

Évolution du recours à l'IVG en France : DE L'ENJEU CONTRACEPTIF À LA MODIFICATION DE LA NORME PROCRÉATIVE

PAR NATHALIE BAJOS^{1,3}, MICHÈLE FERRAND², CAROLINE MOREAU¹

¹ Inserm U1018-CESP, Équipe « Genre, santé sexuelle et reproductive », Le Kremlin Bicêtre (94).

² CNRS-UMR 7112 CNRS-Paris 8, Cultures et Sociétés Urbaines (CSU), France. ³ Ined, Paris 20^e.

Si le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a enregistré une baisse sensible en France du lendemain de sa légalisation en 1975 jusqu'au début des années 1990, les taux sont stables depuis lors, oscillant entre 14 et 15 avortements annuels pour 1 000 femmes de 15-49 ans (figure 1), soit environ 200-210 000 IVG chaque

année^[1]. Des différences sont observées selon l'âge des femmes, les taux étant en augmentation depuis 1990 et jusqu'au milieu des années 2000 chez celles de moins de 30 ans et évoluant à la baisse chez les plus âgées (figure 2). Au total, on estime aujourd'hui que près d'une femme sur trois aura recours à l'avortement une fois dans sa vie¹. Par ailleurs,

depuis 1970, la contraception médicale, dont l'efficacité est plus élevée que celle des méthodes traditionnelles, n'a cessé de se diffuser dans la population française. Nombre d'observateurs, chercheurs, professionnels de santé, politiques, s'interrogent sur cette relative stabilité du recours à l'IVG dans un tel contexte^[2]. On ne saurait déduire de cet apparent paradoxe que la contraception n'a aucun effet sur le recours à l'IVG depuis le début des années 1970. Mais, la liaison est complexe car le recours à l'IVG doit s'analyser comme un processus résultant de la survenue de plusieurs événements conditionnels^[3,4]. Il faut d'abord⁽ⁱ⁾ que les femmes aient des rapports sexuels alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes. Il faut ensuite⁽ⁱⁱ⁾ qu'elles n'utilisent pas de techniques contraceptives ou qu'elles connaissant un échec de leur méthode. Face à une grossesse non prévue, certaines⁽ⁱⁱⁱ⁾ voudront recourir à l'IVG tandis que d'autres choisiront de la poursuivre. Enfin, celles qui décident d'interrompre la grossesse, devront^(iv) pouvoir accéder à temps au système de soins dans le contexte prévu par la loi : terme de la grossesse, lieu de l'intervention. Dans un tel schéma, la relative stabilité du nombre d'IVG depuis 1990 peut traduire soit la stabilité de chacune des étapes précitées, soit des évolutions contraires qui se compenseraient globalement². Ces différentes étapes peuvent s'articuler les unes aux autres différemment selon les phases du cycle de vie.

Cet article se propose de faire un bilan des recherches sociologiques et épidémiologiques conduites ces dernières années en France pour donner à voir, au-delà d'une simple lecture en termes de taux d'avortement, que les évolutions observées prennent sens dans un contexte social en pleine évolution du point de vue du statut social des femmes

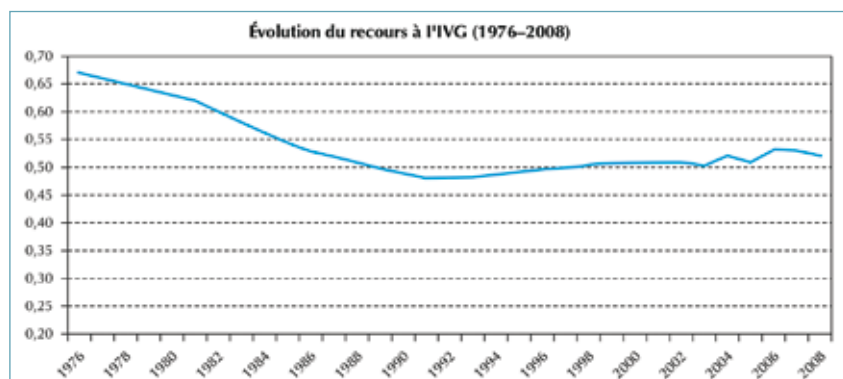


Figure 1. Évolution des indicateurs conjoncturels de recours à l'avortement en France (%) de 1976 à 2008 (Sources : données corrigées de l'Ined de 1976 à 2002 et statistiques de la DRESS à partir de 2002^[1,24]. D'après les taux de recours à l'avortement enregistrés en 1968, 68 % des femmes auront recours à l'avortement dans leur vie. Ce chiffre est de 52 % en 2008 ; il tient compte des avortements de rang 1 et de rang 2 et +.

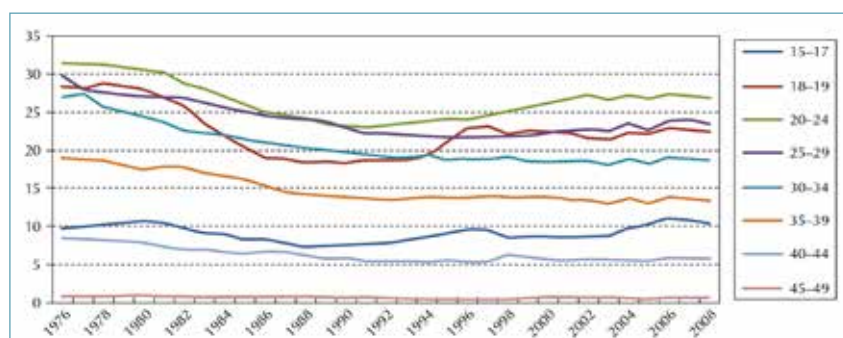


Figure 2. Évolution des taux de recours à l'avortement en France (%) selon l'âge des femmes (Sources : données corrigées de l'Ined de 1976 à 2002 et statistiques de la Dress à partir de 2002^[1,24].

1. Cette estimation tient compte du recours répété à l'IVG qui a augmenté au fil du temps : 7 % des femmes avaient plus d'une IVG dans leur vie au début des années 1990 et 11 % au début des années 2000^[24]. Le taux de recours à une première IVG est stable dans le temps depuis 1990, voire en légère baisse depuis 2000^[18].
2. La question de l'accès aux soins en France, même s'il revêt un caractère encore problématique pour de nombreuses femmes, n'entre pas dans le schéma interprétatif dans la mesure où les femmes qui veulent avoir une IVG parviennent à trouver une structure qui les accueille.

* Bajos N, Ferrand M, Moreau C. Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative. *mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2012; 14 (1) : 3-10 doi : 10.1684/mte.2012.0388.

et des pratiques et normes sociales en matière de sexualité, de contraception et de procréation.

PLUS DE RAPPORTS SEXUELS NON PROCRÉATIFS

La première dimension qui peut rendre compte de l'évolution du recours à l'IVG dans le temps est la population potentiellement concernée par l'événement, c'est-à-dire le nombre de femmes non stériles ayant une activité sexuelle et ne souhaitant pas être enceintes.

