

ÉTUDES et RÉSULTATS

septembre 2025
n° 1350

En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses

Depuis le 8 mars 2024, la liberté des femmes de recourir à l'interruption volontaire de grossesse est inscrite dans la Constitution française. La même année, 251 270 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, ce qui représente un taux de recours de 17,3 IVG pour 1 000 (‰) femmes âgées de 15 à 49 ans. Si ce taux augmente en France métropolitaine (16,7 ‰, après 16,3 ‰ en 2023), il ne progresse pas, mais reste élevé dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)[32,2 ‰, après 32,3 ‰].

Dans les établissements de santé, le nombre d'IVG se stabilise (138 960 en 2024), tandis que la progression hors établissement s'est accélérée depuis 2021 (112 310, soit 10 438 de plus qu'en 2023), atteignant ainsi 45 % du total des interruptions.

Le choix de la méthode a lui aussi évolué : les IVG médicamenteuses ont connu un essor considérable, représentant 80 % de l'ensemble des interruptions (31 % en 2000 et 68 % en 2019). En ville, l'IVG est de plus en plus souvent pratiquée par des sages-femmes, qui réalisent plus de la moitié des interruptions hors établissement. La téléconsultation et la méthode instrumentale en centre de santé restent des pratiques très marginales (0,7 % des IVG au total).

Les écarts perdurent dans le territoire, avec des taux de recours standardisés sur l'âge allant du simple au double en France métropolitaine (de 12,6 ‰ en Pays de la Loire à 23,1 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur), et du simple au triple dans les DROM (de 16,7 ‰ à Mayotte à 46,7 ‰ en Guadeloupe). Dans certaines régions, plus d'une IVG sur deux est réalisée hors établissement (63 % en Corse et 79 % en Guyane). Enfin, plus de huit femmes sur dix réalisent leur IVG dans leur département de résidence en métropole.

Annick Vilain, Jeanne Fresson (Drees)

En France, une femme enceinte peut décider d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14^e semaine de grossesse¹ selon deux méthodes : par aspiration (IVG instrumentale, en établissement ou en centre de santé) ou par prise de médicaments (IVG médicamenteuse, en cabinet de ville, en centre de santé jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée ou en établissement de santé). Les médecins, les sages-femmes et les structures (centres de santé ou centres de santé sexuelle) qui réalisent des IVG en ville doivent avoir une convention avec un établissement de santé disposant d'une autorisation de gynécologie obstétrique ou de chirurgie. Les établissements

de santé pratiquent les deux méthodes (médicamenteuses et instrumentales), mais, depuis 2021, les IVG instrumentales (ou chirurgicales) peuvent aussi être réalisées dans des centres de santé conventionnés. Le choix de la technique repose sur le terme de la grossesse, d'éventuelles contre-indications à l'une ou l'autre méthode et les préférences de la femme. Il peut néanmoins être aussi contraint par l'offre de soins disponible. L'IVG est dépénalisée en 1975 et la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse est inscrite dans la Constitution française depuis la loi du 8 mars 2024. La même année, 251 270 IVG ont été réalisées en France, selon les ●●●

1. La 14^e semaine de grossesse correspond à la 16^e semaine d'aménorrhée (délai depuis le début des dernières règles).

- sources médico-administratives (**encadré 1**). Parmi celles-ci, 16 370 concernent des résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM)². La hausse du nombre d'IVG observée en 2022 et 2023 se poursuit, après le creux observé en 2020 et en 2021 notamment dû à la baisse des conceptions relevées lors de la pandémie de Covid-19. L'allongement du délai légal de recours en mars 2022, passant de 14 semaines d'aménorrhée (SA) à 16 SA, ne suffit pas

à expliquer cette augmentation. En effet, les données relatives aux IVG en établissement de santé signalent 4 500 interruptions effectuées de 14 à 16 SA en 2024, alors que, la même année, leur nombre a augmenté de 34 000 par rapport à 2021. Ce chiffre de 4 500 IVG ne reflète en outre pas exactement le surplus dû à l'allongement du délai légal, car des IVG pouvaient déjà être pratiquées à 14 SA + 0 jour (14^e semaine révolue), et des erreurs d'enregistrement

Encadré 1 Les sources mobilisées pour dénombrer les IVG

Jusqu'en 2013, les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) étaient utilisées pour déterminer le nombre d'IVG. Depuis 2014, ce sont les chiffres issus du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui servent de référence pour les interruptions réalisées en établissement de santé. Pour les IVG hors établissement, la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) permet de dénombrer les remboursements de forfaits médicaments et honoraires pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé. Ces données extraites du Système national des données de santé (SNDS) permettent de connaître l'âge exact de la patiente et son lieu de résidence. Dans cette étude, ces IVG sont dénombrées à partir des forfaits médicaments.

Depuis mars 2019, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a introduit de nouveaux codes de diagnostics pour identifier les IVG, en ajoutant une extension spécifique à l'IVG (« 0 » en 5^e position) au code O04 (avortement médical : interruption volontaire de grossesse dans le cadre légal – IVG) de la classification internationale des maladies (CIM-10) utilisée en France (de O04.00 à O04.90). Ce codage plus précis permet de mieux distinguer les IVG des interruptions médicales de grossesses (IMG) avant vingt-deux semaines d'aménorrhée (SA) et de prendre en compte les interruptions avec hospitalisation de plus de deux jours, auparavant exclues, qui correspondent à des séjours avec complications ou à un contexte pathologique particulier (0,6 % des IVG hospitalières).

