropole et 5 900 dans les DROM (tableau 1 et encadré 1). La prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure toutefois concentrée dans certaines régions. Ainsi, moins de 10 % des IVG sont réalisées en cabinet libéral en Pays de la Loire et dans le Grand-Est. À l'inverse, cette pratique concerne 31 % des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Île-de-France, 36 % à La Réunion, 51 % en Guyane et 56 % en Guadeloupe (tableau 1). La pratique des IVG dans les centres de santé et les CPEF se développe peu à peu : elle atteint 4 % en Nouvelle-Aquitaine, 5 % en Île-de-France et 7 % en Guyane. Ces disparités de recours sont en partie liées aux disparités d'offre (tableau complémentaire A)⁸. Si tous les départements

GRAPHIQUE 4

Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2019



Lecture • En 2019, le taux de recours est de 6,0 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de 50 ans ou plus ou dont l'âge est inconnu).
Sources • DREES (SAE), CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date de soin et pour tous les régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2016) calculs DREES.
Les données ont été révisées le 10-12-2020 par rapport à la mise en ligne du 24-09-2020.

8. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

TABLEAU 1

Les IVG en 2019 selon la région de résidence des femmes

	IVG en établissement hospitalier	Forfaits médicamenteux remboursés en centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Forfaits remboursés en cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG** pour 1 000 femmes de 15-49 ans		IVG mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
					Brut	Standardisé	
Grand-Est	13 612	121	1 279	15 012	12,9	12,8	5,5
Nouvelle-Aquitaine	12 728	762	3 870	17 360	14,5	14,8	5,7
Auvergne-Rhône-Alpes	17 743	715	5 473	23 931	13,9	13,9	4,7
Bourgogne-Franche-Comté	5 471	103	1 741	7 315	13,3	13,6	5,4
Bretagne	7 160	112	963	8 235	12,3	12,6	5,0
Centre-Val de Loire	5 849	130	1 149	7 128	13,9	14,3	5,3
Corse	1 187	6	180	1 373	19,4	19,7	9,6
Île-de-France	35 422	2 672	17 169	55 263	18,5	17,5	6,5
Occitanie	15 625	296	5 500	21 421	17,6	17,7	7,0
Pays de la Loire	8 787	18	526	9 331	11,8	12,0	4,9
Hauts de France	15 518	379	2 686	18 583	14,2	14,0	6,8
Normandie	7 166	121	1 632	8 919	13,2	13,3	5,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 931	311	7 423	23 665	22,9	23,2	8,2
Résidentes France métropolitaine	162 199	5 746	49 591	217 536	15,6		6,0
Guadeloupe*	1 412	15	1 834	3 261	39,1	43,0	13,6
Martinique	1 651	4	457	2 112	28,6	31,0	12,3
Guyane	1 228	193	1 470	2 891	39,5	37,1	21,1
La Réunion	2 865	6	1 615	4 486	21,8	21,8	13,7
Mayotte	1 167	0	345	1 512	21,9	19,3	16,5
Résidentes DROM	8 323	218	5 721	14 262	28,2		15,2
Résidence inconnue***		9	202	211			
Résidentes France entière	170 522	5 964	55 312	231 798	16,1		
Résidence à l'étranger	235			235			
France entière	170 757	5 973	55 514	232 244	16,1		6,4

* non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

** calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15-49 ans.

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

Lecture • En 2019, les femmes résidant en région Grand-Est ont été concernées par 15 012 IVG.

Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, tous régimes.

Sources • DREES (PMSI-MCO), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2019), CNAM (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soin).

Les données ont été révisées le 10-12-2020 par rapport à la mise en ligne du 24-09-2020.

proposent au moins un obstétricien et un généraliste réalisant des IVG dans son cabinet, il s'agit souvent d'une activité réduite. Parmi les praticiens conventionnés actifs en 2019 (832 gynécologues médicaux ou obstétriciens, 662 généralistes, quelques autres rares spécialistes et 420 sages-femmes), 42 % des gynécologues médicaux ou obstétriciens, 48 % des généralistes et 43 % des sages-femmes en ont réalisées moins de 10 en 2019. 168 centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale ont aussi réalisé des IVG, répartis dans 40 départements.

