



Magali MAZUY*, Laurent TOULEMON*, Élodie BARIL*

Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours

Chaque année les interruptions volontaires de grossesse (IVG) concernent environ 1,5 % des femmes d'âge reproductif (1,4 % pour la France métropolitaine). Le recours à l'IVG est stable au fil du temps, avec environ 200 000 IVG chaque année (tableau 1). Depuis la loi n° 75-17 du code de santé publique promulguée le 17 janvier 1975 qui a rendu l'IVG légale, plusieurs réformes ont eu pour objectif d'en élargir l'accès et de réduire les inégalités sociales du recours à l'IVG. Les lois successives (encadré) ont ciblé des publics spécifiques, avec notamment en 2001 l'assouplissement de l'accès pour les mineures (au départ soumises à l'obligation systématique du consentement parental) et pour les femmes étrangères (qui devaient jusqu'alors présenter un titre de séjour pour la prise en charge de leur IVG par la sécurité sociale). Le délai légal maximal de 10 semaines de grossesse (pour les IVG hors raison médicale) a été porté à 12 semaines de grossesse en 2001. La prise en charge a été améliorée avec la mise en place de la gratuité de l'acte pour toutes les femmes et sa revalorisation pour les praticiens en mars 2013. Enfin, le recours à la méthode médicamenteuse s'est diffusé au sein de la population à partir des années 1990, et a été rendu accessible dans les cabinets de ville.

Aucun de ces assouplissements ou élargissements n'a entraîné d'augmentation significative du nombre annuel d'IVG ni de la fréquence annuelle de recours (ou taux global d'IVG, calculé en rapportant le nombre annuel d'IVG à l'effectif des femmes d'âge reproductif). L'allongement du délai légal de recours à l'IVG n'a pas non plus eu pour conséquence une augmentation durable de la durée moyenne de grossesse, laquelle est stabilisée, comme nous le verrons, à six semaines et demi de grossesse (notamment du fait de la progression depuis 2004 des IVG médicamenteuses).

On aurait pu s'attendre à une augmentation du recours à l'IVG du fait des modifications de prescription, mais aussi du fait d'évolutions dans les comportements au sein de la société française, en particulier l'allongement de la

* Institut national d'études démographiques.

Correspondance : Magali Mazuy, Institut national d'études démographiques, 133 Boulevard Davout, 75980 Paris Cedex 20, tél : 33 (0)1 56 06 22 51, courriel : mazuy@ined.fr

Tableau 1. Indicateurs du recours à l'IVG de 1976 à 2011

Année	Nombre d'IVG et IMG déclarées dans les bulletins ⁽¹⁾	Nombre d'IVG dans la SAE ⁽²⁾	Nombre d'IVG estimé par l'Ined ⁽³⁾	Nombre d'IVG pour 100 naissances vivantes ⁽⁴⁾	Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans ⁽⁵⁾	Nombre moyen d'IVG par femme ⁽⁶⁾
1976	134 173		246 000	34,1	19,6	0,66
1981	180 695		245 000	30,4	18,8	0,62
1986	166 797		221 000	28,4	16,2	0,53
1990	170 428		209 000	27,4	14,8	0,49
1991	172 152		206 000	27,1	14,4	0,48
1992	167 777		206 000	27,7	14,3	0,49
1993	166 921		206 000	28,9	14,3	0,49
1994	163 180		207 000	29,1	14,3	0,49
1995	156 181	179 648	207 000	28,4	14,2	0,50
1996	162 792	187 114	207 000	28,2	14,2	0,50
1997	163 985	188 796	207 000	28,5	14,2	0,50
1998		195 960	207 000	28,0	14,2	0,50
1999		196 885	206 000	27,7	14,2	0,51
2000		192 174	206 000	26,6	14,2	0,51
2001		202 180	206 000	26,7	14,3	0,51
2002	137 497	206 596		27,1	14,3	0,51
2003		203 300		26,7	14,1	0,50
2004		210 664		27,4	14,6	0,52
2005	166 985	206 543		26,6	14,3	0,51
2006	174 561	215 390		27,0	14,9	0,53
2007	185 498	213 381		27,1	14,7	0,53
2008	180 108	209 245		26,3	14,5	0,52
2009	171 152	209 988		26,5	14,6	0,53
2010	172 505	213 317 ⁽⁷⁾		26,4	14,8	0,53
2011	170 081	209 291 ⁽⁷⁾		26,4	14,7	0,53

Champ : France métropolitaine.

(1) Statistiques des bulletins : interruptions volontaires de grossesse (IVG) et interruptions médicales (IMG).

Source : http://ivg_statistiques.site.ined.fr/.

(2) Statistique annuelle des établissements de santé (IVG uniquement).

Source : Vilain et Mouquet (2003) et Vilain (2004 ; 2005 ; 2008).

(3) Estimation de l'Ined. À partir de 2002, la statistique annuelle des établissements de santé est jugée exhaustive.

Source : C. Rossier et C. Pirus (2007).

(4), (5) Sur la base des estimations de l'Ined jusqu'en 2001 et de la statistique annuelle d'établissements depuis 2002 pour le nombre total d'IVG.

(6) Sur la base des bulletins jusqu'en 1997 et du PMSI à partir de 1998 ; recueil de l'âge en années révolues.

(7) Chiffre intégrant les régimes spéciaux.

période de « jeunesse sexuelle » résultant du rajeunissement de l'entrée en sexualité des femmes conjugué au retard de l'âge à la mise en couple et à la maternité (Toulemon, 2008 ; Le Guen et Bajos, 2014). En réalité, l'intensité du recours à l'IVG varie peu mais, comme nous le verrons, certaines de ses caractéristiques évoluent. Ainsi, l'âge des femmes qui ont recours à l'IVG se modifie. L'âge moyen à l'IVG baisse, les IVG chez les femmes mineures n'augmentent presque plus (après une hausse prononcée dans les années 2000) tandis que chez les femmes les plus âgées les IVG diminuent.

Cet article présente l'évolution récente d'indicateurs nationaux de recours à l'IVG sur l'ensemble du territoire et analyse le recours répété à l'IVG. Fondées sur les informations issues des bulletins d'IVG, ces analyses décrivent la place de l'IVG dans les parcours reproductifs des femmes en France en 2011, les

Encadré. Évolution de la loi depuis 1975

La loi autorisant le recours à l'interruption volontaire de grossesse (n° 75-17), dite « loi Veil », fut promulguée le 17 janvier 1975 après des débats parlementaires entamés dès décembre 1972 (Pavard *et al.*, 2012). Cette loi fut votée à titre expérimental pour une durée de 5 ans. La loi n° 79-1204 du 31 décembre 1979 vint reconduire définitivement la « loi Veil ». Cette première loi autorise le recours à une IVG sous plusieurs conditions : situation de détresse, délai de grossesse inférieur ou égal à 10 semaines, intervention réalisée par un médecin dans un établissement de santé. Le protocole de recours à une IVG comporte deux obligations : que les femmes réalisent des démarches obligatoires destinées à leur information et à leur réflexion, qu'elles se rendent à deux consultations médicales (à une semaine d'intervalle) et à une consultation sociale.

Les lois suivantes ont modifié ou assoupli certaines conditions : la loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982, dite « loi Roudy » autorise le remboursement de l'IVG et instaure sa prise en charge par l'État via l'assurance maladie. À la fin des années 1980, les traitements médicamenteux commencent à être diffusés : en 1988, la pilule abortive, sous le nom de mifépristone ou RU 486, est mise sur le marché. En 1990, ce traitement médicamenteux est autorisé au sein des hôpitaux. En parallèle, en 1993, la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, dite « loi Neiertz », punit le délit d'entrave à l'IVG et les agissements des groupes anti-IVG. La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 porte de 10 à 12 semaines de grossesse le délai légal maximum pour avoir recours à une IVG. L'entretien préalable n'est plus obligatoire pour les majeures. Les IVG peuvent avoir lieu en cabinet de ville (méthode médicamenteuse) si une convention est passée entre le médecin de ville et un établissement de santé. Les IVG peuvent être pratiquées par des gynécologues et certains médecins généralistes pour les grossesses inférieures à 5 semaines (décret n° 2002-796 du 3 mai 2002, modifié par le décret n° 2004-636 du 1^{er} juillet 2004). Le 1^{er} juin 1999, la pilule du lendemain (contraceptif d'urgence Norlevo) est mise en vente libre dans les pharmacies, puis la loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 supprime la prescription obligatoire pour la contraception d'urgence et permet sa délivrance gratuite dans les pharmacies pour les mineures (décret n° 2002-39 du 9 janvier 2002). Les infirmières de collèges et lycées sont également autorisées à administrer la contraception d'urgence aux élèves mineures et majeures, sous certaines conditions (décret n° 2001-258 du 27 mars 2001), dans le but de faire diminuer les grossesses non prévues et donc le recours à l'IVG.

évolutions et stabilités du recours à l'IVG en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes.

I. La production de données sur les IVG : une gestion médicale

Les données quantitatives relatives aux IVG sont à l'heure actuelle de trois types. Les statistiques administratives (médicales) constituent une première source de données, qui est maintenant exhaustive et permet des analyses annuelles, voire mensuelles (l'Agence de traitement de l'information hospitalière peut tenir un bilan mensuel de cet acte). La seconde source est constituée par les données recueillies dans les bulletins d'interruption volontaire de grossesse. Ces bulletins sont remplis de manière anonyme par les médecins et analysés par des institutions de recherche (l'Ined et l'Inserm). Le dernier type de données est constitué par des enquêtes spécifiques, produites de manière ponctuelle.

La statistique issue des bulletins d'interruptions volontaires de grossesse (BIG)

Depuis la loi de 1975, toute interruption volontaire de grossesse doit donner lieu au remplissage d'un bulletin d'interruption volontaire de grossesse (BIG) par les médecins, garantissant l'anonymat des patientes. L'avantage de cette source, qui fournit des informations sur l'âge, la durée de grossesse, la technique utilisée (informations également présentes dans les statistiques sanitaires), est de recueillir des données sur la situation sociodémographique des femmes ayant recours à l'IVG, sur le nombre d'IVG que les femmes ont eu avant l'IVG actuelle, et sur la date de la dernière IVG. Figurant dans la loi depuis 1975, la collecte et le remplissage des bulletins ont été soumis à diverses modifications, conduisant à une variabilité de l'information recueillie dans les bulletins (voir les différentes versions des bulletins en annexe A.1). La collecte et la saisie des bulletins remplis, ainsi que leur exploitation statistique, ont fait l'objet de discontinuités. La série n'est pas homogène depuis sa mise en place en 1976 et les données souffrent d'un sous-enregistrement (Rossier *et al.*, 2009). La dernière version du bulletin date de l'année 2011. Nous disposerons, à l'horizon 2015, de cinq années consécutives de production de données statistiques issues d'une version identique du bulletin. Au-delà de cette date, la poursuite du système d'enregistrement de données par les BIG est incertaine. Les données alors disponibles seraient issues des statistiques sanitaires produites en routine, source unique et administrative, ne renseignant pas sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes. Cette unicité de source de connaissance sur les IVG renforcera la prédominance de la perspective médicale sur les IVG et la contraception (Bajos et Ferrrand, 2011 ; Bajos *et al.*, 2014a).

Dans ce contexte, les enquêtes (réalisées auprès d'utilisatrices ou en population générale) constitueront le seul dispositif qui permettra de compléter les connaissances sociologiques sur le recours à l'IVG, de manière plus riche et

plus détaillée que ne le permettent les données issues des statistiques sanitaires. Les enquêtes ont cependant l'inconvénient de porter sur des échantillons de taille peu importante, limitant les possibilités d'analyse portant sur des territoires ou sur des groupes spécifiques, sauf à mener des enquêtes sur des sous-populations ou thèmes particuliers. La dernière enquête auprès de femmes ayant eu recours à une IVG a été réalisée en 2007 sur un échantillon initial de 200 établissements, 1 300 praticiens et 13 000 femmes. La durée de la collecte de l'enquête a varié entre 1 et 6 mois en fonction du type d'IVG, de la région et de l'âge des femmes (Vilain *et al.*, 2011 ; Collet *et al.*, 2012). Les enquêtes en population générale (sur la sexualité ou la contraception) pâtissent quant à elles d'une sous-déclaration des IVG par les femmes (Moreau *et al.*, 2004). La dernière enquête en population générale sur la contraception, conduite par l'Ined et l'Inserm (Bajos *et al.*, 2012), date de 2010.