Le codage des actes est réalisé par la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ces codes permettent d'identifier la méthode utilisée : JNJD002 (évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage au 1^{er} trimestre de la grossesse), JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyens médicamenteux au 1^{er} trimestre de la grossesse) et JNJD001 (évacuation d'un utérus gravide, au 2^e trimestre de la grossesse avant la 22^e SA). Pour des raisons de facturation, le codage des actes pour les IVG du 2^e trimestre (à partir de 14 SA) doit être le même que celles du 1^{er} trimestre (JNJD002 et JNJP001, les tarifs étant identiques en établissement de santé pour toutes les IVG).

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

Grâce au chaînage des épisodes de soins des femmes non concernées par une procédure d'anonymisation, il est possible de repérer les IVG répétées pour une même personne. Si deux interruptions ont été enregistrées pour une même femme dans un délai inférieur à neuf semaines, une seule IVG (la première) est comptabilisée. En effet, il est improbable qu'une nouvelle grossesse avec réalisation d'une IVG soit survenue dans ce délai, et il s'agit alors de complications, de rétention ou d'échec de la première méthode utilisée, qui nécessite une nouvelle intervention, codée comme une nouvelle IVG. Le guide méthodologique de l'ATIH précise qu'un avortement incomplet donnant lieu à une réhospitalisation après un séjour d'IVG doit être codé avec un code diagnostic O04.40 (IVG incomplète sans complication) + un acte JNMD001 (révision de la cavité de l'utérus après avortement) sans acte d'IVG. Ces cas ont aussi été exclus des effectifs. En 2024, 8 600 cas au total ont ainsi été supprimés du décompte des IVG et dans le calcul des indicateurs (taux de recours, ICA, ratio d'avortement). Cette opération de « dédoublement » peut être effectuée dès lors que les informations de chaînage des épisodes de soins sont disponibles dans le SNDS (en établissement de santé et hors établissement). Elle est réalisée depuis 2022 et

rétropolée à compter de 2016. Pour 2019, les données disponibles sur le portail du SNDS sont incomplètes et légèrement sous-estimées pour une partie des établissements, en raison d'une grève momentanée du codage dans certains hôpitaux de l'AP-HP.

L'analyse des données 2024 a porté sur les informations enregistrées au 29 juillet 2025 pour les forfaits médicamenteux réalisés en ville. Les calculs ont été actualisés pour la période 2016-2024 : en particulier, les données de 2023 l'ont été pour tenir compte des forfaits enregistrés tardivement dans les données du DCIR et font état d'un nombre total d'IVG en 2023 corrigé par rapport à la précédente publication (+598). Les interruptions réalisées en dehors du système de soins français 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, qui est une variable obligatoire dans le PMSI, corrigée si besoin par la datation échographique. L'enregistrement du nombre de semaines d'aménorrhée correspondant est recommandé mais non obligatoire. L'absence de contrôle de saisie de la date des dernières règles induit des données aberrantes dans le calcul du terme de l'IVG, qui ne peuvent pas toujours être corrigées par le nombre exact de SA s'il n'a pas été saisi. Ainsi, en 2024, 2,0 % des âges gestationnels sont nuls, inférieurs à 5 SA (minimum pour constater la grossesse) ou supérieurs au délai légal. Avant la prolongation du délai autorisé, 1 % des IVG en établissement de santé étaient enregistrées avec un terme supérieur à 14 SA. Dans ces conditions, il est difficile d'estimer exactement le nombre d'IVG concernées par l'allongement du délai de recours. Les données disponibles indiquent que 3,3 % des IVG réalisées en 2024 en établissement de santé l'ont été pour des grossesses entre 14 et 16 SA. Les interruptions de grossesse du 2^e trimestre (à partir de 14 SA) pratiquées en établissement hospitalier en 2024 représentent 2 % à 3,3 % de l'ensemble des IVG en établissement, soit 1 % à 2 % du total des IVG. Le terme des IVG médicamenteuses réalisées en ville, autorisées jusqu'à 9 SA, n'est pas disponible, malgré la mise en place en mars 2020 d'un code tarifaire spécifique aux IVG effectuées à partir de 8 SA, puisque la quasi-totalité des IVG réalisées en ville sont codées avec ce tarif.

En 2024, 6,6 % des IVG ont un identifiant anonyme ou incorrect (issu d'un numéro de sécurité sociale fictif ou invalide, ou un identifiant identique utilisé pour un grand nombre d'IVG), ne permettant pas de suivre le parcours de soins de la personne. Cela entraîne une perte d'informations empêchant le dédoublement expliqué ci-dessus, mais aussi sur l'âge des femmes, qui demeure inconnu dans un peu plus de 2 100 des cas pour une IVG hors établissement, soit 0,8 % de l'ensemble des IVG.

Délai légal pour la pratique des IVG

En semaines d'aménorrhée



Lecture > En France, une IVG est autorisée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse, soit 16 semaines d'aménorrhée.

> Études et Résultats n° 1350 © Drees

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.

