

ÉTUDES et RÉSULTATS

septembre 2026
n° 1384

50 ans après la loi Veil, un quart des IVG sont réalisées en ville par des sages-femmes en 2025

En 2025, le nombre d'IVG est de 259 400, soit 2,9 % de plus qu'en 2024. Depuis les années 2000, le taux de recours est longtemps resté stable, autour de 15 IVG pour 1 000 femmes (‰) âgées de 15 à 49 ans.

S'il augmente depuis 2018, il a connu une baisse en 2020-2021, avec la pandémie de Covid-19, avant d'atteindre 17,8 ‰ en 2025. La hausse est portée par les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé.

De fait, les IVG sont principalement médicamenteuses en 2025 (81 %) : cette méthode, qui peut être pratiquée en ville jusqu'à la 7^e semaine de grossesse ou 9^e semaine d'aménorrhée (SA), concerne aussi la majorité des IVG en établissement de santé (63 % d'entre elles en 2025).

La moitié des IVG sont réalisées hors établissement en 2025, dont la moitié par des sages-femmes, de plus en plus nombreuses à les pratiquer depuis qu'elles y ont été autorisées en 2016. Les procédures menées en établissement de santé à partir de 10 semaines de grossesse (12 SA), représentent 5 % de l'ensemble des IVG.

Les taux de recours standardisés sur l'âge sont deux fois plus élevés dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) qu'en France métropolitaine, avec de fortes disparités aussi bien d'un DROM à l'autre qu'entre régions métropolitaines.

Annick Vilain, Jeanne Fresson avec la collaboration de Milena Suarez Castillo (Drees)

En France, une femme enceinte peut décider d'interrompre sa grossesse avant la fin de la 14^e semaine¹ selon deux méthodes : par aspiration (IVG instrumentale) ou par prise de médicaments (IVG médicamenteuse). L'IVG médicamenteuse peut être réalisée en cabinet de ville ou en centre de santé jusqu'à la septième semaine de grossesse (correspondant à 9 SA), ou en établissement de santé jusqu'à 14 semaines de grossesse (16 SA). L'IVG instrumentale se pratique jusqu'à 16 SA en établissement ou, depuis 2021, dans des centres de santé conventionnés (*encadré 1*). Le

choix de la technique repose sur le terme de la grossesse, d'éventuelles contre-indications à l'une ou l'autre méthode et les préférences de la femme. Il peut toutefois être aussi contraint par l'offre de soins disponible.

Le recours à l'IVG continue d'augmenter

En 2025, cinquante ans après la dépénalisation de l'IVG par la loi Veil, 259 400 interruptions volontaires de grossesse ont été pratiquées, ce qui correspond à un taux de recours de 17,8 IVG pour 1 000 femmes (‰) de 15 à 49 ans² ●●●

1. 14^e semaine de grossesse ou 16^e semaine d'aménorrhée (SA), délai depuis la date des dernières règles.

2. Le taux de recours s'élève à 17,8 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans si on prend l'ensemble des IVG, et à 17,6 pour 1 000 femmes si on se limite aux IVG pour lesquelles l'âge de la femme est connu.

... (graphique 1), soit +2,9 % d'IVG et +0,5 point de recours par rapport à 2024. Stable autour de 15 ‰ depuis le début des années 2000, le taux de recours croît depuis la fin des années 2010 (+ 0,5 point entre 2017 et 2018, puis + 0,3 point en 2019). Passé les années de crise sanitaire, le taux de recours progresse de +0,5 point en 2024 comme en 2025. Cette hausse est principalement portée par les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement de santé. À l'inverse, le nombre d'IVG instrumentales reste globalement stable, tandis que celui des IVG médicamenteuses en établissement de santé diminue.

L'indice conjoncturel d'avortement (ICA) est également en hausse. Il mesure le nombre moyen théorique d'IVG qu'aurait une femme au cours de sa vie féconde si elle connaissait, à chaque âge, les taux de recours observés l'année considérée³. Par construction, cet indicateur neutralise l'effet de la déformation de la structure

d'âge au fil des ans, qui peut modifier le taux de recours, même en l'absence de changement dans les pratiques. Il atteint 0,63 en 2025 (contre 0,61 en 2024), et à l'exception des deux années de crise sanitaire (2020 et 2021), il est en hausse depuis 2018 où il valait 0,55. En d'autres termes, si chaque recours correspondait à une femme différente, plus de 6 femmes sur 10 pratiqueraient une IVG au cours de leur vie féconde, avec les taux actuels par âge.