Une modification importante est survenue ces dernières décennies dans le champ de la sexualité qui renvoie à la diversification croissante des biographies affectives et sexuelles des femmes et, dans une moindre mesure, des hommes¹⁵¹. Le premier partenaire n'est plus que rarement le premier conjoint. Alors qu'en 1970, 68 % des femmes et 18 % des hommes déclaraient n'avoir eu qu'un seul partenaire au cours de leur vie, elles et ils étaient respectivement 43 % et 21 % au début des années 1990 et ne sont plus que 34 % et 16 % en 2006. Dans le même temps, l'âge lors de la première mise en couple s'est élevé, passant de 21,8 ans pour les femmes et 23,9 ans pour les hommes de la génération 1945 à 23,2 ans et 26,1 ans pour ceux de la génération 1972¹⁶¹.

Cet allongement de la phase de sexualité préconjugale s'est accompagné d'un report marqué de l'âge d'entrée dans la parentalité. Alors que l'âge moyen à la première maternité était de 25 ans en 1970, il est passé à 28,5 ans en 2010. Cette phase de la vie correspond à une activité sexuelle plus intense qu'aux autres âges de la vie au moment même où la fertilité des femmes est particulièrement élevée. En conséquence, le nombre de rapports sexuels susceptibles de donner lieu à une grossesse non souhaitée chez les femmes de moins de 30 ans a fortement augmenté depuis le début des années 1970.

UNE COUVERTURE CONTRACEPTIVE DE PLUS EN PLUS EFFICACE

Le processus de médicalisation de la contraception entamé dès la légalisation s'est prolongé dans les années

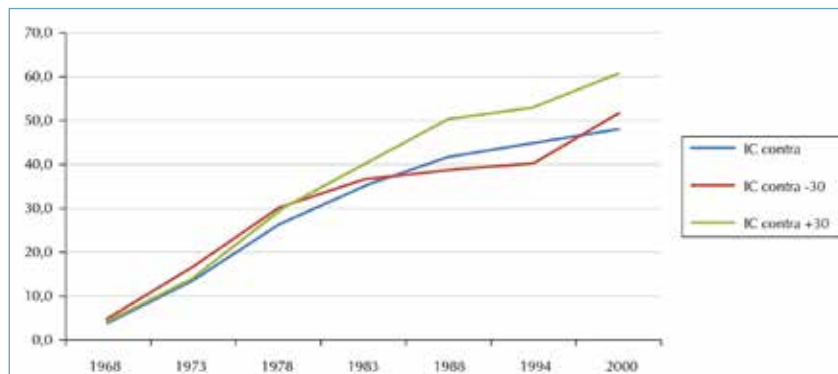


Figure 3. Évolution du taux de recours à la contraception (%) selon l'âge des femmes (Sources : enquêtes Ined et Inserm). Les indicateurs conjoncturels (IC) représentent la somme des taux par âge de recours à la contraception par année donnée.

2000, conduisant les Françaises à occuper une des premières places mondiales en ce qui concerne l'utilisation de méthodes médicales réversibles de contraception telles que la pilule et le stérilet (figure 3)^{17, 81}. Les femmes concernées par une grossesse non souhaitée déclarent dans leur très grande majorité utiliser un moyen pour éviter une grossesse. Seules 3 % d'entre elles n'utilisent aucune méthode. La plupart des utilisatrices de contraception (86 %) ont recours à une méthode médicale telle que la pilule, le stérilet, l'implant ou la stérilisation tubaire. Cette augmentation de la pratique contraceptive efficace au fil du temps se retrouve à tous les âges de la vie, y compris chez les plus jeunes. Ainsi, le pourcentage de recours à la contraception médicalisée est-il passé de 84 % à 86 % entre 2000 et 2005 chez les femmes de 18-24 ans.

Cette évolution de la pratique contraceptive explique pourquoi l'augmentation du nombre de rapports sexuels non procréatifs ne s'est pas traduite par une augmentation des grossesses non souhaitées depuis les années 1970.

Au contraire, le pourcentage de grossesses non souhaitées est ainsi passé de 55 % au début des années 1970 à environ 35 % en 1985 et reste stable depuis cette date (figure 4)³. La publication prochaine des résultats de

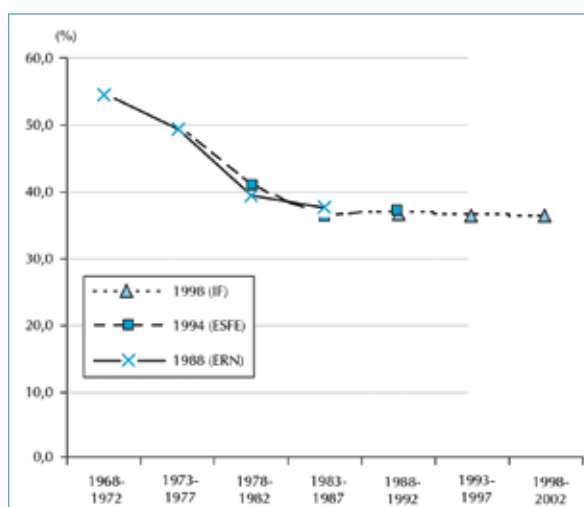


Figure 4. Évolution du pourcentage de grossesses qualifiées de non souhaitées^[25].

l'enquête FECOND permettra d'établir le niveau actuel du pourcentage de grossesses non souhaitées.

MAIS TOUJOURS UN TIERS DE GROSSESSES NON SOUHAITÉES

La contraception s'est largement diffusée et atteint aujourd'hui un niveau de prévalence très élevée en France, même si des progrès restent à faire concernant les plus jeunes qui ne peuvent avoir un accès anonyme et gratuit que dans les centres de planification familiale. Les échecs de contraception restent toutefois fréquents puisqu'une grossesse sur trois est toujours qualifiée de non souhaitée par les femmes.

Ce nombre élevé d'échecs génère des tensions sociales qui influent sur le regard social sur l'IVG et sur le vécu des femmes qui y ont recours. La très grande majorité des femmes (91 %) et des hommes (91 % également) de 18-69 ans sont d'accord avec l'idée selon laquelle « avec toutes les méthodes de contraception

3. Ces chiffres diffèrent légèrement de ceux relatifs aux grossesses non prévues que nous avons publié précédemment^[4] car le caractère souhaité ou prévu d'une grossesse ne renvoie pas exactement au même sens.

qui existent, les femmes devraient être capables d'éviter une grossesse dont elles ne veulent pas ». De fait, les grossesses non souhaitées sont jugées, puisque la contraception existe, comme facilement évitables et nombre de femmes qui ont une IVG se sentent coupables d'un échec qui les a conduites à cette situation ¹⁹¹. L'adhésion à cette norme contraceptive se manifeste avec la même force chez les personnes qui déclarent avoir déjà été confrontées à une grossesse non prévue (89 % pour les femmes, et 92 % pour les hommes dont une de leurs partenaires s'est retrouvée enceinte sans le vouloir – enquête CSF 2006). Et ce, alors même que les deux tiers des femmes qui ont avorté utilisaient un moyen contraceptif au moment où elles se sont retrouvées enceintes (tableau 1) ¹⁷⁻¹⁰¹.