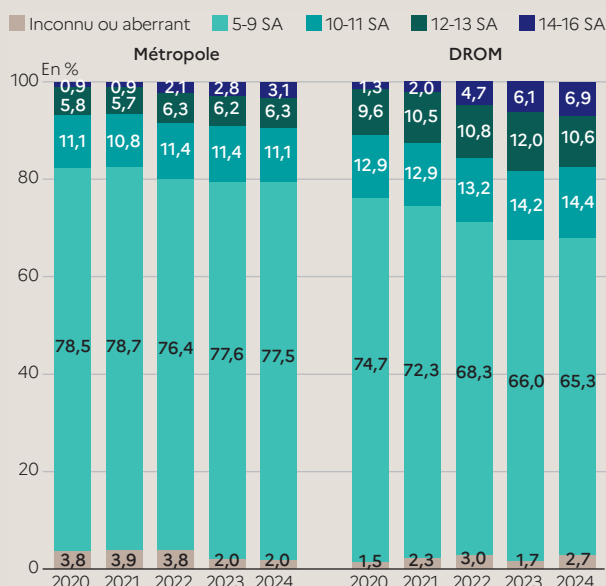
du terme de la grossesse lors de la saisie expliquent que certaines apparaissent comme datées de 14 SA ou au-delà avant la loi de 2022 (*graphique 1*).

La précision des données s'est améliorée depuis 2022, chaque grossesse interrompue n'est désormais plus comptée qu'une seule fois. Les actes de reprise d'IVG (à la suite d'un échec ou

d'une complication de la méthode initiale), qui étaient parfois codés et enregistrés comme de nouvelles IVG, sont à présent systématiquement écartés. Cette amélioration du décompte a permis de soustraire 8 600 actes de reprise en 2024. Elle a été mise en œuvre rétrospectivement sur les séries d'indicateurs à partir de 2016.

Certaines femmes effectuent plusieurs IVG une même année pour des grossesses différentes : en 2024, 9 581 ont été ainsi recensées, soit 4 % des femmes qui y ont eu recours³. En prenant en compte les IVG réalisées en 2023, 21 514 femmes ayant recouru à l'IVG en 2024 (soit 9,5 %) avaient déjà eu une IVG dans les douze mois précédents.

Graphique 1 Répartition des IVG hospitalières selon leur terme



SA : semaines d'aménorrhée.

Notes > Données calculées sans les reprises (lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention).

En 2023, un établissement entier qui classait toutes ses IVG (environ 2 000) en âge gestationnel (AG) = 0 transmet des données correctes, d'où la chute du nombre avec AG inconnu en 2023.

Lecture > En 2024, 77,5 % des IVG de France métropolitaine en établissement de santé sont réalisées avec un âge gestationnel de 5 à 9 semaines d'aménorrhée (103 002 IVG).

Champ > France.

Sources > Drees (SAE, PMSI-MCO), calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1350 © Drees

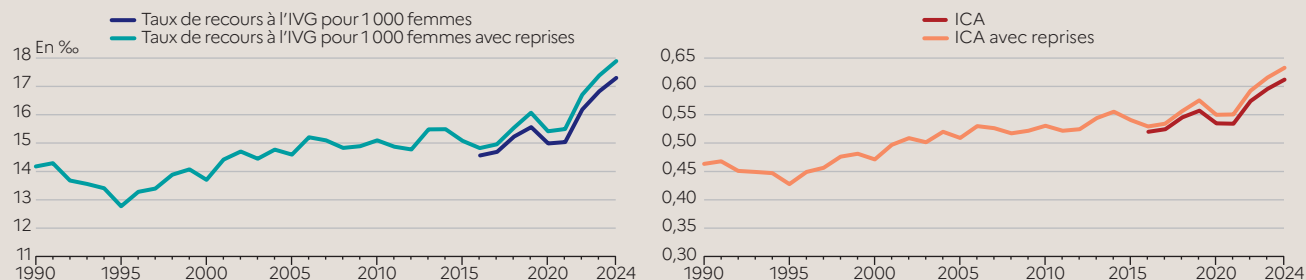
Taux de recours, indicateur conjoncturel d'avortement et ratio d'avortement en hausse

En 2024, le taux global de recours à l'interruption de grossesse atteint 17,3 IVG pour 1 000 femmes (17,3 ‰) de 15 à 49 ans⁴ (*graphique 2*). Il a augmenté de 2,3 points depuis 2021 et de 0,5 point depuis l'année dernière.

Deux autres indicateurs, l'indice conjoncturel d'avortement (ICA) et le ratio d'avortement, sont également en hausse. Le premier représente le nombre moyen théorique d'IVG d'une femme qui aurait, à chaque âge et tout au long de sa vie féconde, une probabilité de réaliser une interruption de grossesse égale au taux de recours observé sur l'ensemble des femmes de l'année⁵. Par construction, cet indicateur neutralise l'effet de la déformation de la structure d'âge au fil des ans, qui peut modifier le taux de recours, même en l'absence de changement dans les pratiques. Il atteint 0,61 en 2024, en nette hausse depuis 2021, où il était de 0,53. Cela signifie que si, chaque année et au cours de sa vie féconde, chaque femme recourait au plus une seule fois à l'IVG, 6 femmes sur 10 auraient une IVG au cours de leur vie, avec les conditions actuelles de recours par âge.

Le deuxième indicateur, le ratio d'avortement⁶ (rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances vivantes une année donnée), continue de progresser : il atteint 0,38 du fait de la baisse des naissances et de la hausse du nombre d'IVG (*graphique 3* et *tableau complémentaire A7*).