Le recours à l'IVG augmente à tous les âges

Le recours à l'IVG est le plus fréquent entre 20 et 29 ans : 29,7 ‰ entre 20-24 ans, et 30,3 ‰ entre 25-29 ans. Après la baisse ponctuelle des IVG en 2020, les taux de recours augmentent à tous les âges depuis 2022. Cette dynamique s'inscrit dans la continuité des années antérieures chez les femmes de 25 ans ou plus, mais marque une rupture pour les plus jeunes, dont les recours étaient en baisse

Encadré 1 Historique de la législation en France

En France, l'IVG a été temporairement autorisée par la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse du 17 janvier 1975, dite loi Veil, reconduite en 1979, puis définitivement pérennisée au 1^{er} janvier 1980. En 1982, la loi dite Roudy introduit le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale à 70 %. En 2016, cette prise en charge et celle des actes associés sont passées à 100 %. Le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG a été supprimé pour les femmes majeures. Le délai de réflexion ne s'applique plus non plus pour les mineures depuis mars 2022, bien que l'entretien psychosocial demeure obligatoire pour ces dernières.

En 2001, avec la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception Aubry-Guigou, le délai maximal de recours autorisé a été prolongé jusqu'à la fin de la 12^e semaine de grossesse, soit théoriquement 13 SA + 6 jours, mais admis en pratique jusqu'à 14 SA + 0 jour. La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989 en établissement de santé.

La loi Aubry-Guigou et ses textes d'application de juillet 2004 ont permis aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse en médecine de ville, auprès d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée. Les médecins libéraux devaient signer une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer l'IVG, et travailler en réseau avec ce même établissement. Ces IVG pouvaient être pratiquées jusqu'à 7 SA.

Depuis 2009, les centres de santé sexuelle (anciens centres de planification et d'éducation familiale) réalisent également des IVG médicamenteuses lorsqu'ils ont une convention avec un établissement de santé.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application d'avril 2021 autorisent et fixent des conditions de réalisation des IVG instrumentales dans les centres de santé. Enfin, depuis juin 2016, les sages-femmes libérales peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet.

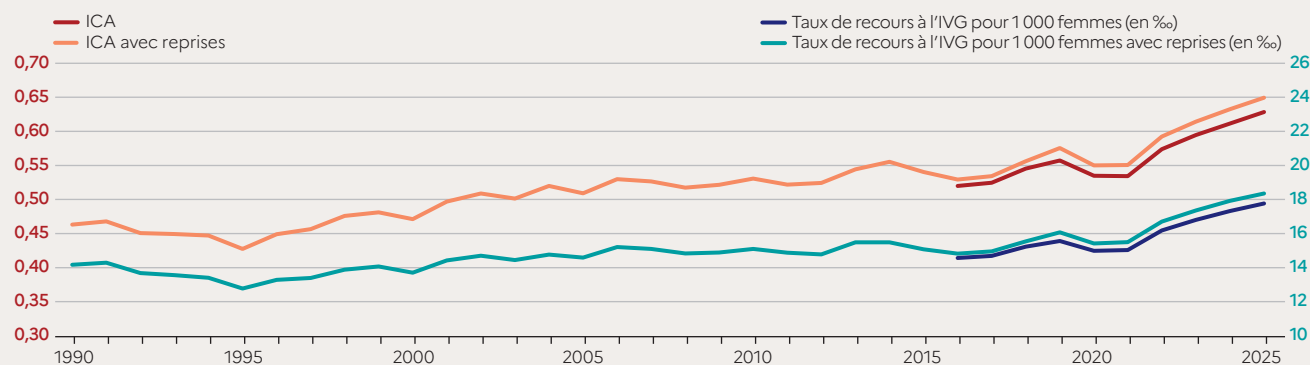
En 2020, face à l'épidémie de Covid-19 et dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, le délai pour les IVG médicamenteuses en ville a été prolongé à 9 SA et la téléconsultation pour la réalisation de l'IVG a été également autorisée.

La loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement prolonge de deux semaines le délai de recours à l'IVG en établissement de santé jusqu'à la fin de la 14^e semaine de grossesse (soit en pratique 16 SA + 0 jour).

Les agences régionales (ARS) doivent mettre à disposition un répertoire recensant les professionnels et les structures pratiquant l'IVG. Les sages-femmes sont habilitées à réaliser des IVG instrumentales en établissement de santé.

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

Graphique 1 Évolution de l'indice conjoncturel d'avortement (ICA) et du taux de recours à l'IVG depuis 1990



Note > Avant 2016, les données incluent les reprises lorsqu'une IVG a donné lieu à une nouvelle intervention dans les semaines suivant la première intervention.
Lecture > En 2025, le taux de recours à l'IVG sans reprises s'élève à 17,8 IVG pour 1 000 femmes (échelle de droite en bleu) et l'indice conjoncturel d'avortement par 0,63 IVG par femme (échelle de gauche en rouge).

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France (y compris les femmes d'un âge inconnu pour le taux de recours).

Sources > Drees (SAE, PMSI) ; CNAM (Erasmus puis DCIR : nombre de forfaits médicaments remboursés selon la date de liquidation et pour le régime général jusqu'en 2009, selon la date des soins et pour tous régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de la population), calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1384 © Drees

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

depuis plusieurs années avant la crise sanitaire (*graphique 2 et tableau complémentaire A**). Cette augmentation des taux de recours s'inscrit dans un contexte plus large de modification des comportements vis-à-vis de la contraception comme le montre l'enquête « Contexte des sexualités en France » (Moreau C, 2026). L'estimation du taux de recours à l'IVG des femmes mineures dépend fortement de l'hypothèse retenue pour l'âge des femmes ayant recours au dispositif d'anonymat. Cette procédure, d'abord réservée aux mineures, a été généralisée à toutes les femmes en 2021. Elle est très utilisée pour les IVG en téléconsultation, où 76 % de ces IVG sont réalisées sous anonymat. Sur l'ensemble des IVG, la part de celles sous anonymat, stable à 5 % de 2019 à 2022, augmente depuis 2023, passant de 5,3 % en 2023 à 6,6 % en 2024 et atteignant 7,8 % en 2025 (*encadré 2*).

Dans l'ensemble des tranches d'âge, seul le taux de recours des femmes mineures demeure plus faible en 2025 qu'en 1990 où il était de 7,0 ‰ (et ceci sans réintégrer les recours anonymes). Ce taux augmente légèrement depuis 2022 et atteint 5,8 ‰ en 2025 chez les mineures.

Si l'ensemble des recours anonymes sans âge renseigné était attribué aux femmes mineures (hypothèse intermédiaire), leur taux de recours atteindrait 6,0 ‰ en 2022 et 6,9 ‰ en 2025. En retenant l'ensemble des recours sans âge renseigné, qu'ils soient anonymes ou non (hypothèse maximaliste), ce taux atteindrait 7,9 ‰ en 2025, contre 7,4 ‰ en 2022.

81 % des IVG sont médicamenteuses en 2025

La pratique des IVG a beaucoup évolué depuis vingt ans : en 2004, elles se déroulaient toutes en établissement de santé, 57 % étant instrumentales. En 2025, elles ne sont plus que 53 % à être effectuées en établissement, dont 36 % de façon instrumentale (soit 19 % de l'ensemble des IVG). La méthode médicamenteuse, qui concernait 31 % des IVG en 2001 et 68 % des IVG en 2017, concerne ainsi 81 % des IVG réalisées en 2025 (+1 point par rapport à 2024).