L'analyse des raisons de survenue des échecs de contraception montre qu'elles sont très largement socialement construites ¹⁹¹. Au-delà des problèmes d'information et d'accès à la contraception dans certains groupes sociaux, et en particulier chez les plus jeunes, et de l'ambivalence vis-à-vis d'un désir de grossesse dans certains cas, d'autres raisons rendent compte de la survenue de grossesses non souhaitées. Elles renvoient à la non-reconnaissance sociale de la sexualité de certaines femmes, des jeunes en particulier, qui obère leur entrée dans une démarche contraceptive, ainsi qu'à l'inadéquation de la méthode utilisée aux conditions de vie sociales,

affectives et sexuelles des femmes. La norme contraceptive qui prévaut dans la société française se caractérise par l'utilisation du préservatif à l'entrée dans la sexualité (ce qui rend compte du fait que 42 % des IVG chez les mineures surviennent alors qu'elles utilisaient le préservatif), lequel est relayé par la pilule dès que la relation se stabilise ; la contraception orale devient la méthode privilégiée dès que la vie sexuelle est – supposée – stable ; et le stérilet prend le relais quand le nombre souhaité d'enfants est atteint. Loin de s'assouplir, cette norme s'est encore renforcée au cours de ces dernières années. Mais, les contextes de vie des femmes ne cadrent pas nécessairement, à certains moments de leur trajectoire de vie, avec les impératifs de cette norme. Ainsi la pilule, dont l'efficacité théorique est très élevée, n'est pas forcément la méthode la plus adaptée quand la femme a une sexualité irrégulière ou quand son mode de vie quotidien est peu compatible avec la vigilance qu'implique la prise régulière d'une contraception orale. Derrière ce constat, c'est la question de la prise en compte des conditions de vie au moment de la prescription qui se trouve posée et de la possibilité pour les femmes de choisir, parmi l'ensemble des méthodes (indiquées à tous les âges), qui ont des niveaux d'efficacité différents, celle qui répond le mieux à leurs attentes.

Il faut aussi souligner que l'utilisation de la contraception d'urgence, qui est

très faible aujourd'hui ¹¹¹, reste à promouvoir, en encourageant son utilisation à chaque rapport à risque.

GROSSESSES NON SOUHAITÉES ET RECOURS À L'IVG

Lors du vote de la loi Veil, le législateur attendait de la généralisation de la contraception moderne une forte diminution du recours à l'avortement auquel elle se substituerait, ce dernier n'intervenant que comme ultime recours en cas d'échec de contraception. Mais, ce que le législateur n'avait pas anticipé, c'est que, dans un contexte social en pleine évolution du point de vue du statut social des femmes, devenues de plus en plus diplômées et autonomes socialement et financièrement ¹¹², la diffusion des méthodes efficaces de contraception a modifié la norme procréative, c'est-à-dire les conditions socialement valorisées de la parentalité ¹¹³. Un enfant ne doit venir au monde que désiré, et la contraception offre la possibilité de choisir non seulement le nombre mais aussi et surtout le moment de la maternité. Le modèle familial en vigueur jusqu'à la fin des années 1960 (mariage, maternité espacée et arrêt quand le nombre d'enfants souhaités est atteint) laisse place à un modèle qui enjoint toujours les femmes à avoir des enfants mais en limitant le nombre d'enfants et en espaçant les naissances, et en définissant désormais le « bon moment de la maternité ». Un enfant doit toujours arriver au sein d'un couple stable (auparavant dans le cadre légal du mariage), ni trop tôt ni trop tard, entre 25 et 35 ans (avant, les grossesses sont stigmatisées comme « précoces » ^{114, 115}, après, comme « tardives » et considérées « à risque » ^{116, 117}). Mais, surtout, la possibilité de choisir le moment d'une naissance permet de créer les conditions les plus favorables à l'accueil de l'enfant : un projet parental mené par un couple mature affectivement, psychologiquement, et économiquement établi. Cette nouvelle liberté, celle de l'enfant désiré, amène une nouvelle contrainte : celle d'être la meilleure des mères pour cet enfant qu'on aurait pu choisir de ne pas mettre au monde. Une nouvelle composante de la norme procréative émerge, celle du postulat de la nécessaire disponibilité de la mère ¹¹⁷.

TABLEAU 1 > SITUATION CONTRACEPTIVE DES FEMMES AU MOMENT DE LA GROSSESSE QUI A DONNÉ LIEU À L'IVG (Source : enquête Drees 2007 ²⁶¹)

SITUATION CONTRACEPTIVE AU MOMENT DE LA CONCEPTION, QUI A DONNÉ LIEU À UNE IVG EN 2007	TOUTES LES FEMMES	FEMMES MINEURES
Sans contraception	34,3	30,3
Méthodes longue durée (DIU, implant)	1,7	0,0
Patch anneau	0,8	0,4
Pilule	27,3	14
Préservatif	16,4	42,8
Spermicides	0,6	0
Retrait	10,4	7,7
Abstinence périodique	7,3	3,2
Contraception d'urgence	1,2	1,7
EFFECTIFS	7 541	700

C'est cette modification de la norme procréative qui permet avant tout de rendre compte du maintien d'un nombre élevé d'avortements, en dépit de la diffusion massive de la contraception médicale. La probabilité d'avoir recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue n'a cessé d'augmenter au cours du temps.

Alors qu'en 1975 quatre grossesses non souhaitées sur dix étaient interrompues par une IVG, cette proportion est passée à six sur dix en 2000^[4]. Et les derniers chiffres de l'Ined sur le pourcentage de conception interrompue par une IVG montrent que cette tendance se poursuit, notamment chez les jeunes. Ainsi,

entre 1990 et 2005, le pourcentage de conceptions interrompues a augmenté régulièrement chez les moins de 25 ans tandis qu'il a baissé pour les femmes de plus de 30 ans. Chez les jeunes femmes de 14-15 ans, il est passé de 65 % à 79 %, et chez celles de 16-17 ans de 54 % à 67 %. Pour les jeunes adultes de 18-19 ans, ce pourcentage passe de 39 à 48 % et de 21 % à 30 % pour les 20-24 ans^[18].