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



Note > Avant 2016, les données incluent les reprises lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention.

Lecture > En 2024, le taux de recours à l'IVG sans reprises s'élève à 17,3 IVG pour 1 000 femmes (*graphique de gauche*) et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,61 IVG par femme (*graphique 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 2024), calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1350 © Drees

3. Ce chiffre, qui correspond à 4 % des femmes avec un identifiant « chaînable » (*encadré 1*), est sans doute un peu sous-estimé puisqu'il a été considéré qu'il y avait une erreur dans l'identifiant de chaînage lorsqu'une même femme était retrouvée plus de trois fois par an pour chaque lieu de réalisation.

4. 17,2‰ en rapportant les IVG de femmes dont les âges sont connus et compris entre 15 et 49 ans à la population des femmes de cette tranche d'âge.

5. C'est la somme des taux de chaque âge.

6. Cet indicateur est utilisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les comparaisons internationales.

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

Des disparités régionales marquées : de 16,6 % en métropole à 32,1 % dans les DROM

L'augmentation des taux de recours standardisés sur l'âge⁸ observée en 2022 et en 2023 se poursuit en 2024 dans toutes les régions métropolitaines. Dans les DROM, ils augmentent en Martinique et à La Réunion, malgré des niveaux déjà élevés, alors qu'ils diminuent légèrement dans les trois autres DROM. Mayotte se distingue par un taux de recours proche de celui observé en France métropolitaine (16,7 %) et par une tendance à la baisse depuis plusieurs années, contrairement à la Guyane et à la Guadeloupe où le recul est très récent (*tableau complémentaire B*). Le taux de recours global standardisé sur l'âge pour l'ensemble des DROM atteint ainsi 32,1%, quasi le double du taux métropolitain (16,6 %), et s'élève environ à 45 % en Guadeloupe et en Guyane. Mais il est probable qu'une part non négligeable des IVG enregistrées en Guyane concernent des femmes non résidentes⁹, ce qui conduirait à un taux de recours surestimé du fait d'un dénominateur incluant seulement les femmes vivant dans le département¹⁰.

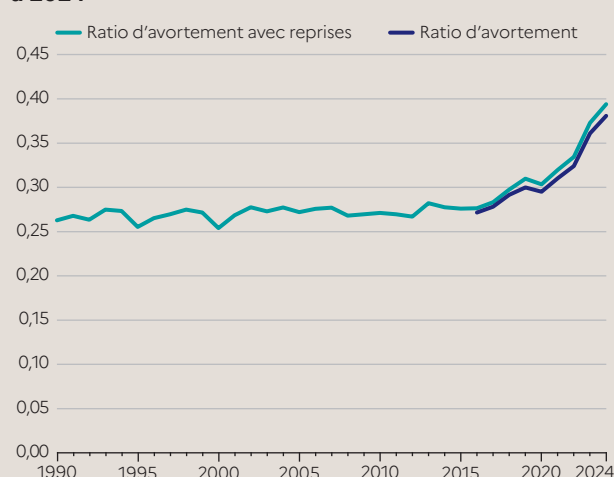
Les disparités régionales demeurent aussi en France métropolitaine où l'écart entre les taux de recours standardisés extrêmes sont de l'ordre de 10 % en 2024 : de 12,6 % pour les femmes de 15 à 49 ans résidant dans les Pays de la Loire à 23,1 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [*tableau 1* et *carte 1*]. Les taux augmentent sensiblement dans toutes les régions métropolitaines depuis 2022, reprenant la tendance interrompue en 2020 et 2021, sans que le classement des régions par niveau de recours ne soit modifié depuis les huit dernières années.

Les taux de recours à l'IVG augmentent à tous les âges

Les taux bruts de recours à l'IVG les plus élevés s'observent chez les 20-29 ans, avec 28,9 IVG pour 1 000 femmes parmi les 20-24 ans et 29,8 % parmi les 25-29 ans. Après la forte baisse des interruptions de grossesse en 2020 et leur stabilisation en 2021, les recours ont augmenté parmi toutes les tranches d'âge chaque année depuis 2022, date à partir de laquelle ils avaient retrouvé des niveaux proches voire supérieurs à ceux de 2019, avant le Covid-19. Globalement, les taux de recours ont tendance à croître depuis une trentaine d'années parmi les femmes de 25 à 39 ans (*graphique 4*), alors que l'évolution a été plus heurtée chez les plus jeunes, avec des taux de recours à nouveau accrus en 2022 après une période de progression puis de recul entre 1990 et 2021. Parmi les moins de 20 ans, le taux de recours demeure nettement plus faible qu'il ne fut dix ans auparavant, en particulier chez les mineures où il était deux fois plus élevé en 2008 (11 %) qu'en 2024 (5,5 % à champ constant, y compris les reprises). Néanmoins, ce taux augmente légèrement depuis 2022.

L'âge est inconnu pour 2 124 femmes en 2024. 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,

Graphique 3 Évolution du ratio d'avortement de 1990 à 2024



Notes > Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG au numérateur et le nombre de naissances vivantes au dénominateur. Avant 2016, les données incluent les reprises lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention.

Lecture > En 2024, le rapport est de 38 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio sans reprises de 0,38).