Parmi les IVG médicamenteuses réalisées hors établissement, 108 400 ont eu lieu dans un cabinet libéral et 12 800 en centre de santé ou en centre de santé sexuelle (*graphique 3*). À cela s'ajoutent 1 400 IVG suite à une téléconsultation, soit 180 de moins qu'en 2024. La téléconsultation, autorisée en 2020 et pérennisée depuis, permet d'obtenir les médicaments en pharmacie : 516 pharmacies ont délivré des médicaments pour réaliser une IVG en 2025. Seules les téléconsultations donnant lieu à un retrait de médicaments en pharmacie sont repérables. Ce chiffre ne couvre pas l'ensemble du parcours, le recours à la téléconsultation lors des consultations préalables ou de suivi n'étant pas identifiable dans les bases.

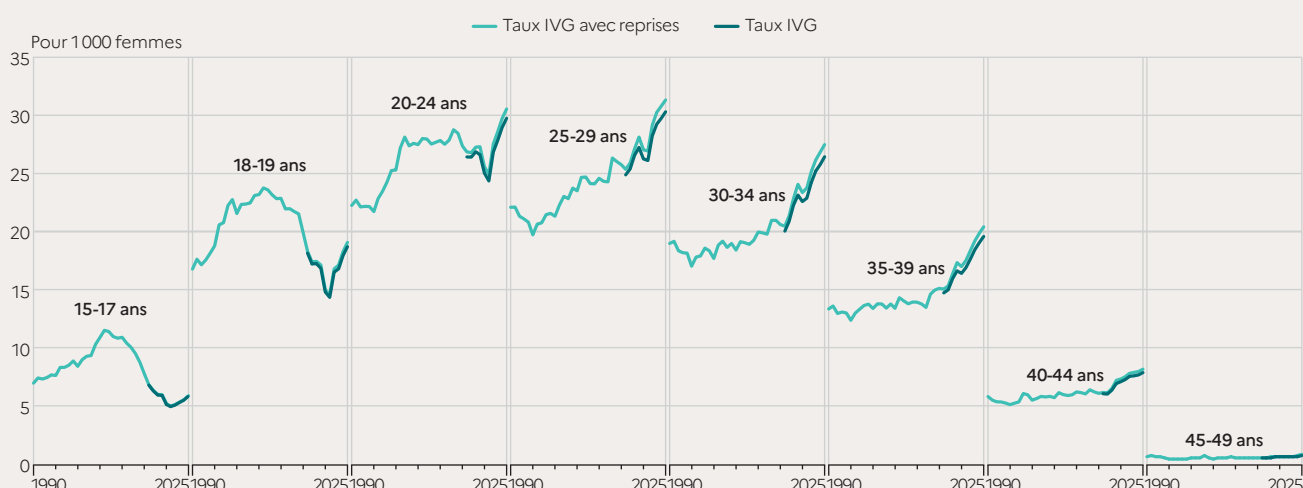
La pratique des IVG instrumentales en centre de santé reste peu répandue : elle concerne 103 cas en 2025, dont huit sur dix sont concentrés dans les deux centres pionniers du Loiret et du Val-de-Marne.

Des IVG plus tardives et davantage pratiquées en établissement chez les moins de 25 ans

Les IVG des femmes de 25 ans ou plus interviennent plus souvent à un stade précoce : 91 % d'entre elles sont réalisées avant 10 SA contre 86 % pour les femmes de moins de 25 ans. Ainsi, les femmes plus jeunes s'orientent davantage vers les établissements de santé - cadre quasi exclusif des actes instrumentaux - et ont plus fréquemment recours à cette méthode : 60 % des IVG des moins de 25 ans ont lieu en établissement hospitalier, contre 49 % chez les 25 ans ou plus. Au sein de ces structures, la méthode instrumentale représente 39 % des actes chez les plus jeunes, contre 34 % pour leurs aînées.

Avant 10 SA, alors que les deux méthodes sont possibles, les femmes plus jeunes ont davantage recours à une IVG en établissement et privilégient plus fréquemment la voie instrumentale : 54 % des IVG des moins de 25 ans se déroulent en établissement hospitalier, contre 43 % parmi les femmes de 25 ans ou plus. Dans le cadre de ces prises en charge à l'hôpital, 25 % des IVG sont instrumentales chez les plus jeunes, contre 21 % pour leurs aînées.

Graphique 2 Évolution des taux de recours à l'IVG selon l'âge de 1990 à 2025



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

Lecture > En 2025, le taux de recours à l'IVG chez les 20 à 24 ans est de 29,7 pour 1000 femmes.