Les données hospitalières du programme médicalisé des systèmes d'information

La statistique en passe de devenir le principal outil d'analyse et de mesure de l'IVG est celle issue du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). Il s'agit de données issues des actes hospitaliers et mises à disposition par l'Agence de traitement de l'information hospitalière (Atih). Elles sont complétées, pour la mesure annuelle des IVG, depuis 2005, par les statistiques issues de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (base de données Erasme : Extraction, recherche, analyse, suivi médico-économique) et depuis 2010 par celles des régimes spéciaux (Mutualité sociale agricole et Régime social des indépendants).

Les données du PMSI, recueillies dans les établissements puis codées et centralisées par l'Atih, permettent un traitement non agrégé des données. Les informations renseignées portent sur l'âge à l'IVG, le type de méthode, le type d'établissement, le lieu de l'acte et, depuis 2012, la durée de grossesse. Le recueil de l'information sur la durée de grossesse au moment de l'IVG est effectué pour toutes les issues de grossesse⁽¹⁾ ayant donné lieu à une prise en charge en milieu hospitalier. Les données ne contiennent pas d'informations sociodémographiques sur les femmes, hormis leur âge. De nouvelles variables à caractère médical pourraient être introduites (notamment le nombre d'IVG précédentes et l'année de la dernière IVG, le nombre de grossesses antérieures). La disparition possible du bulletin d'interruption de grossesse peut témoigner d'une modification des représentations du rôle de l'IVG. Auparavant considérée comme un mode de régulation des naissances, l'IVG est maintenant perçue comme un instrument de la santé sexuelle et reproductive des femmes ; cette évolution existe aussi pour les méthodes de contraception (Bajos et Ferrand, 2011). Lors du vote de la loi en 1975, le BIG fut constitué sur le modèle du

(1) Cette information sur la durée de grossesse a été ajoutée dans le PMSI afin de permettre la production d'indicateurs de mortalité (Fresson et Blondel, 2013).

bulletin de naissance, dans le but explicite de comparer les IVG aux naissances. Par contraste, la dernière enquête de la Drees s'inscrit dans la lignée des enquêtes de suivi réalisées auprès des usagères et usagers des services de santé.

Les inégalités sociales de recours à l'IVG

Le système statistique sanitaire français ne permet pas d'observer les inégalités sociales concernant l'IVG. Inégalités face au recours lui-même, mais également, plus en amont, inégalités face à la couverture contraceptive. Si cette dernière est très large (en 2013, seules 3 % des femmes sexuellement actives et exposées au risque de grossesse n'utilisaient aucune méthode contraceptive, Bajos *et al.*, 2014b), les méthodes contraceptives utilisées ne sont pas toujours en adéquation avec les conditions de vie sociales, affectives et sexuelles des femmes. Le recours à ces méthodes, d'efficacité inégale, varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes. On observe également des disparités territoriales toujours importantes dans les taux de recours⁽²⁾. Des écarts importants au taux moyen (de 14 %) peuvent s'expliquer en partie par la structure sociodémographique de la population (le poids des groupes les plus exposés au risque d'une grossesse non prévue est variable d'une région à l'autre). Il peut aussi être révélateur d'une situation régionale spécifique en termes d'accès à la contraception dont la contraception d'urgence, à l'IVG et plus généralement aux soins médicaux. Des recours élevés peuvent révéler des difficultés d'utilisation ou d'accès à la contraception. Un faible recours, souvent interprété comme la marque d'une bonne couverture contraceptive, peut aussi attester d'un accès plus difficile à l'IVG. La question de l'accès est devenue une préoccupation centrale pour les pouvoirs publics. Un rapport établi fin 2013 pour la ministre de la Santé aborde amplement le problème de l'accès à l'IVG dans certains territoires et des disparités dans le choix ou l'accès aux infrastructures de santé en général (HCE-fh, 2013). En 10 ans, plus de 130 établissements de santé pratiquant l'IVG ont fermé. Le manque de moyens matériels, financiers et humains actuel et à venir du fait des prévisions de départs en retraite de médecins pratiquant des IVG, sans garantie de leur remplacement, laisse craindre une dégradation des conditions d'accès.

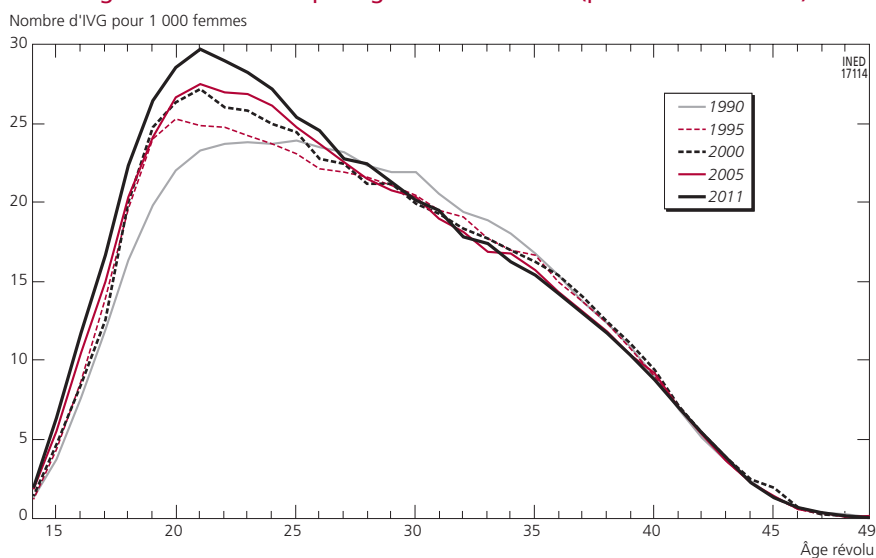
II. Une concentration du recours à l'IVG pendant la période de « jeunesse sexuelle »

Lors des deux dernières décennies, le profil des femmes ayant eu recours à l'IVG s'est légèrement modifié. On note une part de plus en plus importante

(2) Le taux de recours à l'IVG (en 2011) est le plus faible dans les Pays de la Loire, suivi de la Bretagne et du Poitou-Charentes. Le taux le plus élevé est enregistré en Corse, en Île-de-France, Paca, Languedoc-Roussillon, et dans les départements d'outre-mer (Vilain *et al.*, 2013; Vilain et Mouquet, 2014; Moreau *et al.*, 2010), l'outre-mer présente par ailleurs d'autres différences importantes en termes de périnatalité (Blondel et Kermarrec, 2011). Les résultats présentés dans cet article portent sur la France métropolitaine, pour laquelle les indicateurs sont disponibles sur le long terme.

de femmes jeunes, mais la forte croissance des IVG chez les très jeunes femmes (âgées de moins de 18 ans), observée dans les années 1990 et au début des années 2000, s'est ralentie (Prioux et Barbieri, 2012). Le recours à l'IVG se concentre de plus en plus à certains âges (figure 1) : de 19 à 25 ans, les taux d'IVG dépassent 25 %. Ces sept années d'âge contribuent à hauteur de 37 % à l'indicateur synthétique de recours à l'IVG. Les IVG pratiquées avant 31 ans contribuent aux deux tiers de l'indice synthétique. Entre 1990 et 2011, l'âge moyen⁽³⁾ à l'IVG est passé de 28,4 ans à 27,5 ans et l'âge médian de 27,9 ans à 26,5 ans. On note ainsi une concentration des IVG aux âges qui précèdent la période de « forte » fécondité, qui a pour sa part reculé : l'âge moyen à la maternité est passé, sur la même période, de 28,3 ans à 30,1 ans (Mazuy *et al.*, 2014, figure 5 ; tableau annexe A.4). Cette concentration s'est produite de manière concomitante à l'allongement de la période de « jeunesse sexuelle » (Bajos *et al.*, 2013), encadrée par les moments clés de la vie sexuelle et reproductive que sont l'entrée en sexualité et la naissance du premier enfant, avec une période intermédiaire de plus en plus longue de conjugalité sans enfant. La formation du couple est souvent suivie d'une période de vie en couple, sans enfant, qui s'allonge avec le recul continu de l'âge à la première maternité (Robert-Bobée et Mazuy, 2005). Les normes relatives à la procréation, malgré l'assouplissement et la diversification des modes de vie familiale (Déchaux, 2009), restent contraignantes : à l'impératif d'être en couple pour avoir un enfant (et d'être assurée de la stabilité de la relation conjugale et du consensus entre les deux partenaires

Figure 1. Taux d'IVG par âge de 1990 à 2011 (pour 1 000 femmes)



Champ : France métropolitaine.

Source : Calculs des auteur-e-s à partir des données fournies par la Drees et des données issues du recensement.

(3) Calculé à partir des taux par âge.

sur la décision d'être parents) s'ajoutent des normes relatives à l'âge, aux conditions matérielles d'accueil d'un (nouvel) enfant, à l'espacement « idéal » entre deux naissances, etc. Cet ensemble de normes encadre les pratiques contraceptives et reproductives tout au long du cycle de vie reproductive des femmes, et sont aussi présentes lors de la période de « jeunesse sexuelle » des femmes. Même avec une couverture contraceptive forte, le renforcement des normes sur la maîtrise de la fécondité, l'affirmation de l'IVG comme un droit, et l'allongement de la période de « jeunesse » ont conduit à une hausse du recours à l'IVG aux jeunes âges, entre 18 et 25 ans.

Quant à leur activité professionnelle, on observe qu'un cinquième des femmes ayant eu recours à l'IVG sont étudiantes ou élèves (tableau 2). Le public étudiant n'a jamais été ciblé en tant que tel par les grands programmes nationaux d'information (sur la contraception, l'IVG...), alors que les IVG concernent près de 4 % des étudiantes par an. Deux fois sur trois, les femmes ayant une IVG n'ont pas d'enfant ou sont mères d'un enfant unique. Plus de la moitié ne sont pas en couple, fréquence relativement stable au cours du temps. La plupart des IVG sont des premières IVG, proportion qui diminue depuis 2002. On estime que 33 % des femmes y ont recours au moins une fois dans leur vie, selon les conditions observées en 2011 (voir partie IV).

III. Des IVG à 6,5 semaines de grossesse en moyenne

La loi de 2001 a permis d'allonger le délai de grossesse de 10 à 12 semaines de grossesse, soit de 12 à 14 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire un allongement de deux semaines du délai maximal entre la conception et l'IVG. Mais en France métropolitaine, la durée de grossesse à l'IVG, toutes techniques confondues, est restée à peu près stable de 1990 à 2005 et a même connu une légère baisse dans les années récentes (8,4 semaines d'aménorrhée en 2011, contre 8,8 en 1990 et en 2005, soit 6,4 semaines de grossesse contre 6,8). Ce raccourcissement des durées de grossesse au moment de l'IVG est dû notamment à la diffusion de l'IVG médicamenteuse au sein de la population. Le décret du 1^{er} juillet 2004 a permis aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville, jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (noté SA par la suite) soit 5 semaines de grossesse. La circulaire du 6 octobre 2009 a élargi la liste des professionnels pouvant pratiquer des IVG médicamenteuses : les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ainsi que les centres de santé. Il s'agit, dans les objectifs du CSIS (Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale) de compléter l'offre de soins en matière d'IVG sur le territoire.