Des différences sociales se font jour, dont l'analyse permet de mieux qualifier les évolutions observées. Ainsi, pour les plus jeunes, celles qui n'ont pas de perspective de réussite sociale via la poursuite de leurs études décident plus souvent de poursuivre la grossesse, cette option permettant même à certaines d'entre elles d'acquiescer un statut, voire une identité sociale^[14-19]. À l'inverse, celles qui peuvent se projeter dans un avenir professionnel plus assuré par l'acquisition de capitaux scolaires auront majoritairement recours à l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi, d'après l'enquête COCON de 2000, les femmes de moins de 25 ans ayant un niveau d'études supérieur à 2 ans après le baccalauréat étaient 86 % à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue, ce chiffre étant de 19 % pour celles ayant un diplôme inférieur au BEP (tableau 2)^[20]. Par ailleurs, les jeunes femmes qui étaient dans une relation qu'elles qualifiaient de stable étaient 33 % à interrompre leur grossesse non prévue contre 61 % de celles qui étaient dans une relation jugée sans avenir. Enfin, l'écart d'âge entre les enfants est aussi un facteur jouant sur la décision de recourir à l'IVG et toutes les jeunes femmes de l'enquête ayant un enfant de moins d'un an au moment où elles se sont trouvées enceintes sans le vouloir, ont déclaré avoir interrompu leur grossesse.

Finalement, d'un côté, grâce à la diffusion de la contraception, le nombre de grossesses non prévues diminue, de l'autre, en cas de grossesse non prévue, la probabilité du recours à l'avortement augmente. Deux mouvements qui se compensent statistiquement pour rendre compte de cette stabilité relative des taux d'IVG en France et qui caractérisent ainsi ce que nous avons appelé le paradoxe contraceptif français^[9].

TABLEAU 2 > PROPORTION DE FEMMES AYANT EU RECOURS À L'IVG QUAND LEUR DERNIÈRE GROSSESSE N'ÉTAIT PAS PRÉVUE

CARACTÉRISTIQUES	ÂGE DE LA FEMME AU MOMENT DE LA GROSSESSE			
	< 25 ANS % (n = 141)	25-34 ANS % (n = 30)	> 35 ANS % (n = 154)	TOTAL % (n = 645)
Statut marital				
▪ Mariée	18	43	38	39
▪ Cohabitante	36	39	44	39
▪ Célibataire	60	52	96	62
▪ Non-réponse	41	50	84	47
Niveau d'études de la femme	**		**	
▪ < Bep	19	48	32	40
▪ Bep, < Bac	41	39	51	41
▪ Bac, Bac +2	62	35	80	53
▪ > Bac +2	86	45	58	58
Activité professionnelle de la femme	*		***	*
▪ En activité	34	41	64	45
▪ Étudiante	67	48	-	66
▪ Au chômage	54	72	82	69
▪ Inactive	19	42	13	33
Est-ce que la grossesse tombait bien par rapport au travail ?	*		***	**
▪ Pas un bon moment	57	52	89	60
▪ Pas d'importance	17	31	46	31
▪ Ne travaille pas	48	47	22	44
Situation matérielle et financière				
▪ Difficile ou très difficile	32	49	51	47
▪ Pas de problème particulier	46	40	48	43
Perception de la relation			***	*
▪ Stable	33	37	36	36
▪ Débutante	64	45	77	54
▪ Incertaine	30	63	94	56
▪ Sans avenir/en rupture	61	60	100	65
Nombre d'enfants avant cette grossesse		***		**
▪ 0	47	38	28	44
▪ 1	26	16	67	25
▪ 2	62	54	57	55
▪ > 3	49	65	36	54
Délai écoulé depuis la dernière naissance				
▪ < 1 an	100	93	-	93
▪ 1-2 ans	32	44	42	42
▪ > 3 ans	21	42	52	44
▪ Pas d'enfant	47	36	28	43

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001 (avortements vs grossesses poursuivies). (Source : enquête COCON 2000^[20]).
Copyright ©2017, John Libbey Eurotext. Téléchargé par un robot venant de 46.3.194.126 le 02/07/2017.

IVG ET CONTRÔLE SOCIAL

Cette situation apparemment paradoxale inquiète toujours nombre d'acteurs sociaux qui ne saisissent pas véritablement le sens des évolutions observées. Le devoir contraceptif leur semble d'autant plus facile à remplir que les femmes ont à leur disposition des méthodes médicales réputées très efficaces et que l'idée du risque zéro en matière de contraception est fortement prégnante. Alors même que l'efficacité pratique n'est jamais absolue^[21], cette norme renvoie les femmes qui connaissent un échec de contraception (soit plus de 300 000 par an) dans le registre de l'irresponsabilité et de la déviance. Quant au recours à l'avortement, il est souvent perçu comme relevant d'un enjeu de prévention. Et les discours récurrents, notamment en France et aux États-Unis, sur l'augmentation des traumatismes psychiques en cas de recours à l'IVG pour justifier qu'il faille prévenir sa survenue alimentent l'angoisse et la culpabilité des femmes qui y ont recours. Ce déplacement de perspective vers le terrain de la psychologie voire de la psychiatrisation quand il s'agit des pratiques reproductives des femmes s'inscrit dans un mouvement plus général de psychologisation des rapports sociaux^[22]. Force est de constater qu'une telle approche contredit la méta-analyse publiée par le Royal College of Medicine^[23] à partir de l'ensemble des publications scientifiques et qui conclut à l'absence d'augmentation des troubles psychiques en cas de recours à l'avortement (comparativement aux femmes qui poursuivent leur grossesse non prévue jusqu'à la naissance d'un enfant)⁴. Cette approche contribue à éluder des enjeux essentiels comme l'importance de mieux former les professionnels de santé aux enjeux sociologiques et épidémiologiques (efficacité pratique des méthodes de contraception) pour réduire, autant que faire se peut, la survenue des grossesses non souhaitées. Cette perspective est différente de celle qui consiste à vouloir prévenir les IVG, événements qui relèvent de logiques sociales complexes qui renvoient principalement, comme le montrent nos résultats, au respect de la norme procréative qu'une société promeut. •

4. Cette méta-analyse inclut l'étude de Coleman (2011) qui pose des problèmes méthodologiques majeurs (Steinberg et Finer, 2012).