Champ > Ensemble des IVG réalisées en France (hors femmes d'âge inconnu, inférieur à 15 ans ou supérieur à 49 ans).

Sources > SAE ; PMSI-MCO ; DCIR (forfaits médicamenteux de ville [FMV] selon la date de liquidation des soins pour le régime général jusqu'en 2009 et FMV selon la date du soin tous régimes depuis 2010) ; Insee (estimations localisées de population au 1^{er} janvier), calculs Drees.

> Études et Résultats n° 1384 © Drees

4. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la Drees (lien en fin de publication).

En cabinet libéral, plus de la moitié des IVG sont réalisées par des sages-femmes

En 2025, trois catégories de professionnels effectuent des IVG en cabinet libéral : 1 690 sages-femmes (59 680 IVG), 970 médecins généralistes (22 208 IVG) et 910 gynécologues, médicaux ou obstétriciens (26 490 IVG). En centre de santé ou centre de santé sexuelle, 5 510 IVG ont été réalisées par des sages-femmes (43 %), 5 450 par des généralistes (44 %) et 1 710 par des gynécologues, médicaux ou obstétriciens (13 %).

La pratique de l'IVG par les sages-femmes libérales continue de se développer à un rythme soutenu (+ 15 % par rapport à 2024) [graphique 4]. En 2025, elles ont effectué une IVG sur quatre, soit 54 % des IVG en ville, tandis que 23 % ont été pratiquées par les médecins généralistes et 23 % par les gynécologues médicaux ainsi que par les gynécologues-obstétriciens (encadré 2). Le nombre de sages-femmes ayant pratiqué au moins une IVG dans l'année continue d'augmenter très rapidement (+ 240 sur un an). Le nombre de médecins généralistes progresse quatre fois plus lentement (+40), tandis que celui des gynécologues – médicaux comme obstétriciens – stagne (+10). Beaucoup de praticiens, quand ils la pratiquent, font

très peu d'IVG au cours de l'année : en ville, 28 % des sages-femmes et 53 % des médecins en ont pratiqué moins de dix ; seulement 7 % des sages-femmes et 5 % des médecins en ont effectué 100 ou plus⁵.

Les disparités régionales perdurent, avec un recours deux fois plus élevé dans les DROM

Le taux de recours à l'IVG standardisé sur l'âge pour l'ensemble des DROM est de 33,0 ‰, le double du taux en France métropolitaine (17,0 ‰). Ce taux s'élève à plus de 45 ‰ en Guadeloupe et en Guyane. Il est cependant probable qu'une part non négligeable des IVG enregistrées en Guyane concernent des femmes non-résidentes⁶, conduisant à un taux de recours surestimé sur la population résidente⁷.

Les taux de recours à l'IVG se stabilisent ou continuent de croître en 2025 dans toutes les régions de France, à l'exception de la Guyane et de Mayotte, où les taux baissent pour la troisième année consécutive (tableau complémentaire B). Mayotte se distingue, contrairement aux autres DROM, par un taux de recours plus faible que celui de certaines régions métropolitaines telles que la Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Corse ou l'Île-de-France (tableau 1).

Encadré 2 Les sources mobilisées pour dénombrer les IVG

Sources utilisées

Jusqu'en 2013, les données sont issues de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). À partir de 2014, les IVG en établissements de santé (ES) sont comptabilisées à partir des séjours hospitaliers du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les IVG hors ES par les données de remboursement de l'assurance maladie (système national des données de santé SNDS).

Dénombrement des IVG

En ES, tous les séjours comportant un code diagnostic O04 (« Avortement médical ») assorti depuis 2019 de l'extension « 0 » (« Interruption volontaire de grossesse dans le cadre légal ») sont sélectionnés. Pour les IVG hors ES, les forfaits médicaments remboursés sont retenus.