La technique médicamenteuse, autorisée à l'hôpital depuis 1988, s'est largement diffusée depuis 1990 : 16 % des IVG en 1990 étaient médicamenteuses, 19,6 % en 1997, pour atteindre un peu plus du double huit ans plus tard (44,5 % en 2005). En 2008, la part des interruptions médicamenteuses concerne

Tableau 2. Caractéristiques des femmes au moment de l'IVG (pour 100 IVG)

Caractéristiques	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Âge						
17 ans et moins	3,6	4,2	4,6	6,8	6,7	6,3
18-19 ans	6,8	7,3	7,4	8,6	8,9	8,5
20-24 ans	23,2	23,4	26,3	26,5	26,2	25,6
25-29 ans	23,8	22,4	21,3	20,7	21,8	21,8
30-34 ans	20,7	20,2	19,2	18,0	16,8	17,7
35-39 ans	14,8	15,3	14,0	13,1	13,3	13,5
40-44 ans	6,5	6,4	6,3	5,6	5,7	6,0
45 ans ou plus	0,6	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6
Situation conjugale						
Vit seule	44,1	51,1	54,6	–	–	51,7
Vit en couple	55,9	48,9	45,4	–	–	48,3
Lieu de naissance						
France	82,6	–	–	83,7	84,2	83,7
Étranger	17,4	–	–	16,3	15,8	16,3
Activité professionnelle						
En emploi	51,2	45,3	49,5	47,7	51,9	51,6
Au chômage	10,5	12,9	10,2	11,4	9,2	10,8
Au foyer	19,0	16,6	15,3	14,5	13,3	12,1
Étudiante, élève	14,6	19,8	18,6	19,9	18,8	19,0
Autre	4,7	5,4	6,5	6,5	6,7	6,5
Nombre de naissances antérieures						
0	43,6	45,6	47,5	45,3	45,2	42,8
1	19,6	19,9	20,3	21,2	21,6	22,8
2	20,2	19,5	18,3	19,0	19,0	20,2
3 ou plus	16,6	15,0	13,9	14,5	14,1	14,1
Nombre d'IVG antérieures						
0	77,5	75,3	73,0	66,7	64,6	62,8
1	17,7	19,1	20,7	24,0	25,3	26,6
2	3,6	4,1	4,6	5,9	6,6	7,2
3 ou plus	1,2	1,5	1,7	3,3	3,4	3,5
Ensemble	100	100	100	100	100	100
Effectif	170428	163985	137497	166985	180108	170081
<i>Note</i> : Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.						
<i>Champ</i> : France métropolitaine.						
<i>Source</i> : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.						

la moitié des interruptions (50,3 %) et atteint 55,4 % en 2011, devenant la méthode majoritaire (tableau 3). Celles-ci sont pratiquées principalement à l'hôpital ou en clinique. Toutefois, d'après les données de la Drees, la part des IVG médicamenteuses ayant lieu en cabinet de ville augmente, passant de 5 % en 2005 à 19 % en 2008 et 23 % en 2011 (données issues de Vilain, 2013). La part des IVG médicamenteuses prises en charge dans les centres de santé ou les CPEF reste très faible (1 % en 2011).

Tableau 3. Durée moyenne d'aménorrhée à l'IVG selon la technique utilisée 1990-2011

Année	Nombre de semaines d'aménorrhée (moyenne)			Part des interruptions médicamenteuses (%)
	Interruption chirurgicale	Interruption médicamenteuse	Toutes interruptions	
1990	9,1	7,2	8,8	16,0
1991	9,0	7,1	8,7	13,9
1992	8,9	7,1	8,7	11,3
1993	8,9	7,2	8,8	14,5
1994	8,9	7,1	8,7	15,1
1995	9,0	7,2	8,7	16,4
1996	9,1	7,3	8,8	18,5
1997	9,1	7,3	8,7	19,6
2002	9,9	7,7	9,1 ^(a)	35,6 ^(a)
2005	10,0	7,2	9,3 ^(b)	44,5 ^(b)
2006	10,0	7,2	9,2 ^(b)	47,6 ^(b)
2007	10,0	7,2	9,1 ^(b)	48,9 ^(b)
2008	10,1	7,2	9,1 ^(b)	50,3 ^(b)
2009	10,1	7,2	9,1 ^(b)	51,9 ^(b)
2010	10,2	7,3	8,6 ^(b)	54,3 ^(b)
2011	10,0	7,1	8,4 ^(b)	55,4 ^(b)

(a) La durée moyenne d'aménorrhée pour l'ensemble des interruptions a été redressée sur la base des effectifs exhaustifs d'interruptions chirurgicales et médicamenteuses par secteur hospitalier de la SAE 2002. La part des interruptions médicamenteuses est également issue de la SAE 2002.

(b) De 2005 à 2011, nous utilisons pour le calage sur marge les répartitions publiées par la Drees selon le secteur (public ou privé), le type d'intervention (chirurgicale ou médicamenteuse) et l'âge de la femme (SAE), CNAM-TS 2011.

Note : Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les interruptions médicales de grossesse (IMG).

Champ : France métropolitaine.

Sources : Ined, SAE, Drees et calculs des auteur-e-s.

La durée moyenne de grossesse dans le cas des IVG médicamenteuses est plus courte que pour les interruptions chirurgicales. Selon l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)⁽⁴⁾, la technique médicamenteuse est déconseillée au-delà de 7 SA et seules les techniques chirurgicales sont recommandées après 10 SA. La durée moyenne de grossesse, dans le cadre de la technique médicamenteuse est restée stable au cours du temps (7,2 SA en 1990, 7,2 en 2005 et 7,1 en 2011, soit à peine plus de 5 semaines de grossesse)⁽⁵⁾. Une exception toutefois en 2002 où la durée de grossesse des IVG médicamen-

(4) En 2004, l'Anaes a été regroupée, avec d'autres agences, au sein de la Haute autorité de santé.

(5) La durée de grossesse en semaines est estimée directement à partir des réponses à la question sur la durée de gestation en semaines d'aménorrhée, ou calculée par différence entre le jour de l'intervention et le jour des dernières règles, selon l'information disponible dans les bulletins (annexe A.1). En 2011, la durée d'aménorrhée est demandée en semaines et en jours, et les données sont cohérentes avec l'hypothèse selon laquelle les durées en semaines sont fournies par les professionnels en « semaines révolues ». Pour les durées moyennes nous avons donc rajouté une demi-semaine aux réponses directes (considérant que les IVG « à x semaines » ont eu lieu entre « x semaines et 0 jour » et « x semaines et 7 jours »).

teuses est plus longue, probablement en raison d'un effet conjoncturel lié à une publication de l'Anaes en 2001 dans laquelle la technique y était recommandée jusqu'à la neuvième semaine (Rossier *et al.*, 2009).

En parallèle, la durée moyenne de grossesse, pour les IVG chirurgicales, augmente de presque une semaine entre 1997 et 2002, passant de 9,1 à 9,9 semaines d'aménorrhée (8 semaines de grossesse), la méthode médicamenteuse ayant remplacé une partie des interventions chirurgicales des premières semaines de grossesse. Les IVG précoces sont de moins en moins souvent chirurgicales, la technique médicamenteuse étant privilégiée pour ces durées : sur l'ensemble des IVG chirurgicales, 13,7 % ont eu lieu à moins de 8 SA (6 semaines de grossesse) en 2011 contre 18 % en 2002 et 29 % en 1997 (tableau 4). Depuis 2002, la tendance est quasi stable avec une durée moyenne qui plafonne à 10,2 SA en 2010 (tableau 3). L'allongement précédemment observé s'explique par l'augmentation des IVG ayant lieu à plus de 12 SA suite à la loi de 2001 autorisant les IVG jusqu'à 14 SA (Rossier *et al.*, 2009). Ces IVG tardives, pratiquées à plus de 12 SA, concernaient 8 % des IVG chirurgicales en 2002 contre 1,9 % en 1997 (qui correspondaient à cette date, sauf erreur de codage, à des IVG pour raisons médicales). Ce chiffre est resté stable par la suite : 7,4 % en 2005 et 7,8 % en 2011, même si on observe en 2011 une légère baisse de ces IVG à plus de 13 SA (tableau 4). Les IVG à ces durées restent toutefois très minoritaires.

Tableau 4. Répartition des IVG par durée d'aménorrhée selon la technique utilisée (%), 1997-2011

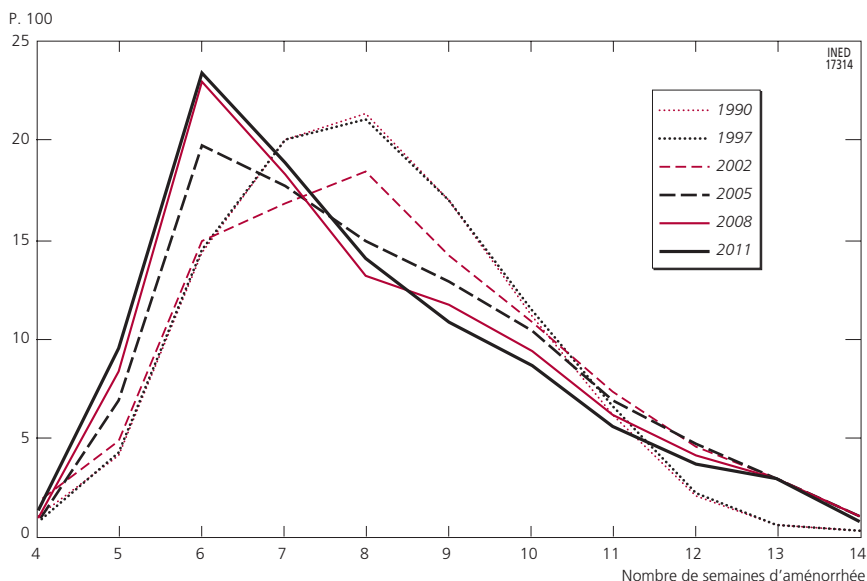
Nombre de semaines d'aménorrhée	Interruption médicamenteuse					Interruption chirurgicale				
	1997	2002	2005	2008	2011	1997	2002	2005	2008	2011
4	1,8	3,0	1,5	1,8	2,1	0,6	1,1	0,2	0,2	0,3
5	14,0	11,4	15,0	15,9	16,2	1,9	1,2	0,7	0,6	1,2
6	41,4	34,5	41,9	42,7	39,6	8,0	4,2	2,9	2,8	3,1
7	26,4	26,3	28,6	27,5	26,6	18,5	11,5	9,5	9,0	9,1
8	7,6	11,6	7,1	6,8	10,0	24,3	22,1	20,8	19,6	19,1
9	3,5	4,4	2,0	1,9	2,5	20,4	19,6	21,2	21,8	21,4
10	2,0	2,6	0,8	0,8	1,0	13,7	15,5	17,7	18,0	18,1
11	1,1	1,7	0,5	0,5	0,5	8,0	10,4	11,7	11,9	11,8
12	0,4	1,1	0,4	0,4	0,4	2,7	6,5	7,9	7,9	7,9
13	0,2	0,8	0,4	0,4	0,3	0,7	4,3	4,9	5,5	6,0
14	0,1	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	1,3	1,8	2,1	1,6
> 14	1,5	2,4	1,5	1,3	0,7	0,9	2,4	0,7	0,6	0,2
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Effectif ^(a)	40 572	73 548	91 894	84 838	116 025	166 428	133 048	114 417	103 982	93 266

(a) Les effectifs sont calculés à partir de la part des IVG médicamenteuses des bulletins et de l'effectif total des bulletins corrigé pour le sous-enregistrement pour 1997, et de la part des IVG médicamenteuses et des effectifs totaux de la SAE pour 2002 et de la Drees pour 2005 à 2011.
Note : les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Ined, SAE, Drees et calculs des auteur·e·s.

La répartition des IVG selon la durée de grossesse entre les années 1990 et 2011 s'est modifiée (figure 2). Dans un premier temps, on remarque une courbe de forme similaire pour les années 1990, 1997 et 2002 avec un pic à huit semaines d'aménorrhée (6 semaines de grossesse). En 2002, la loi de 2001 a un léger impact sur la courbe qui s'étale régulièrement vers des durées de grossesse plus longues qu'en 1997. L'allongement des délais aurait ainsi permis aux services de mieux répartir dans le temps les interruptions et pas forcément de gérer les demandes tardives des femmes ayant dépassé le délai légal (Rossier *et al.*, 2009). Dans un second temps, de 2005 à 2011, on observe un pic à des durées plus courtes (6 SA) et au-delà un étalement régulier jusqu'à 14 SA (figure 2). En 2011, le mode de la répartition des IVG à 6 SA est encore plus marqué (23,4 %) qu'en 2008 (22,9 %) et 2005 (20 %). Cela est en partie lié à l'utilisation de plus en plus fréquente de la technique médicamenteuse.

Depuis 1990, les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG précoce ou tardive ont peu changé. Ce sont toujours les femmes les plus jeunes, au chômage (ou sans activité professionnelle déclarée) ou au foyer, sans enfant ou avec un seul d'enfant, qui ont recours à l'avortement le plus tardivement (tableau 5). Inversement, ce sont les femmes les plus âgées, occupant un emploi et ayant déjà eu au moins deux enfants qui ont recours à l'IVG en début de grossesse. Les délais sont par contre identiques quel que soit le statut conjugal (en couple ou non), le pays de naissance (France ou étranger), ou le rang de l'IVG (première ou pas).