RÉFÉRENCES

1. Vilain A. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2009*. Études et Résultats 2011 (n° 765), <http://www.sante.gouv.fr/no-765>.
2. Aubin C, Jourdain D. *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2007*. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, oct 2009.
3. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. *Contraception et avortement en France dans les années 2000*. Population 3 2004 ; 59 : 409-18.
4. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* Population et Sociétés 2004 n°407.
5. Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France*. Pratiques, genre et santé. Paris : Éditions la Découverte 2008.
6. Toulemon L. *Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunes encore différentes pour les femmes et les hommes*. In : Bajos N, Bozon M (dir). *Enquête sur la sexualité en France*. Pratiques, genre et santé, Paris : Éditions la Découverte, 2008.
7. Bajos N, Ferrand M. *La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ?* Sciences sociales et santé 2004 ; 22 : 117-40.
8. Moreau C, Lydie N, Warszawski J, Bajos N. *Activité sexuelle, infections sexuellement transmissibles, contraception*. Baromètre Santé 2005, ed Inpes.
9. Bajos N, Ferrand M (dir). *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris : Éditions Inserm, collection « Santé Publique », 2002.
10. Moreau C, Desferes J, Trussel J, Bajos N. *Patterns of contraceptive use before and after an abortion : results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France*. Contraception 2010 ; 82 : 337-44.
11. Moreau C, Bajos N, Trussel J. *The Impact of Pharmacy Access to Emergency Contraceptive Pills in France*. Contraception 2006 ; 73 : 602-608. Epub 2006 Mar 29.
12. Maruani M. *Travail et emploi des femmes*, Paris, La Découverte 2000.
13. Bajos N, Ferrand M. *De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains du recours à l'IVG en France*. Revue Française des Affaires sociales, n° 1, 2011/1 : 69-85.
14. Le Van C. *Les grossesses à l'adolescence*. Normes sociales, réalités vécues. Paris : L'Harmattan 1998.
15. Le Den M. *Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention*. Sciences Sociales et Santé, Vol. 30, n° 1, mars 2012.
16. Langevin A, Valabregue C, Berger-Fprrestier C. *Ces maternités qu'on dit tardives*, Paris : Laffont 1982.
17. Moguerou L, Bajos N, Ferrand M. « Les maternités dites tardives : Enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? » Nouvelles Questions Féministes 2011.
18. Prioux F, Mazuy M. *L'évolution démographique récente en France : dix ans pour le Pacs, plus d'un million de contractants*. Population-F 2009 ; 64 : 445-94.
19. Donati P, Cebe D, Bajos N. *Les logiques décisionnelles de recours à l'IVG*. In : Bajos N, Ferrand M (dir). *De la contraception à l'avortement*. Sociologie des grossesses non prévues, Paris : Éditions Inserm, collection « Santé Publique » 2002.
20. Shivo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. *Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies*. Journal of Epidemiology and Community Health Care 2003 ; 57 : 601-5.
21. Moreau C, Trussel J, Rodriguez G, Bajos N, Bouyer J. *Contraceptive failure rates in France : results from a population-based survey*. Hum Reprod 2007 ; 22 : 2422-7.
22. Castel R. « D'où vient la psychologisation de rapports sociaux ? ». Sociologies Pratiques 2008, n° 17 : 15-27.
23. Academy of Medical Royal College 2011. *Induced Abortion and Mental Health : a systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*. omrc.org.uk/.../9432-induced-abortion-and-mental-health.ht
24. Rossier C, Toulemon L, Prioux F. *Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005*. Population-F 2009 ; 64 : 495-530.
25. Régnier-Loilier A. *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*. Paris : Les Cahiers de l'Ined n° 159, 2007. Ined (ed), 268 p.
26. Moreau C, Trussel J, Bajos N. *Contraceptive Paths of Adolescent Women Undergoing an Abortion in France*. J Ad Health 2012 ; 50 (4) : 389-94. [http://www.jahonline.org/issues?issue_key=S1054-139X\(11\)X0016-2](http://www.jahonline.org/issues?issue_key=S1054-139X(11)X0016-2).

MOTS-CLÉS : interruption volontaire de grossesse, grossesse non désirée, contraception.

CONFLITS D'INTÉRÊTS : aucun.

216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017

PAR ANNICK VILAIN, AVEC LA COLLABORATION DE SYLVIE REY,
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES, SEPTEMBRE 2018

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 202 900 auprès de femmes résidant en Métropole. Le taux de recours s'élève à 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Métropole et à 26,1 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les jeunes femmes (20 à 24 ans) restent les plus concernées, avec un taux de 26,7 IVG pour 1 000 femmes pour la France entière. L'indice conjoncturel d'avortement se maintient à 0,53 IVG par femme en 2017.

Les écarts régionaux perdurent, les taux de recours allant du simple au double selon les régions. En Métropole, ils varient de 10,2 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire à 21,4 IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ils sont souvent plus élevés dans les DROM et atteignent 33,6 en Guadeloupe.

48 100 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 22 % du total des IVG. À l'hôpital, la part des IVG instrumentales continue de décroître et s'élève à 41 %, soit 32 % du total des IVG.

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en France s'élève à 216 700 en 2017, selon les sources administratives (encadré 1). Parmi celles-ci, 13 400 le sont auprès des résidentes des départements et régions d'outre-mer (DROM)¹, y compris Mayotte. Chaque année, on compte environ une IVG pour un peu moins de quatre naissances (graphique 1).

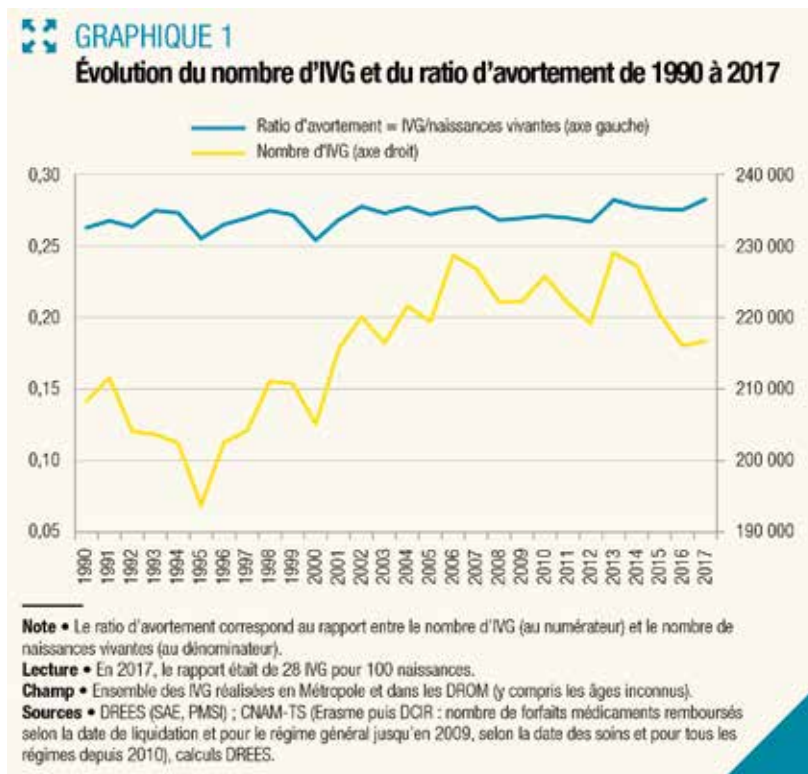
Depuis 2001, le nombre d'IVG varie, chaque année, entre 215 000 et 230 000. L'évolution est demeurée très faible en 2017, les résultats étant quasiment identiques à ceux de 2016 (après révision du chiffre publié l'année dernière)².