Dans cette étude, l'objectif est de dénombrer les grossesses interrompues et non l'ensemble des prises en charge pour IVG. En cas d'échec de la méthode ou de résidus nécessitant une nouvelle prise médicamenteuse ou une intervention complémentaire, les codes utilisés peuvent être les mêmes que pour l'IVG initiale. Grâce au chaînage des épisodes de soins, les prises en charge multiples sur la période 2016-2025 sont identifiées. Si le délai entre deux actes est inférieur à 64 jours, il s'agit très probablement de gestes complémentaires à l'IVG initiale et non d'une nouvelle grossesse ; ces cas sont donc exclus du dénombrement. De plus, les séjours hospitaliers codés explicitement comme des compléments d'IVG (diagnostic O04.40 et acte de révision utérine : JNMD001 et sans acte d'IVG) sont également non comptabilisés. Au total en 2025, 8 638 prises en charge complémentaires ont ainsi été exclues du décompte des IVG.

L'analyse des données 2025 a porté sur les informations enregistrées au 15 juillet 2026 pour les forfaits médicaments réalisés en ville. Les calculs ont été actualisés pour la période 2020-2024 pour tenir compte des forfaits enregistrés tardivement. Ceci explique en 2024 un nombre d'IVG corrigé par rapport à la précédente publication (+927).

Méthodes médicamenteuses et instrumentales

Le codage des actes par la classification commune des actes médicaux (CCAM) permet de distinguer les deux méthodes : JNJP002 (évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage au 1^{er} trimestre de

la grossesse) et JNJP001 (évacuation d'un utérus gravide par moyens médicamenteux au 1^{er} trimestre de la grossesse). Par convention, dans le PMSI, ces actes sont utilisés pour l'ensemble des IVG y compris celles réalisées au 2^e trimestre de la grossesse (14 à 16 SA).

Calcul du terme

En ES, le terme des IVG est calculé à partir de la date des dernières règles (variable obligatoire mais sans contrôle de saisie). L'enregistrement facultatif mais recommandé de l'âge gestationnel (en SA) permet de corriger une partie des erreurs. Après correction, en 2025, 2,1 % des termes sont nuls, inférieurs à 5 SA (minimum pour constater la grossesse) ou supérieurs au délai légal. Avant 2022 et la prolongation du délai autorisé de 14 à 16 SA, 1 % des IVG étaient enregistrées avec un terme supérieur à 14 SA, notamment en raison de ces erreurs possibles sur le terme. Dans ces conditions, il est difficile de chiffrer exactement l'impact de l'allongement du délai de recours. En 2025, 3,3 % des IVG enregistrées en ES ont un terme compris de 14 à 16 SA. Il est donc possible d'estimer que 2,3 à 3,3 % des IVG en ES sont réalisées au 2^e trimestre (à partir de 14 SA), soit 1 % à 2 % du total des IVG.

Hors ES, les IVG médicamenteuses sont autorisées jusqu'à 9 SA mais le détail du terme n'est pas disponible. Il existe théoriquement un tarif différencié pour les IVG avant 8 SA et à partir de 8 SA mais la quasi-totalité de ces IVG sont codées avec le tarif applicable à partir de 8 SA.

Chaînage des épisodes du parcours de soins

Ce chaînage est indispensable pour éviter de comptabiliser plusieurs prises en charge d'IVG pour une même grossesse (cf. supra). Ce chaînage est impossible en cas d'application de la procédure d'anonymisation de l'IVG. Pour ces prises en charge, d'autres informations peuvent également être perdues, telles que l'âge de la femme, sa commune et son département de résidence ou l'évaluation de son parcours de soins. Au total, en 2025, le chaînage n'a pas pu être réalisé pour 7,8 % des IVG, en raison de l'absence d'identifiant patient valide. Le chaînage est également impossible dans 0,2 % des cas lorsque l'identifiant utilisé présente un parcours de soins aberrant (plus de trois IVG la même année).

5. En établissement, l'information sur la qualification du professionnel qui réalise l'IVG n'est pas disponible.

6. Ceci semble confirmé par la forte proportion de femmes ayant utilisé un « numéro de sécurité sociale provisoire » parmi celles ayant réalisé une IVG en Guyane : 21 % en 2023 et 12 % en 2024, contre 1 % pour la France métropolitaine.

7. Des travaux plus poussés à partir d'enquêtes spécifiques permettant de distinguer uniquement les femmes résidentes recourant à l'IVG permettraient d'améliorer cette estimation.