Figure 2. Répartition des IVG selon le nombre de semaines d'aménorrhée (%), 1990-2011



Note : les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

Champ : France métropolitaine.

Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

Les différences de délais de recours observées traduisent sans doute des différences d'accès à l'IVG : les femmes dans des situations précaires ou plus inexpérimentées face aux démarches administratives et médicales auraient plus de difficultés d'accès aux services d'IVG, ce qui se traduirait par des délais plus longs (Rossier *et al.*, 2009). On peut supposer que la proximité des infrastructures médicales et les contraintes d'offre locales jouent également un rôle (Vilain *et al.*, 2010).

Tableau 5. Durée moyenne d'aménorrhée à la date de l'IVG selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes, France métropolitaine, 1990-2011

Caractéristiques	Durée moyenne d'aménorrhée (nombre de SA)					
	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Âge						
17 ans et moins	9,3	9,0	9,3	8,9	9,0	8,8
18-19 ans	9,2	9,0	9,4	9,0	8,9	8,7
20-24 ans	9,0	8,9	9,2	8,8	8,7	8,5
25-29 ans	8,8	8,7	9,0	8,6	8,6	8,3
30-34 ans	8,6	8,6	8,9	8,5	8,5	8,2
35-39 ans	8,4	8,5	8,9	8,6	8,5	8,2
40-44 ans	8,4	8,5	8,8	8,5	8,5	8,2
45 ans ou plus	8,4	8,6	8,9	8,2	8,1	7,9
Situation conjugale						
Vit seule	8,9	8,7	9,1	–	–	8,4
Vit en couple	8,7	8,7	9,1	–	–	8,3
Lieu de naissance						
France	8,8	–	–	8,7	8,6	8,4
Étranger	8,6	–	–	8,7	8,7	8,4
Activité professionnelle						
Occupe un emploi	8,6	8,6	9,0	8,5	8,5	8,2
Au chômage	9,1	8,9	9,2	8,9	8,8	8,6
Au foyer	8,9	8,9	9,3	8,8	8,8	8,5
Étudiante, élève	8,9	8,7	9,1	8,7	8,7	8,4
Autre	9,0	8,9	9,3	8,9	9,1	8,8
Nombre de naissances antérieures						
0	8,9	8,8	9,2	8,7	8,7	8,4
1	8,8	8,8	9,2	8,8	8,7	8,4
2	8,6	8,6	8,9	8,5	8,5	8,2
3 ou plus	8,8	8,7	9,1	8,7	8,6	8,3
Nombre d'IVG antérieures						
0	8,8	8,7	9,1	8,7	8,7	8,4
1	8,8	8,7	9,1	8,7	8,6	8,3
2	8,8	8,8	9,1	8,7	8,6	8,3
3 ou plus	8,7	8,7	9,2	8,6	8,7	8,3
Ensemble	8,8	8,7	9,1	8,7	8,6	8,4

Note : les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.
Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

Les variations de la durée d'aménorrhée en fonction des caractéristiques des femmes restent en général similaires d'une année à l'autre entre 1997 et 2011 (tableau 5).

La diminution des durées de grossesse depuis 2002 tient à la fois à une augmentation des IVG précoces (7 SA ou moins, soit 5 semaines de grossesse ou moins) et à une diminution des IVG tardives (11 SA ou plus, soit moins de trois semaines avant le délai légal). La proportion d'IVG précoces passe de 39 % à 53 % entre 2002 et 2011, tandis que celle des IVG tardives diminue, passant de 18 % à 14 %. Ces tendances sont très homogènes dans la population et concernent tous les groupes de femmes (tableau 6). Les différences de durée moyenne de grossesse décrites dans le tableau 5 se retrouvent dans le tableau 6 : les groupes de femmes dont les délais moyens avant l'IVG sont plus courts sont ceux qui ont plus souvent des IVG précoces et moins souvent des IVG tardives. Aucun groupe n'apparaît très hétérogène, avec à la fois des IVG précoces et tardives. La tendance au raccourcissement des délais, au fil du temps, est générale : les IVG sont plus souvent précoces et moins souvent tardives pour tous les groupes de femmes (tableau 6).

IV. Moins de femmes ont recours à l'IVG, mais plus souvent de façon répétée

Entre 1976 et 1990, la fréquence du recours à l'IVG a diminué, passant de 0,66 à 0,49 IVG par femme (nombre moyen d'IVG au cours de la vie), avant d'augmenter légèrement pour atteindre 0,53 IVG par femme en 2011 (tableau 1). Le nombre moyen de 0,5 IVG par femme peut correspondre à des situations très différentes. En l'absence d'IVG répétées, la moitié des femmes ont recours à l'IVG une fois dans leur vie ; si les femmes qui ont recours à l'IVG y ont recours deux fois dans leur vie en moyenne, un nombre moyen de 0,5 IVG par femme signifie qu'un quart des femmes y ont recours, en moyenne deux fois. Une autre situation possible, proche de la situation actuelle, est qu'un tiers des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie, et celles qui y ont recours le font en moyenne 1,5 fois.

La proportion d'IVG répétées (au sens où les femmes ont déjà eu recours à l'IVG antérieurement) et la répartition des IVG selon le nombre d'IVG précédentes peuvent être estimées d'après les bulletins (BIG), et extrapolées pour les années où l'information manque (bulletins non saisis), après correction des données pour certaines années (annexe A.2).

Depuis 1975, la proportion d'IVG répétées augmente de façon continue (figure 3). Dans les années 1970, les IVG répétées représentaient moins d'une IVG sur dix, mais les IVG pouvaient avoir été précédées d'un ou plusieurs avortements réalisés hors du cadre de la loi, avant sa promulgation en 1975, et non déclarés dans les bulletins. Après 1980, la part des IVG répétées a

Tableau 6. Proportion d'interruptions précoces et tardives selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes, France métropolitaine, 1990-2011

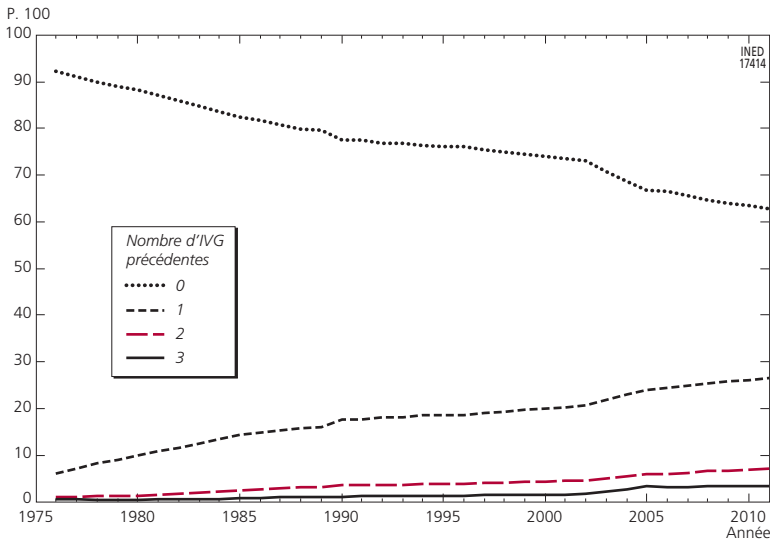
Caractéristiques	Proportion d'interruptions précoces (≤ 7 SA) (%)						Proportion d'interruptions tardives (≥ 11 SA) (%)					
	1990	1997	2002	2005	2008	2011	1990	1997	2002	2005	2008	2011
Âge												
17 ans et moins	28,8	33,5	32,7	41,6	40,6	43,7	15,8	14,2	21,3	19,6	20,5	18,1
18-19 ans	29,4	32,5	32,0	41,0	41,9	46,1	15,5	13,5	21,7	19,6	19,5	17,1
20-24 ans	32,6	34,9	34,9	44,8	46,3	50,4	13,4	12,6	19,5	16,9	17,1	14,9
25-29 ans	37,8	39,1	38,1	48,4	50,8	54,7	10,8	10,9	17,0	14,7	14,9	12,8
30-34 ans	42,7	42,3	40,7	50,1	51,7	56,9	8,9	9,3	15,7	13,7	13,9	11,6
35-39 ans	46,0	44,2	41,1	48,3	51,8	57,0	7,5	7,9	14,5	13,5	13,1	11,1
40-44 ans	47,1	44,1	41,0	49,5	52,3	56,9	7,3	7,8	13,2	12,6	13,0	11,5
45 ans ou plus	44,6	41,4	44,7	55,5	60,2	61,4	7,3	8,2	14,4	9,0	11,0	10,1
Situation conjugale												
Vit seule	35,9	37,7	36,6	-	-	50,4	12,2	11,4	18,4	-	-	14,8
Vit en couple	40,8	40,8	38,8	-	-	54,2	9,7	9,9	16,6	-	-	12,5
Lieu de naissance												
France	38,2	-	-	47,1	48,7	53,1	11,1	-	-	15,6	15,6	13,5
Étranger	39,8	-	-	45,8	47,5	52,5	9,3	-	-	15,6	15,5	13,5
Activité professionnelle												
Occupe un emploi	42,0	42,8	40,1	50,2	51,7	56,5	9,3	8,9	15,8	13,5	14,0	11,7
Au chômage	32,5	35,2	34,9	41,8	44,9	48,6	13,8	12,7	20,2	19,0	18,0	16,1
Au foyer	36,3	36,3	35,0	44,1	46,5	50,9	11,6	12,0	18,9	17,0	17,2	14,9
Étudiante, élève	35,6	38,2	37,3	46,5	46,4	50,3	11,9	11,0	18,1	15,9	16,4	14,2
Autre	33,9	33,6	33,4	41,6	40,5	44,5	12,9	13,6	20,3	18,8	20,4	18,0
Nombre de naissances antérieures												
0	36,9	38,3	36,7	46,7	47,8	51,5	11,8	11,4	18,4	16,4	16,5	14,4
1	38,4	39,0	37,2	46,7	48,4	53,5	11,0	11,4	18,6	16,4	16,1	14,0
2	43,0	42,0	40,2	49,5	51,7	56,2	8,9	8,8	15,4	13,3	13,6	11,5
3 ou plus	37,2	38,0	37,3	45,3	48,2	52,9	10,6	10,0	16,7	15,9	15,1	12,9
Nombre d'IVG antérieures												
0	38,3	39,2	37,7	47,0	48,9	53,0	11,0	10,7	17,5	15,8	15,6	13,3
1	38,9	39,2	37,2	46,9	48,4	53,3	10,3	10,7	17,9	15,7	16,2	13,7
2	38,6	37,3	37,1	45,5	48,3	53,2	11,1	11,2	18,7	16,2	15,7	13,7
3 ou plus	38,9	37,3	36,2	46,4	47,3	53,4	9,9	10,4	19,3	15,5	16,1	13,7
Ensemble	39,5	39,7	38,7	47,5	49,1	53,1	11,0	10,8	18,2	15,8	15,9	13,5

Note : les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.
Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

poursuivi sa progression, et les IVG de rang 3 ou plus (précédées de 2 IVG ou davantage) deviennent également plus fréquentes, jusqu'à représenter 29 % des IVG répétées en 2011.