L'INDICE CONJONCTUREL D'AVORTEMENT DEMEURE GLOBALEMENT STABLE DEPUIS PRÈS DE QUINZE ANS

Les évolutions du nombre des naissances et des IVG suivent une tendance

proche depuis 1990 (graphique 1), si bien que le ratio d'avortement, qui rapporte une année donnée le nombre d'IVG au nombre total de naissances vivantes, reste plutôt stable au cours de la période, connaissant cependant une légère tendance à la hausse depuis le début des années 2000. Ce ratio est une mesure approchée de la propension des femmes enceintes à interrompre leur grossesse. En effet, cette propension, qui se définirait théoriquement comme le rapport du nombre d'IVG pour une année donnée au nombre total de conceptions de la même année (naissances vivantes, mais également fausses couches, mort-nés, interruptions médicales de grossesses [IMG] et IVG), n'est pas calculable, les données n'étant pas exhaustives notamment sur les fausses couches et les IMG avant 22 semaines d'aménorrhée.

L'indice conjoncturel d'avortement, qui s'élève à 0,53 en 2017, correspond à



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

2. Le chiffre de 2016 publié en juin 2017, incomplet du fait de remontées administratives tardives, a été révisé de +4174 pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers.

la somme des taux d'IVG par âge. Il est également stable (*graphique 2*). Cet indice représente le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours par âge de l'année considérée. Il permet de neutraliser l'effet de la déformation de la structure d'âge au fil des années.

Certaines femmes seront concernées plusieurs fois par une IVG au cours de leur vie féconde. En décomposant l'indicateur conjoncturel en nombre moyen de premières IVG et d'IVG répétées, l'Institut national d'études démographiques (Ined) a estimé en 2011 que le nombre de première IVG par femme était de 0,33³, ce qui signifie qu'une femme sur trois aura recours à au moins une IVG. Un certain nombre de femmes seront concernées plusieurs

fois au cours de leur vie féconde : en 2011, 33 % des femmes ayant recouru à une IVG l'avaient déjà fait au moins une fois auparavant. En 2017, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) évaluerait ce chiffre légèrement à la baisse, à 32 %⁴.

UN TAUX DE RECOURS EN LÉGÈRE BAISSÉ PARMIS MOINS DE 20 ANS

En 2017, on compte 14,4 IVG⁵ pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France métropolitaine et 26,2 dans les DROM (y compris Mayotte). C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (26,7 femmes sur 1 000). Après une augmentation entre 2000 et 2014, le taux global de recours à l'IVG est en légère baisse

depuis. L'évolution selon les tranches d'âge est plus différenciée. La diminution des taux de recours se poursuit ainsi chez les moins de 20 ans depuis 2010 (*graphique 3*), alors que les taux ont plutôt tendance à croître parmi les 25-39 ans. Ces évolutions sont relativement concordantes avec celles du taux de fécondité par âge, les ratios IVG par nombre de naissances vivantes étant stables pour chaque tranche d'âge. Toutefois, une part non négligeable des IVG réalisées hors établissements hospitaliers sont réalisées avec un identifiant anonyme ne permettant pas de connaître l'âge des femmes concernées (15 % des IVG réalisées dans les centres de santé ou les centres de planification et d'éducation familiale ICPEFI et 2 % des IVG réalisées en cabinet). Selon la réglementation en vigueur, ces 1 589 IVG pratiquées en ville sur des femmes dont l'âge est inconnu concernent exclusivement des mineures ; le taux de recours calculé en les incluant atteindrait 12,0 pour 1 000 femmes âgées de 15-17 ans (contre 6,3 sans les prendre en compte). Les IVG concernant des femmes d'âge inconnu représentent une très faible part des IVG et leur prise en compte parmi les moins de 20 ans ne remettrait pas en question la tendance à la baisse observée chez celles-ci.

DES RECOURS PLUS FRÉQUENTS DANS LES DROM, EN ÎLE-DE FRANCE ET DANS LE SUD

Les taux de recours varient du simple au double d'une région métropolitaine à l'autre : de 10,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans dans les Pays de la Loire à 20,8 pour 1 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (*tableau 1*).

Les taux de recours à l'IVG sont les plus élevés dans les DROM, en Ile-de-France et dans le Sud (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse), où ils dépassent 16 IVG pour 1 000

ENCADRÉ 1

LES SOURCES MOBILISABLES POUR DÉNOMBRER LES IVG

Plusieurs sources peuvent actuellement être mobilisées pour le suivi annuel du nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les données recueillies dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les IVG réalisées en centres hospitaliers ; le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments) pour les IVG médicamenteuses réalisées hors établissements hospitaliers. Ce nombre de remboursement de forfaits est disponible mois par mois auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS), à partir des données du régime général (extraction, recherche et analyse pour un suivi médico-économique [Erasmé] puis des données Datamart de consommation inter-régimes [DCIR]) depuis 2005, à la suite de leur autorisation en cabinet libéral, en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale depuis 2009, enfin pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et la Sécurité sociale des indépendants depuis 2010.

Les données du PMSI, qui permettent de connaître l'âge précis de la patiente, sont les données de référence pour les IVG hospitalières. Le chiffre des IVG hospitalières est déterminé par le nombre de séjours classés dans le groupe homogène de malades (GHM) 14Z08Z, correspondant aux IVG avec un séjour inférieur à trois jours. Les avortements classés dans un autre groupe représentent 235 IVG en 2017, soit 0,1 % du total des IVG.

Dans cette étude, le nombre d'IVG en établissements de santé et leur répartition selon le mode d'intervention sont issus de la SAE jusqu'en 2013 et du PMSI depuis 2014. Les données sont disponibles par départements et régions depuis 1994 (depuis 2011 pour Mayotte).

Les données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) sont utilisées pour estimer le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral depuis 2006 et dans les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale depuis 2009. L'analyse a porté sur la situation au 25 juin 2018, avec des dates d'entrée jusqu'au 1^{er} juin 2018. Les données de 2016 ont été révisées car sous-estimées lors de la précédente publication.

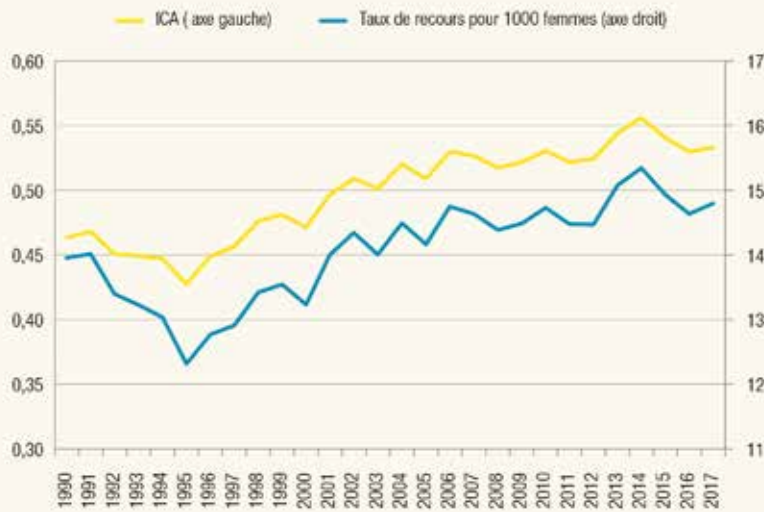
Au-delà de ces indicateurs globaux d'évolution, des analyses structurelles sur la situation personnelle et sociale des femmes sont ponctuellement publiées par le biais de résultats d'enquêtes périodiques [FECOND, COCON] de l'unité mixte Ined-Inserm (Institut national d'études démographiques-Institut national de la santé et de la recherche médicale), plus riches en information sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes et sur les raisons de leur recours à l'IVG que les données administratives.