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

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° 1350 © Drees

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 et la possibilité de chaîner ses parcours de soins. Dans deux cas sur trois, lorsque l'âge est inconnu, la raison se trouve dans l'utilisation de ce numéro fictif. Il n'est pas 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 les IVG réalisées de manière anonyme concerneraient toujours des mineures, le taux de recours calculé en les incluant atteindrait 7,1 % parmi les jeunes âgées de 15 à 17 ans, contre 5,4 % sans les prendre en compte.

En 2024, 80 % des IVG sont médicamenteuses

La pratique des IVG a beaucoup évolué depuis 2005, où elles étaient toutes réalisées en établissement de santé, dont 58 % par aspiration. Désormais, 45 % des IVG sont effectuées hors établissement, et les interventions instrumentales ne représentent plus que 35 % des IVG en établissement, soit 20 % de l'ensemble des interruptions. La méthode médicamenteuse constitue en effet 80 % du total des IVG (contre 68 % en 2019 et 31 % en 2000), et 64 % de celles opérées en établissement de santé (*graphique 5*).

La pratique des IVG instrumentales dans des centres de santé reste peu répandue et en concerne essentiellement deux, dans le Loiret et le Val-de-Marne. Dans l'ensemble des interruptions réalisées en 2024, 11 770 l'ont été en centre de santé ou en centre de santé sexuelle (dont 148 de façon instrumentale) et 100 540 dans un cabinet libéral (y compris par téléconsultation).

8. 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).

9. Ce qui semble confirmé par la forte proportion de femmes ayant utilisé un « numéro de sécurité sociale provisoire » en Guyane : 21 % en 2023 et 12 % en 2024, contre 1 % pour la métropole.

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

Tableau 1 Les IVG selon la région de résidence en 2024

Lieu de résidence	IVG en établissement de santé			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 1 000 femmes de 15 à 49 ans		IVG ² mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans (en ‰)	IVG « tardives ³ » (en ‰)
	Total	IVG médicamenteuses	IVG instrumentales				En taux bruts	En taux standardisés		
Auvergne-Rhône-Alpes	15 148	8 819	6 289	1 705	9 431	26 284	15,0	14,9	4,4	5,0
Bourgogne-Franche-Comté	4 873	3 034	1 373	251	3 074	8 198	15,2	15,4	5,8	5,8
Bretagne	6 274	3 850	2 408	279	2 513	9 066	13,3	13,5	4,3	5,0
Centre-Val de Loire	5 806	3 747	2 044	246	2 032	8 084	15,9	16,2	5,8	5,7
Corse	502	344	153	67	786	1 355	18,8	16,7	8,0	2,7
Grand Est	11 985	9 391	2 551	155	3 774	15 914	13,8	13,8	4,3	5,9
Hauts-de-France	12 950	9 222	3 661	1 251	6 384	20 585	15,9	15,7	6,2	5,3
Île-de-France	27 591	15 518	11 738	4 976	26 475	59 042	19,6	18,6	5,3	5,2
Normandie	6 027	4 330	1 654	311	3 142	9 480	14,2	14,2	5,6	6,2
Nouvelle-Aquitaine	11 133	6 678	4 404	684	7 261	19 078	15,7	15,9	5,6	5,7
Occitanie	11 376	7 202	4 114	417	11 473	23 266	18,5	18,5	6,5	5,1
Pays de la Loire	7 876	4 296	3 546	383	1 789	10 048	12,4	12,6	4,0	6,9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11 290	7 770	3 466	802	12 200	24 292	23,1	23,1	7,8	4,5
Total France métropolitaine	132 831	84 201	47 401	11 527	90 334	234 692	16,7	16,6	5,5	5,3
Guadeloupe ⁴	956	611	343	94	2 326	3 376	43,8	46,7	12,7	5,4
Martinique	1 223	785	438	6	1 197	2 426	35,0	36,7	13,6	7,9
Guyane	733	451	276	127	2 626	3 486	46,5	44,9	21,7	6,6
La Réunion	1 922	1 335	553	10	3 589	5 521	26,9	27,3	12,6	5,6
Mayotte	1 084	1 001	83	6	468	1 558	19,0	16,7	12,2	7,8
Total DROM	5 918	4 183	1 693	243	10 206	16 367	32,2	32,1	14,1	6,3
Total France entière	138 749	88 384	49 094	11 770	100 540	251 059	17,3	17,1	5,8	5,4
Étranger	211	145	61			211				
Total France entière + étranger	138 960	88 529	49 155	11 770	100 540	251 270				
Chiffre 2023 actualisé	142 349	91 026	49 595	12 135	89 737	244 221				

FMV : forfait médicamenteux de ville. PMR : préparation magistrale et officinale remboursable (les IVG en téléconsultation sont codées comme des PMR).

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

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

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

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

Note > Quand c'était possible, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte.

Lecture > En 2024, les femmes résidant en Île-de-France ont effectué 59 042 IVG, soit un taux de recours de 19,6 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (18,6 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).