À partir de la répartition des IVG selon le rang, à chaque âge et pour chaque année, on peut décomposer l'indicateur conjoncturel en nombres moyens de

Figure 3. Répartition des IVG selon le nombre d'IVG précédentes et l'année (%)



Note : les chiffres des années 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2004 ont été interpolés. Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

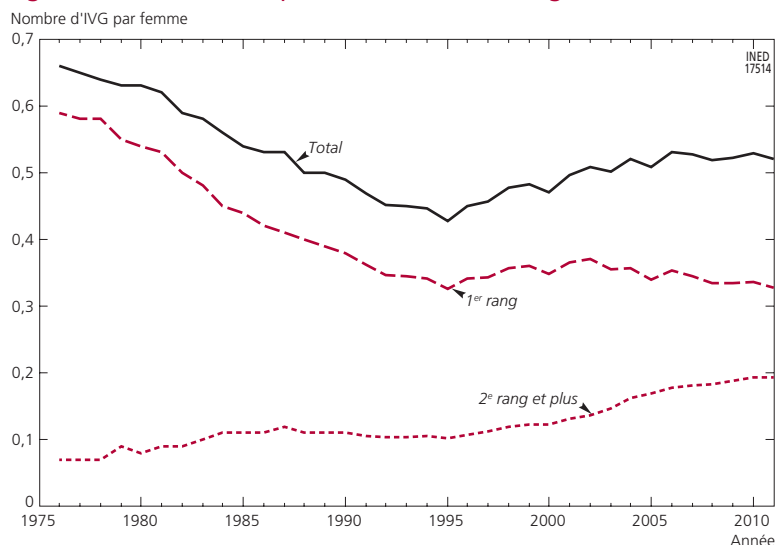
Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

premières IVG et d'IVG répétées par femme (figure 4). D'après cette estimation, le nombre de premières IVG par femme est de 0,33, ce qui signifie que 33 % des femmes ont recours à l'IVG au cours de leur vie ; le nombre d'IVG répétées atteint 0,21 en 2011.

La hausse de la part des IVG répétées s'observe pour toutes les catégories de femmes telles que décrites dans le tableau 2 ; une telle hausse homogène avait déjà été observée entre 2002 et 2007 par Bajos, Prioux et Moreau (2013).

Malgré le remplissage incomplet du BIG (annexe A.2), le rétablissement de l'information sur l'année de l'IVG précédente permet de mesurer plus précisément la fréquence et le rythme des IVG répétées. Après le recours à une première IVG, 28 femmes sur 1 000 ont à nouveau recours à l'IVG dans l'année (ce qui représente un taux annuel de 56 ‰) et 72 ‰ dans l'année suivante (figure 5). Le taux diminue ensuite rapidement, et devient inférieur à 20 ‰ 9 ans après l'IVG. Les taux sont plus faibles après une deuxième IVG (57 ‰ dans l'année qui suit une deuxième IVG), la baisse des taux avec la durée étant très similaire à celle qui suit une première IVG. Après une IVG de rang 3 et, de manière encore plus prononcée, après une IVG de rang 4 ou plus, les taux sont élevés juste après l'IVG et diminuent ensuite plus rapidement. Certaines femmes sont exposées, à certains moments de leur vie, à des situations dans lesquelles la probabilité de recourir à une IVG est forte, et cela se vérifie d'autant plus que les femmes ont déjà eu recours plusieurs fois à l'IVG. La durée médiane entre deux IVG est courte : la moitié des deuxièmes IVG ont lieu dans les trois ans et demi qui

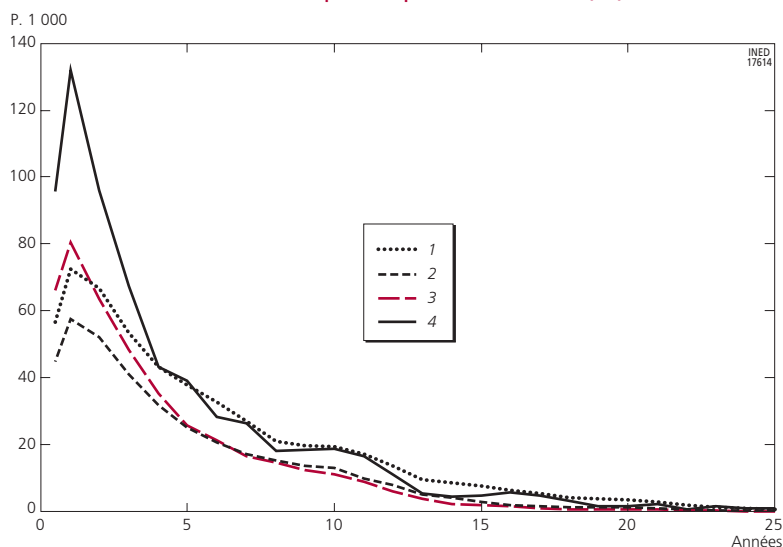
Figure 4. Nombre d'IVG par femme, selon le rang de l'IVG et l'année



Note : sur ce graphique nous avons adopté les estimations de la Drees pour le nombre moyen d'IVG par femme à partir de 1991 (Vilain, 2014). Avec les estimations de l'Ined (tableau 1), la progression des IVG répétées est plus régulière sur la période, et la stagnation des IVG de rang 2 ou plus entre 1985 et 1995 est moins apparente. Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

Figure 5. Taux de recours à l'IVG selon le nombre d'IVG antérieures et la durée depuis la précédente IVG (%)



Note : taux de deuxième catégorie, calculés comme le rapport des IVG de rang $(r+1)$ à la durée d , au nombre d'IVG de rang r l'année $(2011-d)$. Le taux de la première année, à la durée 0,5 (deux IVG la même année) a été doublé pour être présenté en dimension annuelle. Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

suivent l'IVG précédente. La durée médiane entre deux IVG diminue ensuite avec le nombre d'IVG antérieures : 3,1 ans avant une troisième IVG et moins de 2,5 ans avant une IVG de rang supérieur. Tous rangs confondus, un quart des IVG répétées ont lieu dans l'année et demie qui suit l'IVG précédente, les trois quarts dans les 7 ans.

La mesure de la probabilité d'un nouveau recours à l'IVG en tenant compte non seulement de la durée depuis l'IVG précédente mais aussi de l'âge à l'IVG précédente ne modifie qu'à la marge les probabilités, les effets de l'âge à l'IVG précédente et du nombre d'IVG antérieures s'ajoutant simplement. La probabilité de recourir pour une première fois à l'IVG est estimée à 33 % d'après l'indice conjoncturel. Après une première IVG, la probabilité d'une nouvelle IVG est estimée à 41 %. Après deux ou trois IVG, les probabilités sont un peu plus faibles, entre 30 % et 32 % (tableau 7). La durée moyenne entre deux IVG est de 5 ans après la première, les IVG répétées après deux ou trois IVG précédentes sont un peu plus rapprochées. Comme la probabilité de recourir à une IVG ultérieure dépend fortement de l'âge à la précédente IVG, les âges moyens dépendent ensuite assez peu du rang de l'IVG, par comparaison avec la durée moyenne entre deux IVG : tous rangs confondus, les IVG ont lieu en moyenne à 27,7 ans ; les premières IVG ont lieu en moyenne à 26,7 ans, contre 30,6 ans pour les IVG de rang 3 ou plus.

Tableau 7. Probabilité d'une IVG ultérieure, âge moyen à l'IVG et durée entre deux IVG en 2011

Nombre d'IVG antérieures	Probabilité d'une IVG ultérieure (%)	Âge moyen à l'IVG (années)	Durée depuis l'IVG antérieure (années)
0	33,3	26,7	–
1	40,7	28,8	5,1
2	30,0	30,2	4,6
3 ou plus	32,2	30,6	3,8

Note : Âge moyen à l'IVG d'après les taux par âge et rang ; durée entre deux IVG d'après les taux par durée et rang.
Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

En raison des lacunes et imperfections des données, on ne peut estimer précisément les probabilités de recourir de manière répétée à l'IVG pour les années entre 2002 et 2011, mais l'estimation de 2011 vient prolonger la tendance observée à partir des estimations déjà faites pour 1980, 1990 et 2002 (Rossier *et al.*, 2009). Les IVG répétées deviennent plus fréquentes. La stabilité du recours global à l'IVG résulte donc de deux mouvements opposés : d'une part la proportion de femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie diminue ; d'autre part, la probabilité de recourir à nouveau à l'IVG après une première IVG augmente depuis 2002. Les résultats de 2011 prolongent les évolutions observées depuis 30 ans (tableau 8), mais les probabilités d'une IVG ultérieure après 2 ou 3 IVG, qui étaient stables entre 1980 et 2000, ont fortement augmenté depuis.

Tableau 8. Probabilité de recourir au cours de sa vie à une IVG, selon le nombre d'IVG antérieures et l'année (%)

Nombre d'IVG antérieures	Année de l'IVG			
	1980	1990	2002	2011
0	54	38	38	33
1	15	18	28	41
2	22	22	23	30
3 ou plus	28	28	25	32

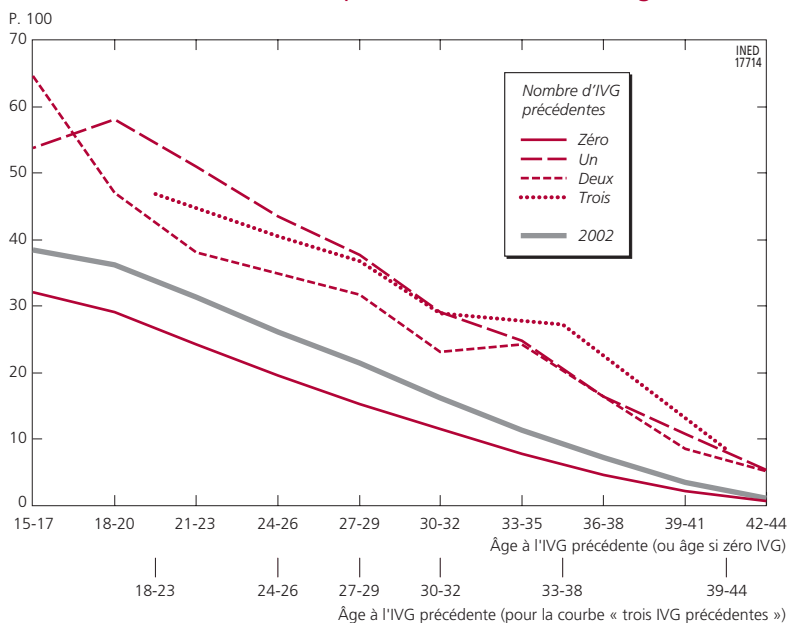
Sources : 1980, 1990 et 2002 : Rossier *et al.*, 2009. Les conditions de 1980 et 1990 ont été estimées respectivement à partir des cohortes d'avortements de 1976 et 1985. 2011 : modèle selon l'âge et la durée depuis l'IVG précédente. Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

Dans les années 1980 et 1990, la probabilité, à un âge donné, de recourir à nouveau à une IVG était plus faible que celle d'une première IVG pour les femmes n'y ayant pas encore eu recours : l'expérience d'une l'IVG était parfois l'occasion d'accéder à des méthodes plus efficaces de contraception. À cet effet d'« apprentissage » s'ajoutait un effet de « sélection » : un groupe limité de femmes sans contraception efficace avaient recours de manière récurrente à l'IVG, ce qui entraînait une hausse des taux de recours à l'IVG selon le nombre d'IVG antérieures (Blayo, 1995). En 2002, la probabilité à un âge donné de recourir à une IVG ne dépendait plus du nombre d'IVG antérieures, marquant l'effacement de ces effets d'apprentissage et de sélection (Rossier *et al.*, 2009). Le recours à l'IVG variait alors avec les circonstances de la vie sexuelle et affective, mais aussi économique et sociale, sans relation forte avec les antécédents éventuels d'IVG. La loi de 2001 avait affirmé le droit des femmes à recourir à l'IVG et amélioré les conditions d'accès, marquant une certaine banalisation du recours à l'IVG comme un recours possible en cas de grossesse non prévue. En 2002, la probabilité d'avoir recours à une IVG après 25 ans était de 26 %, sans variation selon le nombre d'IVG antérieures. Entre 2002 et 2011, la probabilité d'un premier avortement a diminué à tous les âges (figure 6), mais la probabilité d'un deuxième avortement a fortement augmenté : après une première IVG vers 25 ans, plus de quatre femmes sur dix (44 %) auraient à nouveau recours à une IVG d'après les taux de 2011, contre 20 % des femmes n'ayant pas eu d'IVG avant 25 ans. Après deux IVG ou davantage, les probabilités d'une IVG ultérieure sont un peu plus faibles qu'après une première IVG. Plus généralement, la probabilité de recourir à une IVG est plus forte en 2011 pour les femmes y ayant déjà eu recours une fois que pour les femmes n'y ayant pas eu recours à des âges plus jeunes⁽⁶⁾.

La Drees a réalisé en 2007 une enquête auprès des femmes ayant eu recours à une IVG (Vilain *et al.*, 2011). Dans cette enquête, les femmes ayant recours à une IVG pour la deuxième fois ou davantage ont déclaré plus souvent que les autres qu'elles utilisaient une contraception au moment où elles sont devenues

(6) Ce résultat reste vrai même sous l'hypothèse extrême selon laquelle les IVG pour lesquelles l'information sur les IVG antérieures manque en 2011 seraient toutes des premières IVG.