Le Baromètre santé de Santé publique France permet d'obtenir régulièrement des données sur les IVG et la contraception.

Enfin, des enquêtes thématiques, comme celle de la DREES menée auprès de 11 500 femmes ayant eu recours à une IVG en 2007, ont permis de recueillir des informations sur les établissements et les professionnels.

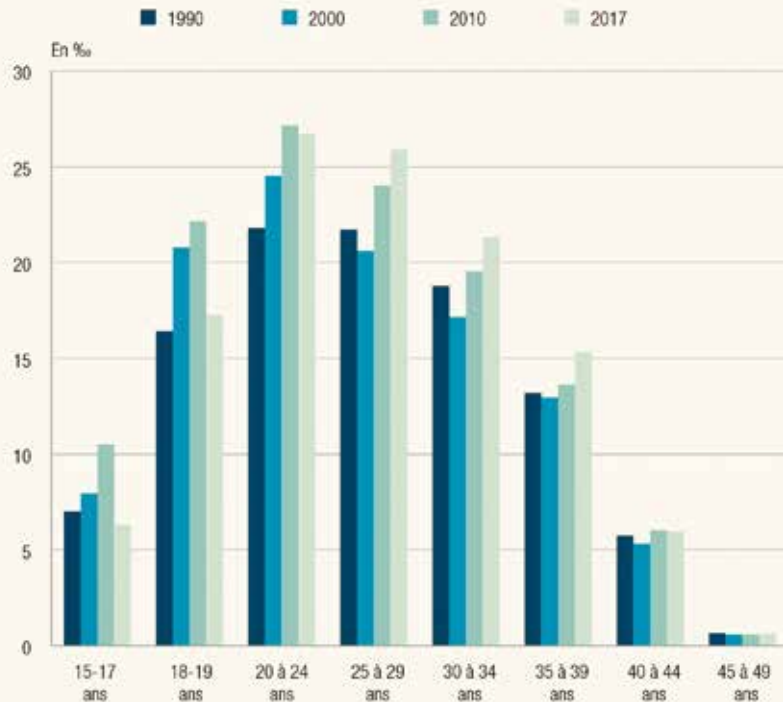
3. Sources : Bulletins d'interruptions volontaires de grossesse.
4. Une nouvelle variable introduite dans le PMSI en 2015 permet de renseigner le nombre d'IVG antérieures. Celle-ci est renseignée pour 52 % des séjours ; parmi eux, on dénombre 68 % des cas sans IVG antérieure, 22 % avec une IVG, 7 % avec deux et 3 % avec trois ou plus.
5. Calculé pour les seules IVG de femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes dont l'âge est inconnu sont prises en compte pour le calcul des taux de recours nationaux et régionaux, mais elles ne le sont pas pour celui des taux par âge.

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



Lecture • En 2017, le taux de recours à l'IVG s'élève à 14,8 IVG pour 1 000 femmes et l'indice conjoncturel d'avortement à 0,53 IVG/femme.
Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans, y compris les femmes dont l'âge est inconnu pour le taux de recours).
Sources • DREES (SAE, PMSI) ; CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de la population).

GRAPHIQUE 3
Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2017



Champ • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM (hors femmes de moins de 15 ans ou de plus de 50 ans ou dont l'âge est inconnu).
Sources • DREES (SAE) ; CNAM-TS (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; ATIH (PMSI) ; Insee (estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2017), calculs DREES.

femmes, voire 33 IVG pour 1 000 femmes en Guyane et Guadeloupe. Les taux sont également plus élevés pour les mineures dans les DROM.

De 13,6 chez les moins de 18 ans à La Réunion, à 14,8 en Guadeloupe, ils sont supérieurs à 18,3 pour les autres DROM, contre 4,0 à 8,8 pour les mineures des régions métropolitaines. La standardisation par âge n'atténue pas les disparités régionales en Métropole.

UNE IVG SUR VINGT EST RÉALISÉE ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE

Les IVG réalisées durant les deux dernières semaines du délai légal peuvent rendre compte de difficultés de parcours et d'accès. En France, 5 % des IVG sont pratiquées dans ce délai mais, là aussi, les variations sont notables selon le département de résidence des femmes. En 2017, leur proportion est plus élevée dans les DROM, hormis en Guadeloupe, et plus particulièrement à Mayotte (15,9 %). En Métropole, les différences varient de 1,1 % à 8,7 % selon les départements de résidence (carte 1 page suivante). Les régions des Pays de la Loire et de la Bourgogne-Franche-Comté sont plus particulièrement concernées.

DEUX IVG SUR TROIS SONT RÉALISÉES DE FAÇON MÉDICAMENTEUSE EN MÉTROPOLE

Depuis 2005, des IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées en dehors des structures hospitalières. En 2017, 19,2 % des IVG (33,1 % dans les DROM) l'ont été en cabinet libéral, et 2,2 % (0,1 % dans les DROM) dans les centres de santé ou les CPEF (tableau 1 et encadré 2), soit 43 500 IVG en Métropole et 4 500 dans les DROM.

En 2017, 59 % des IVG réalisées en établissement hospitalier sont des IVG médicamenteuses, contre 10 % en 1992.

L'augmentation progressive du nombre des IVG réalisées hors établissements hospitaliers, en cabinet libéral depuis 2005 et dans les centres de santé et les CPEF depuis 2009, s'accompagne de la baisse continue du nombre des IVG instrumentales réalisées en établissement hospitalier. Cette baisse a été amorcée en 2001, alors que le nombre des IVG médicamenteuses en établissements de santé a continué d'augmenter jusqu'en 2005 avant de se stabiliser.