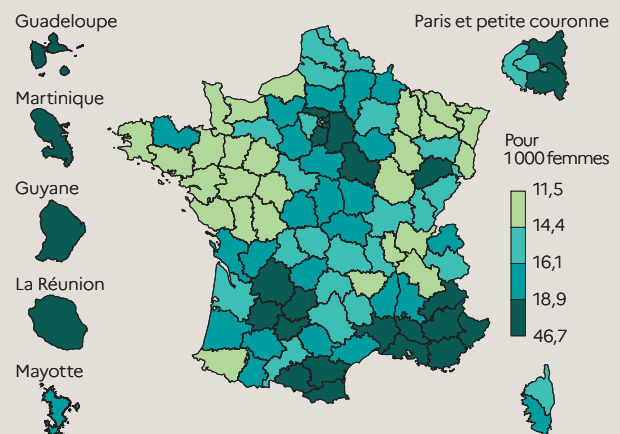
> Études et Résultats n° 1350 © Drees

La moitié des IVG en cabinet sont réalisées par des sages-femmes

Les praticiens mobilisés pour effectuer des interruptions de grossesse en cabinet libéral peuvent être soit des sages-femmes (1 442 d'entre elles y ont réalisé 51 454 IVG en 2024), soit des médecins généralistes (923 pour 22 296 IVG), soit des gynécologues médicaux ou des gynécologues-obstétriciens (900 pour 26 256 IVG). De plus, 458 pharmacies ont délivré les médicaments¹¹, pour 1 587 IVG en téléconsultation.

La récente pratique de l'IVG par les sages-femmes libérales s'est ainsi beaucoup développée ; en 2024, elles ont effectué 52 % des IVG en ville, contre 22 % pour les médecins généralistes et 26 % pour les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens (**encadré 2**). Le nombre de sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans l'année est passé de 244 en 2018 à 508 en 2020 et 1442 en 2024, alors que celui des médecins généralistes a progressé plus lentement (passant respectivement de 632 à 714 puis 923) et que celui des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens est resté quasi stable (835 en 2018 et 900 en 2024). Parmi ces professionnels libéraux (médecins ou sages-femmes), nombre d'entre eux pratiquent peu d'IVG dans l'année : 41 % en ont fait moins de dix au cours de 2024 et 61 %, moins de vingt.

Carte 1 Taux standardisés de recours à l'IVG en 2024



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

Lecture > En 2024, le taux de recours des femmes résidant dans le département de l'Ain est de 13,4 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Champ > France.

Sources > SNDS (PMSI-MCO et DCIR [nombre de FMV et PMR]), Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2024, calculées en 2025).

> Études et Résultats n° 1350 © Drees

11. Habituellement délivrés directement à la femme par le professionnel qui assure la consultation.

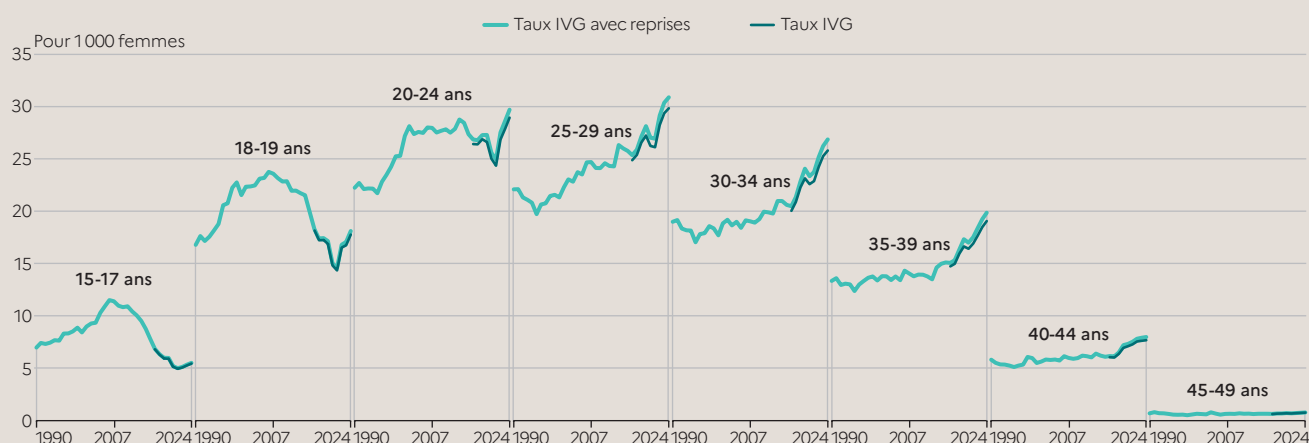
À l'inverse, 6 % en ont réalisé au moins cent sur la même période (la moitié sont des sages-femmes). En établissements comme en centres de santé, l'information sur la qualification du professionnel qui réalise l'IVG n'est pas disponible.

Dans le Sud et certains DROM, plus de la moitié des IVG sont pratiquées hors établissements

La pratique des IVG hors établissement de santé est inégalement répartie en France : elle concerne moins de deux interruptions sur dix dans quinze départements, tandis qu'on en compte plus de cinq sur dix dans vingt-sept départements (tableau complémentaire C).

Dans tous les DROM et dans quatre régions métropolitaines sur treize (Paca, Corse, Occitanie et Île-de-France), plus de la moitié des IVG sont réalisées hors d'une structure hospitalière, le plus souvent dans un cabinet libéral. La part des interruptions pratiquées hors établissement est d'autant plus grande que le taux de recours est élevé. Rapporté au nombre de femmes de 15 à 49 ans, celui des professionnels libéraux pratiquant l'IVG est de 22,5 pour 100 000 (tableau complémentaire D), variant de 0 dans la Creuse à 64,4 pour 100 000 dans le Gers. Ils sont plus présents dans la moitié sud de la France métropolitaine, mais leur part est faiblement corrélée avec le taux de recours des femmes du département.