Figure 6. Probabilité d'un avortement supplémentaire selon le nombre d'IVG précédentes en 2011 et l'âge (%)



Note : la courbe « 2002 » présente la probabilité d'une première IVG selon l'âge en 2002, sachant que cette probabilité ne dépendait alors pratiquement pas du nombre d'IVG précédentes : en 2002 les courbes décrivant la probabilité d'une IVG ultérieure selon le nombre d'IVG précédentes étaient presque confondues (Rossier *et al.*, 2009). Les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.

Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

enceintes (Bajos *et al.*, 2013). L'enquête a permis d'identifier des groupes de femmes ayant plus que les autres recours à des IVG répétées (femmes n'ayant pas de mutuelle, femmes nées en Afrique subsaharienne), mais sans rapport avec la pratique contraceptive. Face à des situations affectives ou sociales pour lesquelles le risque de grossesse non prévue est important, Bajos *et al.* (2013) font l'hypothèse que les femmes ayant recours à l'IVG n'ont pas bénéficié de conseils pour changer leur méthode contraceptive, notamment si elles utilisaient déjà la pilule avant leur grossesse, alors que le recours à l'IVG est en lui-même l'indication de la faible efficacité pratique de leur contraception.

La proportion de femmes ayant recours plus d'une fois à l'IVG reste faible en France (14 %, tableau 9), mais les évolutions constatées au cours des dix dernières années montrent que les situations dans lesquelles les femmes sont confrontées au risque de grossesse non souhaitée augmentent : recul de l'âge à la mise en couple et à la première naissance, relations sexuelles sans vie en couple, situation économique fragile (Bajos *et al.*, 2013). Depuis les années 1970, la diffusion des méthodes efficaces de contraception a permis de diminuer la fréquence des grossesses non souhaitées mais, en cas de grossesse non prévue, le recours à l'IVG est plus fréquent, et finalement le recours à l'IVG n'a pas baissé (Bajos *et al.*, 2004). L'avortement est une solution pour éviter une

naissance non souhaitée, devenu un droit plus qu'un « dernier recours ». Entre 2002 et 2011, il est probable que ces situations pour lesquelles le risque de recours à l'IVG est élevé sont devenues plus durables, ou que certaines femmes se retrouvent plusieurs fois dans ces situations de transition, et donc plus fréquemment au cours de leur vie face à une grossesse non souhaitée. La disparition de l'obligation d'entretien préalable à l'IVG, si elle a simplifié les parcours vers le recours à l'IVG, a entraîné une raréfaction des entretiens avant et après l'IVG, qui devraient être systématiquement proposés mais ne le sont que rarement (CSIS, 2011) ; ces entretiens peuvent être l'occasion pour les médecins de proposer aux femmes une contraception mieux adaptée à leur situation. Tous ces facteurs pourraient expliquer que certaines femmes soient, plus que par le passé, en situation de recourir plusieurs fois à l'IVG, tandis que la part des femmes n'ayant jamais recours à l'IVG augmente par ailleurs.

Tableau 9. Répartition des femmes selon le nombre de recours à une IVG au cours de la vie (%)

Nombre d'IVG	Année			
	1980	1990	2002	2011
0	46,0	62,0	61,6	66,7
1	45,9	31,1	27,8	19,7
2	6,3	5,3	8,2	9,5
3 ou plus	1,8	1,5	2,4	4,1

Note : les chiffres des bulletins incluent les IVG et les IMG.
Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s d'après le tableau 8.

Vue d'ensemble

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse s'établit à 209 000 en France en 2011 ; après une baisse jusqu'au milieu des années 1990, puis une légère augmentation jusqu'au milieu des années 2000, le nombre des IVG s'est stabilisé, de même que l'indicateur synthétique de recours à l'IVG s'est stabilisé à 0,53 IVG par femme.

Cette stabilité du recours à l'IVG s'accompagne de trois évolutions majeures. Tout d'abord, le recours à l'IVG est moins fréquent après 25 ans, tandis que les jeunes femmes (âgées de 18 à 25 ans) y ont de plus en plus souvent recours (les IVG chez les mineures n'augmentent, pour leur part, plus autant que par le passé). Avec le retard des premières naissances et la fragilité économique accrue des jeunes, les jeunes femmes sont plus qu'avant dans des situations où elles ne souhaitent pas mener à terme une grossesse non prévue.

La loi de 2001 a facilité l'accès à l'IVG et allongé la durée de grossesse légale avant recours à une IVG, de 10 à 12 semaines de grossesse, soit de 12 à 14 semaines d'aménorrhée. Une augmentation conjoncturelle des délais moyens avant l'IVG a été observée en 2002, mais depuis, les durées de grossesse ont

repris leur baisse, passant de 9,1 semaines d'aménorrhée en moyenne en 2002 à 8,4 en 2011. Cet accès plus rapide à l'IVG concerne tous les groupes de la population, et s'explique par la diffusion des IVG médicamenteuses qui ont lieu plus rapidement : en 2011 plus de 55 % des IVG sont médicamenteuses, alors qu'elles n'étaient que 36 % en 2002.

Enfin, la stabilité du recours à l'IVG entre 2002 et 2011 (0,51 ou 0,52 IVG par femme au cours de la vie) résulte de deux mouvements inverses. D'une part, la proportion de femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie diminue de 38 % à 33 %. D'autre part, la probabilité d'une deuxième IVG augmente de 28 % à 41 %. En 2002, la probabilité, à chaque âge, d'une IVG ultérieure ne dépendait pas des antécédents éventuels d'IVG, tandis qu'en 2011 les femmes ayant eu récemment une IVG ont une probabilité plus importante d'y recourir à nouveau.

Après la loi de 2001, Rossier *et al.* (2009) évoquaient la banalisation du recours à l'IVG, qui s'inscrit aujourd'hui dans les droits reproductifs des femmes et se traduisait en 2002 par un recours à l'IVG qui variait selon des facteurs économiques et sociaux. Ces situations étaient repérées par des délais en moyenne plus longs avant l'IVG. Une enquête menée par la Drees en 2007 auprès de femmes ayant eu recours à l'IVG avait confirmé et précisé ces différences sociales et des situations de transition : les femmes ayant recours à l'IVG sont plus souvent seules et sans situation professionnelle stable (Vilain, 2011).


En 2011, l'augmentation des IVG répétées traduit la fréquence accrue, pour certaines femmes, des situations dans lesquelles elles sont exposées au risque d'une grossesse non souhaitée sans vouloir la mener à terme. L'inclusion de l'année de l'IVG précédente dans les bulletins de 2011 permet de mieux décrire ces IVG répétées qui sont souvent rapprochées. D'après l'enquête de 2007, les femmes qui ont recours à une IVG répétée utilisaient plus que les autres la pilule avant l'IVG (Bajos *et al.*, 2013) et n'avaient pas anticipé le risque d'une nouvelle grossesse non souhaitée, ce qui se traduit par l'absence d'utilisation de la pilule du lendemain (Vilain, 2011). Un effort d'information sur l'ensemble des méthodes de contraception pourrait améliorer la protection de ces femmes. Cette augmentation des IVG répétées traduit probablement aussi le fait que le recours à l'IVG est un « risque » parmi d'autres auxquels sont confrontées les femmes à certains moments de leur vie.



ANNEXES

Annexe A.1. Les Bulletins d'IVG - version 2011 et versions antérieures

Bulletin utilisé à partir de 2011



N° 12312*03
Ce modèle Cerfa a cours
également en bleu

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

**BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

Article L. 2212-10 du Code de la santé publique
Article 5 de la convention type prévue à
l'article R. 2212-9 du même code.

Cachet de l'établissement

*Ce bulletin
ne doit faire
aucune mention de
l'identité
de la femme*

À remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical, sauf réintervention chirurgicale à la suite d'un échec d'IVG médicamenteuse.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

<input type="checkbox"/> Département	<input type="checkbox"/> Lieu de l'acte médical	LI	<input type="checkbox"/> Statut de l'établissement
DEP	Hôpital ou clinique <input type="checkbox"/> 1		ST
Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976	Cabinet de gynécologie <input type="checkbox"/> 2		avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte. Ne concerne que les items 1, 2 et 3 du lieu de l'acte médical
	Cabinet de généraliste ou autre <input type="checkbox"/> 3		Public <input type="checkbox"/> 1
	Centre de planification ou d'éducation familiale ... <input type="checkbox"/> 4		Privé à but non lucratif <input type="checkbox"/> 2
	Centre de santé <input type="checkbox"/> 5		Privé à but lucratif <input type="checkbox"/> 3

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME


<input type="checkbox"/> Date de naissance	DATNAI
mois année	
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de naissance	LNAIS
<small>(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, COM (ex-TOM) = 098 Etranger: Europe = EUR; Maghreb = AFN, Autres pays d'Afrique = AFR; Asie = ASI; Autres pays = AUT)</small>	
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de domicile	DOM
<input type="checkbox"/> Activité professionnelle	ACT
<i>Cocher une case</i>	
Occupe un emploi	<input type="checkbox"/> 1
Actuellement au chômage	<input type="checkbox"/> 2
Femme au foyer	<input type="checkbox"/> 3
Étudiante ou élève	<input type="checkbox"/> 4
Autre	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Vie en couple	VEC
Oui Non	

C. DONNÉES MÉDICALES

<input type="checkbox"/> Date de l'acte médical	DA
jour mois année	
Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE.	
<input type="checkbox"/> Durée d'aménorrhée	DSAS DSAJ
<small>(en semaines et en jours)</small>	semaines jours
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?	
<small>C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L. 2213-1)</small>	
Oui	<input type="checkbox"/> 1 IMG
Non	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Technique employée	
<i>Cocher une ou plusieurs cases</i>	
Chirurgicale avec anesthésie locale	<input type="checkbox"/> TCL
Chirurgicale avec anesthésie générale	<input type="checkbox"/> TCG
Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> TM
<input type="checkbox"/> Nombre de naissances antérieures	GA
<input type="checkbox"/> Nombre d'IVG antérieures	IVGA
<small>Si première IVG coder 00</small>	
<input type="checkbox"/> Année de l'IVG précédente	AIVG

Cachet et signature du médecin

Bulletin utilisé de 2005 à 2010



N° 12312*02
Ce modèle Cerfa a cours également en vert foncé

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

**BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE**

Article L2212-10 du code de la santé publique
et de l'article 5 de la convention type prévue à
l'article R2212-9 du même code.