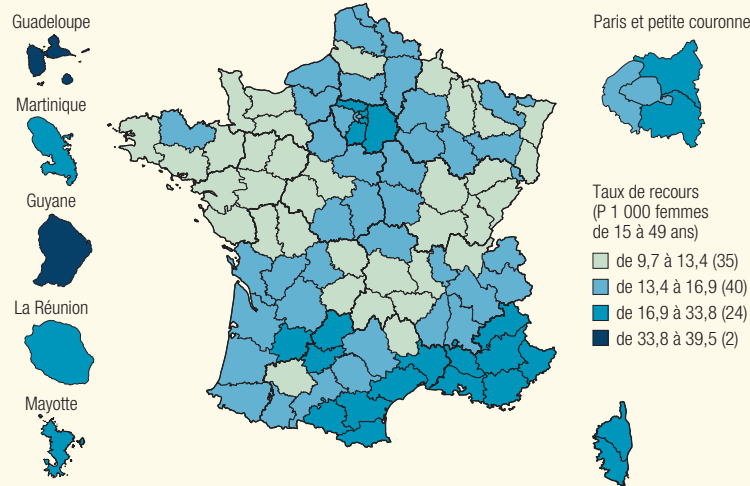
Depuis que la pratique des IVG a été autorisée par voie médicamenteuse en 2001, le nombre des IVG instrumentales n'a cessé de diminuer. La possibilité de pratiquer hors établissements des IVG médicamenteuses à partir de 2005 a contribué à cette évolution. En 2019, ce sont 70 % des IVG qui sont réalisées de façon médicamenteuse, contre 30 % en 2001. Le nombre d'IVG instrumentales a particulièrement diminué dans les établissements de santé privés, passant de 24 % de l'ensemble des IVG en 2001 à 4 % en 2019 (graphique 5).

Une IVG sur 20 est réalisée entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée

L'âge gestationnel n'est disponible que pour les IVG pratiquées en milieu hospitalier. La moitié des IVG réalisées en établissement hospitalier en 2019 concerne des grossesses de moins de 8 semaines d'aménorrhée (moins de 7 pour les médicamenteuses et moins de 10 pour les IVG instrumentales) [tableau complémentaire B et encadré 2]. Les IVG réalisées durant les deux dernières semaines du délai légal (uniquement par méthode instrumentale) peuvent en partie rendre compte de difficultés de parcours et d'accès, du fait d'une offre insuffisante ou d'une méconnaissance du système de santé par les femmes concernées. Cette part est plus importante chez les jeunes femmes (10,5 % d'IVG tardives chez les mineures, 8,5 % chez les 18-19 ans, 6,6 % chez les 20-24 ans et 4,9 % chez les femmes plus âgées). Cela peut révéler des parcours plus longs ou une prise en compte plus tardive de leur grossesse chez certaines jeunes femmes. En France,

CARTE 1

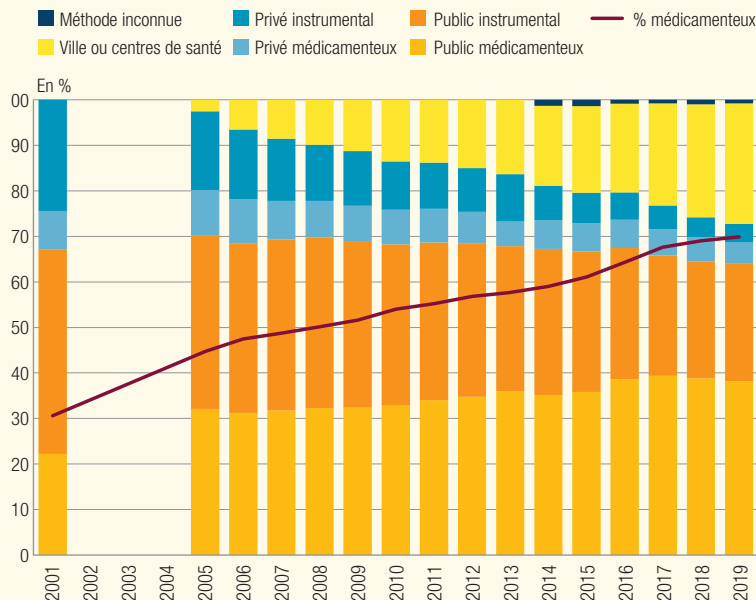
Taux de recours à l'IVG en 2019



Champ • Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM, département de résidence.
Sources • DREES (PMSI-MCO), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2019), CNAM (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soin).