Graphique 4 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge, de 1990 à 2024



Note > Avant 2016, les données incluent les reprises lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention.

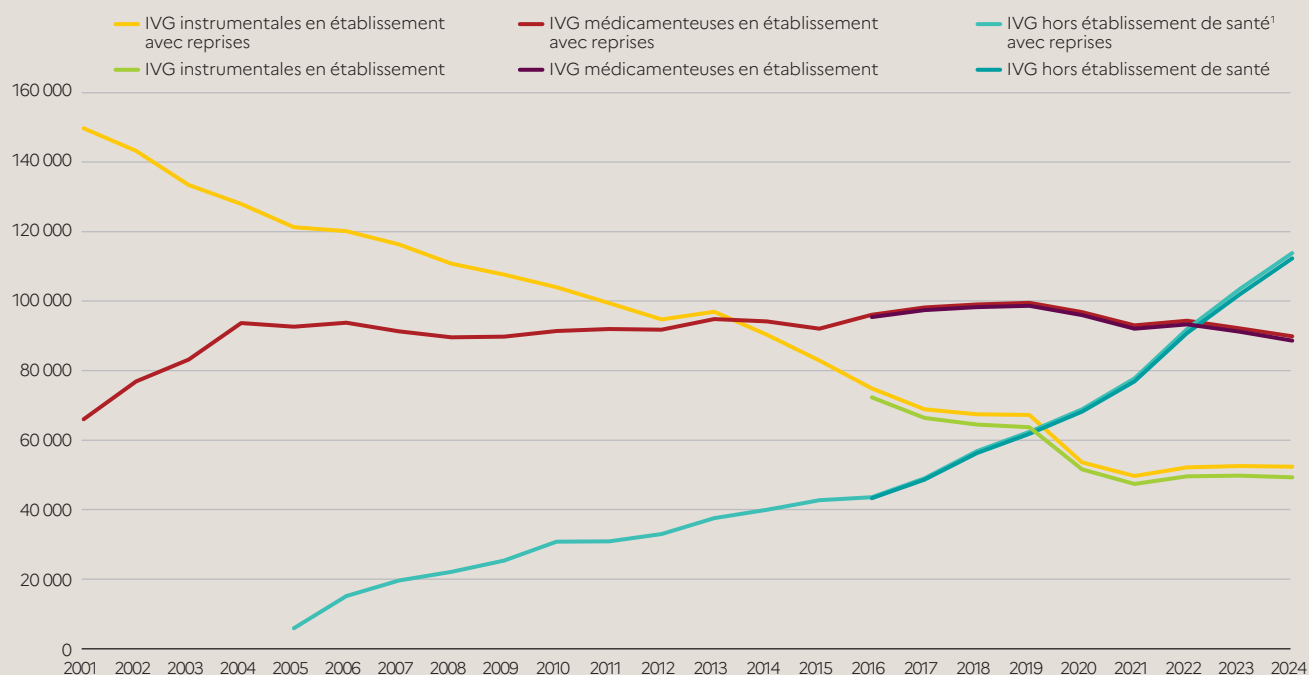
Lecture > Le taux de recours à l'IVG chez les 20-24 ans est de 28,9 pour 1 000 femmes en 2024.

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 (estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2024), calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1350 © Drees

Graphique 5 Évolution du nombre des IVG selon le lieu de réalisation



1. Y compris les IVG en téléconsultation.

Lecture > En 2024, 112 310 IVG ont été réalisées hors établissement de santé, soit 113 816 en prenant en compte les reprises à la suite d'un échec de l'IVG initiale.

Champ > France.

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

> Études et Résultats n° 1350 © Drees

Le recours à la téléconsultation pour une IVG médicamenteuse, autorisé lors du premier confinement de 2020 puis pérennisé, ne peut être évalué que dans le cas des consultations associées à la prise de médicaments. La remise des médicaments à la femme par un pharmacien est détectable dans le parcours de l'assurée, contrairement aux téléconsultations pour la première consultation ou la consultation de suivi. En 2024, 1 588 forfaits de délivrance en pharmacie ont été enregistrés. Ces situations sont cependant très mal connues, avec beaucoup de données manquantes, du fait de la procédure d'anonymisation utilisée dans 76 % des cas.

En établissement de santé, plus de neuf IVG sur dix relèvent du secteur public

Le secteur public réalise désormais 93,0 % des IVG en établissement de santé, et le secteur privé non lucratif, 3,3 %. La part des interruptions effectuées dans les établissements de santé privés à but lucratif ne représente donc plus que 3,7 % de l'ensemble des IVG pratiquées en établissement, contre une sur trois (32 %) en 2001 et une sur cinq (19 %) en 2010. Cette baisse peut s'expliquer en partie par le report des IVG médicamenteuses vers l'activité libérale en ville et par la diminution du nombre de maternités privées.

Les IVG médicamenteuses effectuées en ville peuvent l'être jusqu'à 9 SA, mais l'absence d'enregistrement du terme exact de réalisation de l'IVG dans les données de médecine libérale ne permet pas d'évaluer précisément le terme de la grossesse pour ces interruptions, ni l'effet de l'élargissement de 7 SA à 9 SA autorisé en 2020.