Cachet de l'établissement

Ce bulletin ne doit faire aucune mention de l'identité de la femme

À remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL


<p><input type="checkbox"/> Département</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">DEP</p> <p style="font-size: x-small;">Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976</p>	<p><input type="checkbox"/> Lieu de l'acte médical</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">LI</p> <p>Hôpital ou clinique..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 1</p> <p>Cabinet de gynécologue ou de gynéco-obstétricien <input style="width: 20px;" type="text"/> 2</p> <p>Cabinet de généraliste ou autre <input style="width: 20px;" type="text"/> 3</p>	<p><input type="checkbox"/> Statut de l'établissement avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte.</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">ST</p> <p>Public..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 1</p> <p>Privé à but non lucratif..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 2</p> <p>Privé à but lucratif.... <input style="width: 20px;" type="text"/> 3</p>
--	--	---

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

<p><input type="checkbox"/> Âge à la date de l'acte</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">AGE</p> <p style="text-align: center;">ans</p>	<p><input type="checkbox"/> Département ou lieu de naissance</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">LNAIS</p> <p style="font-size: x-small;">(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, TOM = 098 Étranger : Europe = EUR ; Asie = ASI ; Afrique = AFR ; Amérique du Nord = AMN ; Amérique du Sud = AMS)</p>	<p><input type="checkbox"/> Département ou lieu de domicile</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">DOM</p>
<p><input type="checkbox"/> Activité professionnelle</p> <p style="font-size: x-small;">Cocher une case</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">ACT</p> <p>Occupe un emploi..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 1</p> <p>Actuellement au chômage..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 2</p> <p>Femme au foyer..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 3</p> <p>Étudiante ou élève..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 4</p> <p>Autre..... <input style="width: 20px;" type="text"/> 5</p>	<p>C. DONNÉES MÉDICALES</p> <p><input type="checkbox"/> Date de l'acte médical</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">2 0</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">DA</p> <p style="font-size: x-small;">Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale. Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE.</p> <p><input type="checkbox"/> Date du début des dernières règles</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">2 0</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">DDR</p> <p><input type="checkbox"/> Durée de gestation en semaines d'aménorrhée</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">DSA</p> <p><input type="checkbox"/> S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?</p> <p style="font-size: x-small;">C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L 2213-1)</p> <p>Oui <input style="width: 20px;" type="text"/> 1 IMG</p> <p>Non <input style="width: 20px;" type="text"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> Technique employée</p> <p style="font-size: x-small;">Cocher une ou plusieurs cases</p> <p>Chirurgicale avec anesthésie locale ... <input style="width: 20px;" type="text"/> TCL</p> <p>Chirurgicale avec anesthésie générale <input style="width: 20px;" type="text"/> TCG</p> <p>Médicamenteuse..... <input style="width: 20px;" type="text"/> TM</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de naissances antérieures</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">GA</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre d'IVG antérieures</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">IVGA</p>	

Cachet et Signature du médecin

Bulletin utilisé en 2002⁽⁷⁾



N° 65-0033

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET
 DES PERSONNES HANDICAPÉES

**BULLETIN STATISTIQUE
 D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
 DE LA GROSSESSE**

*à remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, **v compris pour motif médical**, en application de la loi N°75-17 du 17 janvier 1975 (article 4 [L.162-10],5 [L.162-12] et 16) et de la loi N° 2001-588 du 4 juillet 2001 – Arrêté du 7 novembre 1989.*

Cachet de l'établissement

A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ÉTABLISSEMENT

■ Département [] [] DE
(Guadeloupe =96, Martinique = 97, Guyane = 98, La Réunion = 99)

■ Statut Public [] 1
 Privé à but non lucratif [] 2
 Privé à but lucratif [] 3

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA FEMME

■ Année de naissance 1 9 [] [] AN

■ Lieu de naissance

Département métropolitain [] [] DD

Département d'outre-mer [] DD1
(Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Réunion = 4)

T.O.M. (en toutes lettres, une lettre par case)

Étranger (pays en toutes lettres) [] [] [] [] LN

■ Nationalité Française [] 1
 Étrangère [] 2 NC
 Si vous êtes étrangère, préciser en clair votre nationalité

■ Situation de famille

● Situation de fait : Vit seule [] 1
 Vit en couple [] 2 S.M.P.

● Situation légale : Célibataire [] 1
 Mariée [] 2
 Mariée et séparée de fait ou de corps [] 3
 Divorcée [] 4
 Veuve [] 5 S.M.L.

Si vous êtes mariée ou séparée

● Année du mariage [] [] [] [] AN

● Lieu de mariage : France métropolitaine [] 1
 DOM-TOM [] 2
 Etranger [] 3

■ Lieu de domicile

Département métropolitain [] [] DD

Département d'outre-mer [] DD1
(Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Réunion = 4)

T.O.M. (en toutes lettres)

Étranger (pays en toutes lettres) [] [] [] [] LN

■ Situation professionnelle de la femme

● Activité : Salarisée [] 1
 A son compte [] 2
 Actuellement au chômage [] 3
 Femme au foyer [] 4
 Étudiante ou élève [] 5
 Autre [] 6 A.P.

● Profession *préciser le plus possible*

■ Situation professionnelle du conjoint

● Activité : Salarisé [] 1
 A son compte [] 2
 Actuellement au chômage [] 3
 Militaire du contingent [] 4
 Étudiant ou élève [] 5
 Autre [] 6 A.C.

● Profession *préciser le plus possible*

Conformément aux articles 4 et 16 de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975, ce bulletin est destiné au ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, à l'INED et à l'INSERM. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Dans ce cas, ce droit d'accès peut être exercé par les femmes pendant deux années civiles suivant l'événement auprès du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) par l'intermédiaire du médecin de leur choix.

(7) Voir note sur la qualité des données de l'année 2002 : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2002/qualite_donnees_2002.pdf

Bulletin utilisé de 1989 à 1997



REPUBLIQUE FRANÇAISE
 MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
 DE LA SANTÉ ET DE LA VILLE

Ce bulletin
 ne doit faire
 aucune mention
 de l'identité
 de la femme

BULLETIN STATISTIQUE
 D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
 DE LA GROSSESSE

Cachet de l'établissement

à remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif thérapeutique, en application de la loi N°75-17 du 17 janvier 1975 (articles 4 [L162-10], 5 [L162-12] et 16) - Arrêté du 7 novembre 1989.

A. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ETABLISSEMENT

■ Département DE
 (Guadeloupe = 96, Martinique = 97, Guyane = 98, La Réunion = 99)

■ Statut Public 1
 Privé à but non lucratif 2
 Privé à but lucratif 3
 SJ

B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA FEMME

■ Année de naissance 1 9 | AN

■ Lieu de naissance

Département métropolitain DN
 Département d'outre-mer DN1
 (Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Réunion = 4)

TOM (en clair)
 Etranger LN

■ Nationalité Française 1
 Etrangère NC
 préciser en clair NAT

■ Situation de famille

• Situation de fait : Vit seule 1
 Vit en couple 2
 SMF

• Situation légale : Célibataire 1
 Mariée 2
 Mariée et séparée de fait ou de corps 3
 Divorcée 4
 Veuve 5
 SML

Si vous êtes mariée ou séparée :

• Année du mariage 1 9 | AM

• Lieu de mariage : France métropolitaine 1
 DOM - TOM 2
 Etranger 3
 LM

■ Lieu de domicile :

Département métropolitain DD
 Département d'outre-mer DD1
 (Guadeloupe = 1, Martinique = 2, Guyane = 3, La Réunion = 4)

TOM (en clair)
 Etranger LD

■ Situation professionnelle de la femme

• Activité : Salariée 1
 A son compte 2
 Actuellement au chômage 3
 Femme au foyer 4
 Etudiante ou élève 5
 Autre 6
 AF

• Profession préciser le plus possible PCSF

■ Situation professionnelle du conjoint ou du compagnon

• Activité : Salarié 1
 A son compte 2
 Actuellement au chômage 3
 Militaire du contingent 4
 Etudiant ou élève 5
 Autre 6
 AC

• Profession préciser le plus possible PCSC

Conformément aux articles 4 et 16 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, ce bulletin est destiné au ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, à l'INED et à l'INSERM. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification pour les informations les concernant. Dans ce cas, ce droit d'accès peut être exercé par les femmes pendant les deux années civiles suivant l'événement auprès du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (Service des statistiques, des études et des systèmes d'information) par l'intermédiaire du médecin de leur choix.

**B. RENSEIGNEMENTS RELATIFS
A LA FEMME (suite)**

■ Avez-vous eu d'autres grossesses ? oui 1
non 2
GA

Si oui, indiquez pour chaque grossesse **antérieure à la présente** :

- l'issue en mettant une croix dans celle des quatre colonnes qui convient
- l'année et le mois de l'issue

Nota : en cas d'accouchement multiple, remplissez le tableau comme s'il s'agissait de grossesses distinctes (une ligne pour chaque enfant)

Issue				Mois	Année
Avor-tem-ent provo-qué	Avor-tem-ent spon-tané	Mort-né	Nais-sance vivante		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● Nombre total de grossesses antérieures TG

■ Date du début des dernières règles
DDR

**C. INFORMATIONS MEDICALES
(à remplir par le médecin)**

■ Date de l'intervention 1, 9 DI

■ Durée de gestation en semaines d'aménorrhée DG

■ Le motif est-il strictement thérapeutique ?
c'est-à-dire avec l'attestation légale signée de deux médecins
oui 1
non 2
ITG

● Si oui, est-ce Un risque pour la femme 1
Un risque pour l'enfant à naître 2
NR

■ Techniques employées Cocher toutes les cases qui conviennent

Aspiration 1
Aspiration et contrôle à la curette 2
Curetage 3
Dilatation mécanique 4
Mifépristone (Mifégyne, ...) 5
Prostaglandines 6
Autres médicaments 7

_____ préciser

Autres techniques 8
_____ préciser

TE

■ Anesthésie Cocher toutes les cases qui conviennent

Anesthésie générale 1
Analgésie profonde 2
Anesthésie locale 3
Autre 4

_____ préciser

Aucune 5
A

■ Durée totale d'hospitalisation
En heures H

■ Complications per-opératoires

oui 1
non 2
CPO

_____ préciser

● Si oui, y a-t-il eu transfert ?
oui 1
non 2
TR

Nom (ou cachet) du médecin

Signature du médecin :

Ce bulletin ne sera utilisé qu'à des fins de santé publique et de statistique. Il doit être adressé par l'établissement au médecin inspecteur régional de la santé, dans le mois suivant l'intervention.

Reproduction E-Press Document Num - INF/REMERIE - NATIONALE 4 241084 0 03

Annexe A.2. L'estimation du nombre d'IVG précédentes et l'année de dernière IVG

Jusqu'en 2002, le bulletin d'interruption de grossesse était un recto-verso (annexe A.1) avec un tableau récapitulant l'ensemble des grossesses antérieures et, pour chacune, la date (mois, année) et l'issue de la grossesse (avortement provoqué, avortement spontané, mort-né, naissance vivante). Le tableau était précédé d'une question sur l'existence de grossesses antérieures à l'IVG, et suivi d'une question récapitulative sur le nombre total de grossesses antérieures. En 2005, la Drees a adopté un nouveau bulletin qui contenait une information beaucoup moins précise : le tableau a été remplacé par deux questions sur le nombre d'IVG antérieures et le nombre de naissances antérieures (sans question sur les fausses couches spontanées ou les mort-nés, ni question préalable pour savoir si la femme avait eu auparavant d'autres grossesses). La proportion de cas non renseignés, qui variait selon les années entre 3 % et 5 %, est alors brutalement montée à 15 %, avant de redescendre progressivement au fur et à mesure que les professionnels s'approprièrent le nouveau bulletin. En 2009 et 2010, les nombres d'IVG précédées de très nombreuses IVG (5 surtout) ont fortement augmenté, sans que l'on puisse l'expliquer, avant de revenir à la tendance antérieure en 2011. Les données de ces deux années ont donc été corrigées pour devenir cohérentes avec les années 2005 à 2008 et 2011, sous l'hypothèse d'erreurs de codage en 2009 et 2010⁽⁸⁾. En 2011, l'adoption d'un nouveau bulletin, qui contient une information supplémentaire sur l'année de l'IVG précédente, s'est accompagnée d'une remontée brutale de la proportion de cas où la question sur le nombre d'IVG antérieures est non renseignée (de 5 % en 2010 à 17 % en 2011). Deux hypothèses extrêmes peuvent être utilisées pour imputer ces valeurs manquantes. Première hypothèse, le nombre d'IVG précédentes serait renseigné ou non « au hasard », et les bulletins contenant l'information représenteraient l'ensemble des IVG. Deuxième hypothèse, la réponse serait omise surtout pour les premières IVG, pour lesquelles les questions concernant les IVG antérieures sont sans objet. Sous la première hypothèse, 40 % des IVG sont des IVG répétées, et 32 % des femmes auraient recours au moins une fois à l'IVG au cours de leur vie, dans les conditions définies par les taux de recours de 2011. Sous la seconde hypothèse, la part des IVG répétées ne serait que de 33 % : le recours à l'IVG serait un peu plus fréquent (36 % y auraient recours au moins une fois au cours de leur vie), mais moins souvent répété (tableau annexe A.2).

Le changement du format du bulletin en 2011 n'a pas été immédiat, et pour près de 40 % des IVG de 2011, c'est l'ancien bulletin au format de 2010 qui a été utilisé. Or la proportion de réponses manquantes à la question sur les IVG antérieures n'est que de 11 % parmi les bulletins au format 2010, contre 20 % pour les bulletins au format 2011. Pour ces derniers bulletins, l'ajout de la

(8) Cette correction entraîne une augmentation de l'estimation des taux de recours à l'IVG présentés sur la figure 5 aux rangs 4 et + en 2011, aux durées 1 et 2.

question sur l'année de l'IVG précédente (sans objet pour les premières IVG) a pu inciter les professionnels à ne pas répondre aux questions sur les IVG précédentes. Nous avons donc jugé plus prudent d'estimer la répartition des IVG selon le nombre d'IVG antérieures à partir des bulletins au format de 2010 seulement. C'est cette répartition qui est présentée dans le tableau 2 et utilisée pour l'analyse des IVG répétées.