GRAPHIQUE 5

Évolution des méthodes et du secteur d'exercice des IVG de 2001 à 2019



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 avant 2010, les données ne sont disponibles que selon la date du remboursement et que pour le régime général. À partir de 2010, les données sont disponibles selon la date de soin et pour tous les régimes.

Lecture • En 2019, 26 % des IVG sont réalisées en cabinets de ville ou en centres de santé.

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

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

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 douze à quatorze semaines d'aménorrhée.

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. Elle autorise par ailleurs les 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. 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, depuis juin 2016 les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leurs cabinets.

ENCADRÉ 3

Méthodologie : apports de l'EDP-Santé et du chaînage des identifiants individuels de 2011 à 2018

Les données de l'échantillon démographique permanent (EDP) appariées aux données du Système national des données de santé (SNDS), récemment disponibles à la DREES, permettent d'accéder à certaines variables socio-économiques concernant les femmes ayant eu une IVG, sur un échantillon de 4 % de la population. Les données utilisées ne concernent que les personnes ayant un numéro d'identifiant anonyme, créé à partir du numéro d'inscription au répertoire (NIR), retrouvées dans les bases fiscales, ce qui exclut un certain nombre de cas parmi les IVG, notamment des femmes associées à un « NIR fictif » ou de nationalité étrangère arrivées récemment sur le territoire. Une catégorie « NIR fictif IVG » existe spécifiquement pour préserver l'anonymat des femmes. En pratique, on observe que la répartition par âge des femmes ayant eu recours à une IVG et ayant pu être appariées à l'EDP n'est pas tout à fait la même que celle de l'ensemble des femmes ayant eu recours à une IVG. Les femmes pratiquant une IVG de manière anonyme, donc ne pouvant être appariées avec l'EDP, sont en moyenne plus jeunes : et de fait, les femmes jeunes sont un peu sous-représentées

parmi celles qui ont eu recours à une IVG dans la source EDP-Santé (*tableau complémentaire E*).

Chaînage des identifiants individuels de 2011 à 2018

Les données du SNDS sont disponibles de 2011 à 2019 (2011 à 2018 au moment du chaînage). Lorsque l'identifiant anonyme le permet, il est possible de relier les interventions qui concernent les mêmes femmes. 5 % des identifiants sont d'emblée signalés comme invalides, donc ne permettant aucun chaînage. Parmi ces séjours, on remarque que deux âges sont particulièrement surreprésentés par rapport aux séjours des identifiants « corrects », 17 et 20 ans, sans doute du fait de l'attraction de l'âge rond pour 20 ans, et pour bénéficier de l'anonymat pour 17 ans (*tableau complémentaire F*). Il est vraisemblable qu'il s'agisse d'âges fictifs.

Une deuxième étape va ensuite s'assurer que les données sont cohérentes, en vérifiant la pertinence du nombre d'IVG chaînées pour une même femme. 150 identifiants, soit près de 7 000 IVG, sont exclus de l'analyse, car ne permettant pas l'association à un seul bénéficiaire.

5,3 % de l'ensemble des IVG réalisées en établissement hospitalier, en cabinet libéral ou en centre de santé, soit 17,6 % des IVG instrumentales, sont pratiquées dans ce délai (environ 12 000), mais, là aussi, les variations sont notables selon les départements. En 2019, la part d'IVG tardives varie de 0,5 % (Lozère ou Bas-Rhin) à 8,5 % (Gironde), et est plus élevée dans la région des Pays de la Loire. Mayotte présente un cas particulier avec 16,7 % d'IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée (*tableau complémentaire C*).

Près de 8 femmes sur 10 réalisent leur IVG dans leur département de résidence

Si la réalisation de l'IVG hors de leur département de résidence peut parfois répondre à un choix des femmes ou,

dans certains cas, à une plus grande proximité géographique, cet indicateur, et plus particulièrement ses variations, peut rendre compte de difficultés d'accès dans certaines zones géographiques (*tableau complémentaire D*). L'éloignement et le recours à une grande ville peuvent parfois répondre à un choix des femmes pour préserver leur anonymat, et 17,8 % des femmes métropolitaines réalisent leur IVG hors de leur département de résidence, avec des écarts qui varient, hors Île-de-France, de 3,3 % dans les Pyrénées-Orientales à 49,3 % dans l'Ain (où beaucoup de femmes se sont orientées vers le département voisin du Rhône), tandis que le taux est de 1,7 % dans les DROM, où il est plus contraignant d'aller consulter hors département.