En établissement hospitalier, moins d'une IVG sur dix est réalisée à partir de 12 SA

Parmi les IVG réalisées en établissement de santé, 77 % le sont à moins de 10 SA, un pourcentage comparable à celui recensé avant l'allongement du délai en 2021 (78 %) [graphique 1]. Les IVG dites « tardives », effectuées à partir de 12 SA, représentent environ 9,8 % des interruptions hospitalières en 2024 et 5,4 % du total des IVG, mais leur part ne peut être déterminée de façon très précise (encadré 1). Les IVG en établissement se font de 12 à 13 SA dans 6,5 % des cas et à partir de 14 SA pour 3,3 % des interruptions. Mais 2 % d'entre elles sont enregistrées avec un terme inconnu ou aberrant, correspondant éventuellement aussi à une IVG tardive.

Les situations d'interruption tardive sont aussi plus fréquentes dans les DROM (17,5 % des IVG réalisées en établissement, contre 9,4 % en France métropolitaine, soit respectivement 6,3 % et 5,3 % du total). Si 88,0 % d'entre elles sont pratiquées de façon chirurgicale

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 pérennisée le 1^{er} janvier 1980. En 1982, la loi relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure (loi Roudy) a introduit le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale à 70 %. Cette prise en charge et celle des actes associés sont passées à 100 % le 1^{er} avril 2016.

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), soit théoriquement 13 SA + 6 jours (admis en pratique jusqu'à 14 SA + 0 jour). La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989, jusqu'à la fin de la 7^e semaine d'aménorrhée.

La loi Aubry-Guigou 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 de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008, 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, aujourd'hui renommés centres de santé sexuelle) 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. Enfin, depuis juin 2016, les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet. La loi a également supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG. L'entretien psycho-social reste obligatoire pour les femmes mineures.

L'arrêté du 14 avril 2020 complétant celui 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 médicamenteuses en ville, celui-ci passant alors à 9 SA comme pour celles en établissement de santé. Ils autorisent en outre de réaliser ces IVG 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 pour la femme de retirer en pharmacie les médicaments nécessaires pour une IVG en ville jusqu'à la fin de la 7^e semaine d'aménorrhée.

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. Cette dernière peut être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse (soit théoriquement jusqu'à 15 SA + 6 jours, admis dans les faits jusqu'à 16 SA + 0 jour). La loi pérennise en outre l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse (soit 9 SA). Désormais, les sages-femmes sont habilitées à réaliser des IVG chirurgicales en établissement hospitalier. Le délai de réflexion de deux jours obligatoire entre l'entretien psychosocial et le recueil du consentement est supprimé, et un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG doit être disponible dans les agences régionales de santé.

Le décret n° 2024-367 du 23 avril 2024 modifiant les conditions d'exercice par les sages-femmes de la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissement de santé permet à celles-ci d'effectuer des IVG sans être encadrées par un médecin sous certaines conditions.

L'arrêté du 1^{er} mars 2024 a revalorisé de 25 % le montant du forfait IVG. Le tarif a été révisé tous secteurs confondus et l'avancée prévue par ce texte est surtout la prise en charge du dépistage des IST dans les forfaits.

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

et 9,3 % par voie médicamenteuse, la méthode reste inconnue dans 2,6 % des cas (contre seulement 0,9 % pour l'ensemble des IVG réalisées en établissement) [encadré 1]. La part des interruptions médicamenteuses parmi les IVG tardives atteint 34 % dans la région Grand Est, en Guyane et à La Réunion, et 42 % à Mayotte.

Certains praticiens sont réticents à effectuer des IVG tardives, et tous les établissements n'en pratiquent pas : sur 539 établissements¹² ayant fait au moins une IVG en 2024, 386 en avaient réalisé à un terme compris entre 12 et 16 SA, et 217 entre 15 et 16 SA.

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

En France métropolitaine, 83 % des IVG ont lieu au sein du département de résidence des femmes concernées. Si le recours à 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 où la personne vit plus près 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, peuvent aussi rendre compte de difficultés d'accès à l'IVG dans certaines zones géographiques.

Ce taux est constant au niveau national depuis plusieurs années, mais varie selon le département de 55 % à 96 % des femmes en France métropolitaine, notamment en fonction de l'offre de soins du département et de celle des départements voisins (tableau complémentaire E). À une échelle plus large, 95 % des femmes ont réalisé leur IVG dans leur région de résidence. ●



Télécharger les données

12. Site géographique et non entité juridique.

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.

> Atay, H., Perivier, H., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2021, octobre). 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 (4).

> 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. Rapport de synthèse. Paris, France : Igas.

> Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., et al. (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, septembre). Rapport relatif à l'IVG. Volet 1 : information sur l'avortement sur internet.

> Insee (2025, juillet). Naissances mensuelles depuis janvier 2024 : nombre de naissances par mois au niveau national, régional et départemental. Chiffres détaillés.

> 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). Annexe : définitions en périnatalité. *Bulletin officiel*, 13, pp. 259-269.

> Vilain, A., Fresson, J., Louden, C. (2024, septembre). La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023. Drees, *Études et Résultats*, 1311.

> 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-infos@sante.gouv.fr
> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Laureen Guhur
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@sante.gouv.fr