Tableau A.2. Répartition des IVG selon le rang en 2011, et indice conjoncturel par rang, selon l'hypothèse concernant les bulletins non renseignés

Rang de l'IVG	Répartition des IVG			Indicateur conjoncturel. Nombre d'IVG par femme		
	Imputation des non-réponses			N.R. aléa.	N.R. = 1	Bul. 2010
	N.R. aléa.	N.R. = 1	Bul. 2010			
1	59,8	66,7	62,8	0,32	0,37	0,33
2	28,8	23,9	26,6	0,15	0,12	0,14
3	7,8	6,4	7,2	0,04	0,03	0,04
4 ou plus	3,7	3,0	3,5	0,02	0,02	0,02
Ensemble	100,0	100,0	100,0	0,53	0,53	0,53

Note : N.R. aléa. : hypothèse de répartition aléatoire des bulletins non renseignés. N.R. = 1 : hypothèse selon laquelle tous les bulletins non renseignés correspondent à des IVG de rang 1 (pas d'avortement précédent). Bul. 2010 : répartition observée pour les bulletins au « format 2010 », pour les bulletins où l'information est renseignée. C'est cette répartition qui est utilisée dans cet article.

Source : Bulletins d'interruption volontaire de grossesse, calculs des auteur-e-s.

L'information sur l'année de l'IVG précédente, utile pour mesurer le rythme de répétition des IVG, a été supprimée des bulletins en 2002. Elle a été réintroduite en 2011, mais l'information n'est utilisable que dans 55 % des cas : sur 57 000 bulletins d'IVG répétées, la date de l'IVG précédente n'est présente que pour 31 000 ; 22 000 anciens bulletins au format 2010 ne contiennent pas la question et dans 4 000 bulletins la réponse ne figure pas. L'information sur les IVG antérieures est cependant assez fiable, au sens où elle montre une augmentation régulière de la proportion d'IVG répétées d'année en année, si l'on s'en tient pour 2011 aux bulletins à l'ancien format. Concernant l'information sur l'année de l'IVG précédente, qui ne figure pour 2011 que sur les bulletins au nouveau format, l'utilisation par le personnel médical d'une version ou l'autre du bulletin est indépendante des caractéristiques des femmes et on peut faire l'hypothèse que les répartitions observées peuvent être appliquées à l'ensemble des IVG, y compris celles pour lesquelles l'information manque dans le bulletin. De plus, les durées observées entre deux IVG sont courtes, et la répartition des IVG selon le nombre d'IVG antérieures se modifie progressivement, de telle sorte qu'une erreur sur les dates des IVG précédentes n'a que peu d'impact sur l'estimation de la probabilité de recourir à une IVG répétée. La source principale d'incertitude vient des informations manquantes sur le nombre d'IVG précédentes (voir tableau annexe A.2).



RÉFÉRENCES

Sites Internet

Informations générales et dispositions légales :

<http://www.sante.gouv.fr/ivg>

Statistiques publiées par l'Ined depuis 1976 :

<http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

BAJOS N., FERRAND M., 2011, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, Dossier thématique « L'interruption volontaire de grossesse », n° 1, p. 42-60.

BAJOS N., PRIOUX F., MOREAU C., 2013, « L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 61(4), p. 291-298.

BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M., 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population et sociétés*, n° 407, 4 p.

BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., MOREAU C. ET L'ÉQUIPE DE L'ENQUÊTE FECOND, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et sociétés*, n° 492, 4 p.

BAJOS N., LE GUEN M., BOHET A., PANJO H., MOREAU C. AND THE FECOND GROUP, 2014a, « Effectiveness of family planning policies: The abortion paradox », *PLoS ONE*, 9(3), e91539, doi:10.1371/journal.pone.0091539.

BAJOS N., ROUZAUD-CORNABAS M., PANJO H., BOHET A., MOREAU C. ET L'ÉQUIPE FECOND, 2014b, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et sociétés*, n° 511, 4 p.

BLAYO C., 1995, « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976 », *Population*, 50(3), p. 779-810.

BLONDEL B., KERMARREC M., 2011, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Paris, Inserm-Drees-DGS, 132 p., http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

COLLET M., HERBET J.-B., VILAIN A., 2012, « Méthodologie de l'enquête sur les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse en 2007 », Drees, *Document de travail, Série sources et méthodes*, n° 30, 107 p., http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource_method30.pdf

CSIS, 2011, « L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) », Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale, Rapport du groupe de travail n° 2, 38 p.

DÉCHAUX J.-H., 2009, *Sociologie de la famille*, Paris, La Découverte, Repères, 128 p.

FRESSON J., BLONDEL B., 2013, « La sortie prochaine des mort-nés des limbes de la statistique française », *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42(1), p. 1-4.

- HCE-fh, 2013, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires », Rapport n° 2013-1104-SAN-009 publié le 7 novembre 2013, 110 p.
- LE GUEN M., BAJOS N., 2014, « Adolescent pregnancy in France », *International Handbook of Adolescent Pregnancy*, p. 293-313.
- MAZUY M., BARBIERI M., D'ALBIS H., 2014, « L'évolution démographique récente de la France : la diminution du nombre de mariages se poursuit », *Population*, 69(3), p. 313-364.
- MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J. ET L'ÉQUIPE COCON, 2004, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, 59(3-4), p. 503-518.
- MOREAU C., TRUSSELL J., DESFRERES J., BAJOS N., 2010, « Peri-abortion contraceptive use in the French islands of Guadeloupe and La Reunion: Variation in the management of post-abortion care », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(3), p. 186-196.
- PAVARD B., ROCHEFORT F., ZANCARINI-FOURNEL M., 2012, *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975*, Armand Colin, 220 p.
- PRIOUX F., BARBIERI M., 2012, « L'évolution démographique récente en France : une mortalité relativement faible aux grands âges », *Population*, 67(4), p. 597-656.
- ROBERT-BOBÉE I., MAZUY M., 2005, « Calendrier de constitution des familles et âge de fin des études », in Lefèvre C., Filhon A. (dir.), *Histoires de familles, histoires familiales*, Ined, Cahier n° 156, p. 175-200.
- ROSSIER C., PIRUS C., 2007, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, 62(1), p. 57-90.
- ROSSIER C., TOULEMON L., PRIOUX F., 2009, « Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », *Population*, 64(3), p. 495-530.
- TOULEMON L., 2008, « Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunesses encore différentes pour les femmes et pour les hommes », in Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 163-195.
- VILAIN A., 2004, « Les interruptions de grossesse en 2002 », Dress, *Études et résultats*, n° 348.
- VILAIN A., 2005, « Les interruptions de grossesse en 2003 », Dress, *Études et résultats*, n° 431.
- VILAIN A., 2008, « Les interruptions de grossesse en 2005 », Dress, *Études et résultats*, n° 624.
- 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*, Dossier thématique « L'interruption volontaire de grossesse », n° 1, p. 116-147.
- VILAIN A., MOUQUET M.-C., 2003, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2001 », Dress, *Études et résultats*, n° 279.
- VILAIN A., MOUQUET M.-C., 2014, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », Drees, *Études et résultats*, n° 884, 6 p.
- VILAIN A., COLLET M., MOISY M., 2010, « Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge », *L'état de santé de la population de la France, Rapport 2009-2010*, Drees, p. 51-62.
- VILAIN A., COLLET M., MOISY M., 2011, « L'enquête nationale de la Drees sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 », *Revue française des affaires sociales*, Dossier thématique « L'interruption volontaire de grossesse », n° 1, p. 69-86.
- VILAIN A., MOUQUET M.-C., GONZALEZ L., DE RICCARDIS N., 2013, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », Drees, *Études et résultats*, n° 843, 6 p.

Magali MAZUY, Laurent TOULEMON, Élodie BARIL • LE NOMBRE D'IVG EST STABLE, MAIS MOINS DE FEMMES Y ONT RECOURS

Le nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) est à peu près stable en France, autour de 210000 par an. L'indice conjoncturel s'établit en 2011 à 0,53 IVG par femme au cours de la vie. Le recours à l'IVG augmente entre 18 et 25 ans (la hausse pour les femmes mineures observée entre 1995 et 2005 a ralenti), et diminue aux âges supérieurs à 25 ans. Le changement de la durée maximale légale de grossesse de 10 à 12 semaines en 2001 avait entraîné une hausse des délais moyens; depuis 2002 la durée moyenne de grossesse a repris sa baisse, en raison de la diffusion des IVG médicamenteuses (55 % des IVG en 2011). La part des premières IVG poursuit sa diminution, tout comme la part des femmes ayant recours à l'IVG au cours de leur vie : d'après les taux de 2011, une femme sur trois aurait recours à l'IVG. Après une première IVG, la probabilité de recourir à nouveau à l'IVG augmente et atteint 41 % en 2011, contre 28 % en 2002 et 18 % en 1990. En 2002, la probabilité de recourir à une IVG ne variait pas selon les antécédents d'IVG, alors qu'en 2011 la probabilité d'une IVG répétée est plus forte que celle d'une première IVG. Certaines femmes sont donc, plus qu'il y a dix ans, en situation de recourir à l'IVG à différents moments de leur vie.

Magali MAZUY, Laurent TOULEMON, Élodie BARIL • A STEADY NUMBER OF INDUCED ABORTIONS, BUT FEWER WOMEN ARE CONCERNED

The number of induced abortions in France is fairly stable, at about 210,000 a year. The total abortion rate in 2011 was 0.53 abortions per woman during her lifetime. Recourse to abortion rises between ages 18 and 25 (the increase among under-18s recorded in 1995-2005 has slowed) and falls after age 25. The raising of the legal limit from 10 to 12 weeks of pregnancy in 2001 led to an increase in the mean gestational age at abortion, but since 2002, it has resumed its downward trend as medical abortions have become more widespread (55% of induced abortions in 2011). The proportion of first abortions continues to fall, as does the proportion of women who ever have an abortion: according to the 2011 rates, one woman in three has an abortion at some time in her life. After a first abortion, the probability of having another increases; it stood at 41% in 2011, compared with 28% in 2002 and 18% in 1990. In 2002, the probability of having an abortion did not correlate with previous abortion history, whereas by 2011 the probability of a repeat abortion was higher than that of a first abortion. More so than ten years ago, certain women find themselves in a situation of seeking abortion at various points in their lives.

Magali MAZUY, Laurent TOULEMON, Élodie BARIL • EL NÚMERO DE ABORTOS VOLUNTARIOS (IVG) ES ESTABLE, PERO EL NÚMERO DE MUJERES CONCERNIDAS HA DISMINUIDO

El número de abortos voluntarios (IVG) en Francia es más o menos estable y se sitúa alrededor de 210000 por año. En 2011, el índice coyuntural fue de 0,53 abortos por mujer. El recurso al aborto aumenta entre 18 años y 25 años y disminuye más allá de los 25 años; la alza observada de 1995 a 2005 en las mujeres menores de edad ha frenado. La prolongación de la duración máxima legal del embarazo de 10 a 22 semanas en 2001 provocó un aumento de la duración media pero desde 2002, la duración media del embarazo ha vuelto a bajar, a causa de la difusión de los abortos provocados mediante productos médicos (55% de los abortos en 2011). La proporción de mujeres que abortan por primera vez continúa disminuyendo, así como la de mujeres que recurren al aborto en el curso de su vida: según las tasas de 2011, un tercio de las mujeres recurriría a él al menos una vez durante sus vidas. Después de un primer aborto, la probabilidad de recurrir de nuevo a él aumenta, y alcanza 41% en 2011 contra 28% en 2002 y 18% en 1990. En 2002, la probabilidad de recurrir al aborto no variaba según el número de abortos precedentes, mientras que en 2011 la probabilidad de un aborto repetido es mayor que la de un primer aborto. Así pues, las mujeres susceptibles de recurrir al aborto en diferentes momentos de su vida son más numerosas que hace diez años.

Mots-clés : avortement, interruption volontaire de grossesse, France, IVG répétées.

Keywords: induced abortion, elective abortion, France, repeat abortions