Les femmes aux revenus les plus faibles ont plus souvent recours à l'IVG

Chez les femmes ayant réalisé une IVG en 2016, l'appariement avec l'échantillon démographique permanent (plus particulièrement avec les données fiscales), lorsqu'il est possible (*encadré 3 et tableaux complémentaires E et F*), fait apparaître que les 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes inférieur de 11 points pour 1 000 à celui des 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles.

Ces écarts peuvent en partie être liés à des différences d'âge ou de statut matrimonial (vie en couple) de ces deux groupes de femmes.

Un modèle de régression logistique montre une corrélation inverse entre niveau de vie et probabilité d'avoir eu une IVG dans l'année. À groupe d'âge et situation conjugale donnés, les femmes dont le niveau de vie est dans les 10 % les plus élevés ont une probabilité de recourir à l'IVG dans l'année inférieure de 38 % à celle des femmes ayant un niveau de vie médian, et celles dont le niveau de vie est classé parmi les 10 % les moins élevés une probabilité supérieure de 40 % (tableau 2). L'âge est évidemment un facteur explicatif, avec des recours plus élevés aux âges les plus féconds. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes en couple ont une probabilité de connaître une IVG inférieure de 37 % à celle des femmes qui ne vivent pas en couple. ■

TABLEAU 2

Facteurs associés à la probabilité d'avoir une IVG en 2016

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance	Variation par rapport à la probabilité de référence (en %)
Constante	0,02	[0,02 - 0,02]	
Groupes d'âge			
15-17 ans	0,18	[0,18 - 0,19]	-82
18-19 ans	0,66	[0,64 - 0,67]	-34
20-24 ans	réf		
25-29 ans	1,16	[1,14 - 1,18]	16
30-34 ans	1,04	[1,03 - 1,06]	4
35-39 ans	0,78	[0,76 - 0,79]	-22
40-44 ans	0,29	[0,28 - 0,29]	-71
45-49 ans	0,02	[0,02 - 0,02]	-98
Vie en couple ¹			
oui	0,64	[0,63 - 0,64]	-37
non	réf		
Déciles de revenus ²			
1	1,41	[1,39 - 1,44]	40
2	1,49	[1,46 - 1,52]	48
3	1,31	[1,29 - 1,34]	31
4	1,09	[1,07 - 1,12]	9
5	réf		
6	0,91	[0,89 - 0,93]	-9
7	0,83	[0,81 - 0,85]	-16
8	0,73	[0,71 - 0,74]	-27
9	0,66	[0,65 - 0,68]	-33
10	0,61	[0,60 - 0,63]	-38

1. La variable a été construite en croisant la structure du ménage et la situation conjugale individuelle légale. Une femme est dite « en couple » lorsqu'elle appartient à un ménage constitué d'un couple (avec ou sans enfant), et que sa situation individuelle n'est pas celle d'une « personne majeure rattachée ou personne à charge », ou lorsqu'elle est dans un ménage complexe et qu'elle est mariée ou pacsée.
 2. Le niveau de vie du ménage est le revenu disponible monétaire du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation. Il est exprimé en déciles.
Lecture • Pour chaque modalité, le modèle logistique illustre les rapports de probabilité par rapport à la situation de référence. La probabilité d'avoir une IVG en 2016 pour la personne de référence (femme âgée de 20 à 24 ans, ne vivant pas en couple, dont les revenus de son ménage par unité de consommation appartiennent au cinquième décile des revenus) est de 2 %. Toutes choses égales par ailleurs, être en couple diminue le rapport des cotes de 36 %, ce que l'on peut interpréter par approximation (parce que le taux est faible) comme une baisse de la probabilité d'avoir recours à une IVG d'environ 37 % par rapport à la probabilité de la personne de référence.
Champ • France entière, 2016.
Source • EDP-santé (calculs DREES).

POUR EN SAVOIR PLUS

- **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, 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.
- **Dubost, CL., Leduc, A.** (2020, septembre). L'EDP-Santé, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 66.
- **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.** (2019, septembre). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1125.
- **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.
- **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*, n° 1, La documentation française.

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 : Fabrice Lengart
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger
Secrétaire de rédaction : Elisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet
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



STATISTIQUE PUBLIQUE
 La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.