**TABLEAU 1 > LES IVG EN 2017,
SELON LA RÉGION DE RÉSIDENCE DE LA FEMME**

	Établissement hospitalier	Centre de santé, centre de planification et d'éducation familiale	Cabinet libéral	Total IVG réalisées	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15-49 ans	IVG de mineures pour 1 000 femmes de 15 à 17 ans
Métropole						
Grand-Est	12 924	130	905	13 959	11,7	5,3
Nouvelle-Aquitaine	12 659	558	2 826	16 043	13,2	6,0
Auvergne-Rhône-Alpes	17 828	605	4 117	22 550	12,9	5,1
Bourgogne-Franche-Comté	5 453	22	1 311	6 786	11,8	5,7
Bretagne	6 730	100	625	7 455	11,0	4,0
Centre-Val de Loire	5 416	153	944	6 513	12,4	5,5
Corse	1 028	3	183	1 214	17,2	6,5
Ile-de-France	35 371	2 246	14 475	52 092	17,4	6,7
Occitanie	15 880	226	3 711	19 817	16,1	6,6
Pays de la Loire	7 859	12	267	8 138	10,2	3,8
Hauts-de-France	15 408	27	1 989	17 424	13,0	7,7
Normandie	7 030	108	1 274	8 412	12,1	6,3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	15 808	275	6 433	22 516	21,4	8,8
Total résidentes en Métropole	159 394	4 465	39 060	202 919	14,4	6,1
DROM						
Guadeloupe	1 462	5	1 536	3 003	33,6	14,8
Martinique	1 852	3	253	2 108	26,4	18,3
Guyane	1 362	5	971	2 338	33,0	23,6
La Réunion	3 011	1	1 343	4 355	20,7	13,6
Mayotte	1 284	1	336	1 621	25,6	22,4
Total résidentes DROM	8 971	15	4 439	13 425	26,1	17,4
Résidence inconnue²		18	80	98		
Résidentes France entière	168 365	4 498	43 579	216 442	14,8	6,6
Résidence à l'étranger	244			244		
Total IVG réalisées	168 609	4 498	43 579	216 686		

- Calculé en rapportant les IVG pour des femmes âgées de 15-49 ans ou dont l'âge est inconnu à la population des femmes de 15-49 ans.
 - Dans 1 800 cas, le lieu de résidence inconnu a été approché par le lieu de réalisation de l'acte: seules les interventions pour lesquelles ni la résidence de la femme, ni le lieu de réalisation ne sont connus apparaissent en « résidence inconnue ».
- Champ** • Ensemble des IVG réalisées en Métropole et dans les DROM.
Sources • DREES (PMSI), Insee (estimations localisées de populations au 1^{er} janvier 2017), CNAM-TS (données de consommation inter-régimes, nombre de forfaits médicamenteux remboursés selon la date de soins, tous régimes).

Globalement, 67,5 % des IVG sont réalisées de façon médicamenteuse en Métropole (76,1 % n dans les DROM).

UNE IVG SUR TROIS EST RÉALISÉE HORS DU CADRE HOSPITALIER EN ILE-DE-FRANCE ET DANS LES DROM

La prise en charge des IVG hors établissements de santé demeure concentrée dans certaines régions: si 3 % des IVG sont réalisées en cabinet libéral en Pays de la Loire et 6 % dans le Grand-Est, cette pratique concerne près de 30 % des IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Ile-de-France

et à La Réunion, et jusqu'à 42 % en Guyane et 51 % en Guadeloupe. La pratique des IVG dans les centres de santé et les CPEF est peu développée puisque seules 2 % des IVG y ont lieu, ce chiffre montant à 4 % en Ile-de-France (tableau 1 et graphique 4). Hors établissement, la majorité des IVG médicamenteuses sont réalisées par des médecins généralistes (65 % dans les centres et 43 % en cabinet libéral) et des gynécologues obstétriciens (19 % dans les centres et 42 % en cabinet libéral); seules 3 % d'entre elles le sont par des sages-femmes en 2017 (1 % en 2016).

ENCADRÉ 2

LA LÉGISLATION EN FRANCE

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi du 17 janvier 1975 dite loi Veil, reconduite en 1979, puis définitivement légalisée le 1^{er} janvier 1980, remboursée par la Sécurité sociale à 70 % depuis la loi du 31 décembre 1982 (loi Roudy).

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse.

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. Ces IVG peuvent être pratiquées jusqu'à sept semaines d'aménorrhée révolues. Les médecins autorisés, depuis juillet 2004, à pratiquer cette intervention dans leur cabinet déclarent cette activité par le biais de l'établissement de santé avec lequel ils ont passé une convention.

Depuis le décret du 6 mai 2009, qui précise les modalités de la loi 2007-1786 du 19 décembre 2007 étendant le dispositif relatif à la pratique des IVG par voie médicamenteuse en dehors des établissements de santé, les centres de santé et les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) réalisent également des IVG médicamenteuses.

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 27 janvier 2016 a supprimé le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG et a autorisé les IVG instrumentales hors établissement de santé, dans les centres de santé et CPEF. Leur mise en place reste à l'heure actuelle en attente de la finalisation des textes d'application. Depuis le 31 mars 2013, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, et tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1^{er} avril 2016. Enfin, les sages-femmes peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses depuis juin 2016.

LES IVG EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SONT PRINCIPALEMENT RÉALISÉES EN SECTEUR PUBLIC

En 2017, 509 établissements ont réalisé au moins une IVG en France (dont un à Mayotte ⁶). En Métropole, ce sont pour 71 % d'entre eux des établissements publics (*graphique 4*), prenant en charge 85 % des IVG réalisées en établissement. Dans les DROM, 62 % sont publics

6. Source PMSI.

(*graphique 4*) et prennent en charge 87 % des IVG réalisées en établissement.

UNE PROPORTION D'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE TRÈS VARIABLE SELON LE DÉPARTEMENT

Parmi les IVG instrumentales réalisées en établissement de santé, la proportion d'anesthésie générale est, en Métropole, de 79 % et elle atteint 98 % dans les DROM.

Cette proportion varie de 18 % à 100 % selon le département de l'établissement (de 0 % à 100 % selon l'établissement). Ces variations rendent compte de différences de pratiques entre les établissements, dans la demande des femmes mais aussi, lorsque le taux d'anesthésie est faible, de la disponibilité des anesthésistes. •

POUR EN SAVOIR +

- Aubin, C., Jourdain-Menninger, D., Chambaud, L. (2009, octobre). *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, IGAS, RM2009-112P.
- Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C. et l'équipe FECOND (2014, mai). *La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif?*, Ined, Population et sociétés, 511.
- Commission sur les données et la connaissance de l'IVG (2016, juillet). *IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information (rapport)*.
- Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (2013, novembre). *Rapport relatif à l'IVG*.
- Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E. (2015, janvier). *Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété*. Ined, Population et sociétés, 518.
- Mazuy, M., Toulemon, L., Baril, E. (2014). *Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours*. Ined, Population, 69 (3).
- Naves, M.-C., Sauneron, S. (2011, juin). *Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? Premiers résultats du baromètre Santé 2010*. Centre d'analyse stratégique, Note d'analyse, 226.
- Vilain, A. (2017, juillet). *211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016*. DREES, Études et Résultats, 1013.
- Vilain, A. (2009, décembre). *Les établissements et les professionnels réalisant des IVG*. DREES, Études et Résultats, 712.
- Vilain, A., Collet, M., Moisy, M. (2010). *Les IVG en France en 2007 : caractéristiques des femmes, modes et lieux de prise en charge*. Dans *L'état de santé de la population en France : rapport 2009-2010*. Paris, France : DREES.