De telles disparités régionales demeurent aussi en France métropolitaine, où le taux de recours standardisé est presque deux fois plus élevé pour les femmes résidant en Provence-Alpes-Côte d'Azur (23,0 ‰) que pour celles vivant en Pays de la Loire (12,6 ‰) [tableau 1 et carte 1].

Les IVG sont plus fréquentes hors établissement dans le sud de la France, en Île-de-France et dans les DROM

En 2025, 47 % des IVG ont lieu hors établissement, avec de fortes disparités territoriales : plus de deux sur trois en Corse, en Guadeloupe, en Guyane ou à La Réunion, alors qu'elles représentent moins d'une IVG sur trois dans le Grand Est ou dans les Pays de la Loire.

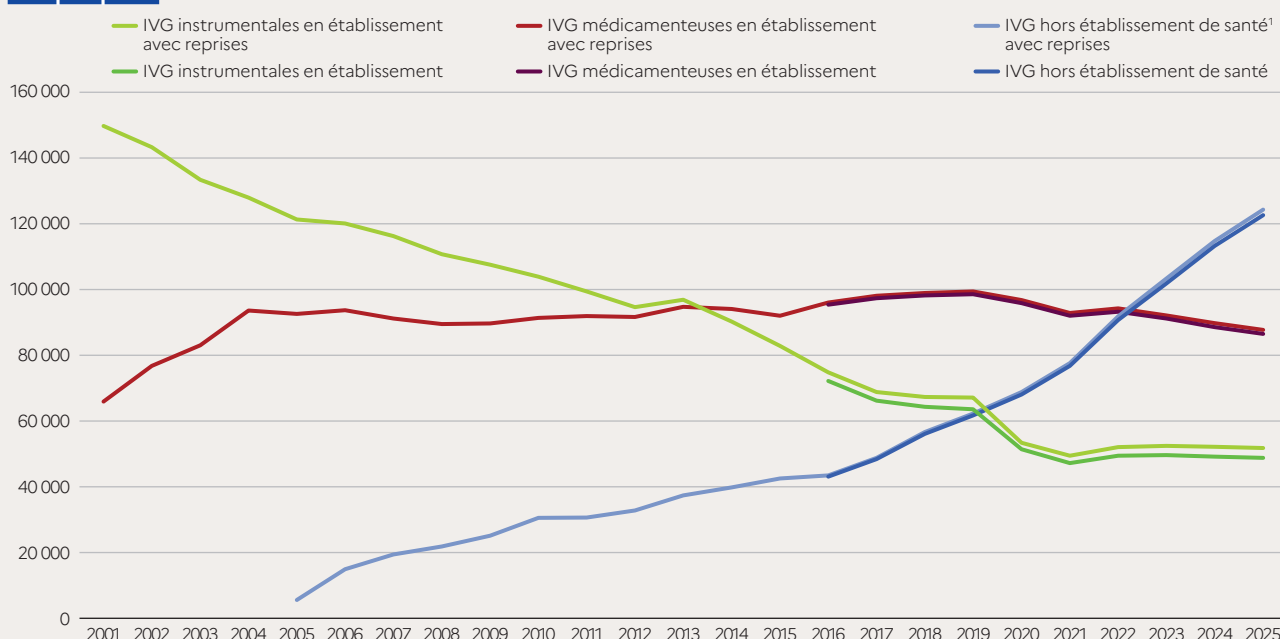
Au niveau départemental, moins d'une IVG sur dix est réalisée en ville dans la Haute-Vienne ou dans la Creuse. À l'inverse, c'est le cas

de plus de deux IVG sur trois en Haute-Garonne ou dans les Alpes Maritimes (tableau complémentaire C). La part des IVG pratiquées en ville est, en moyenne, plus élevée dans les départements à fort taux de recours ; probablement en lien avec des praticiens qui se conventionnent plus souvent pour pratiquer des IVG en cabinet de ville, lorsque leur patientèle en a besoin, facilitant ainsi l'accès (tableaux complémentaires C et D). Or, les professionnels libéraux pratiquant l'IVG sont davantage représentés dans les départements du Sud de la France métropolitaine.

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

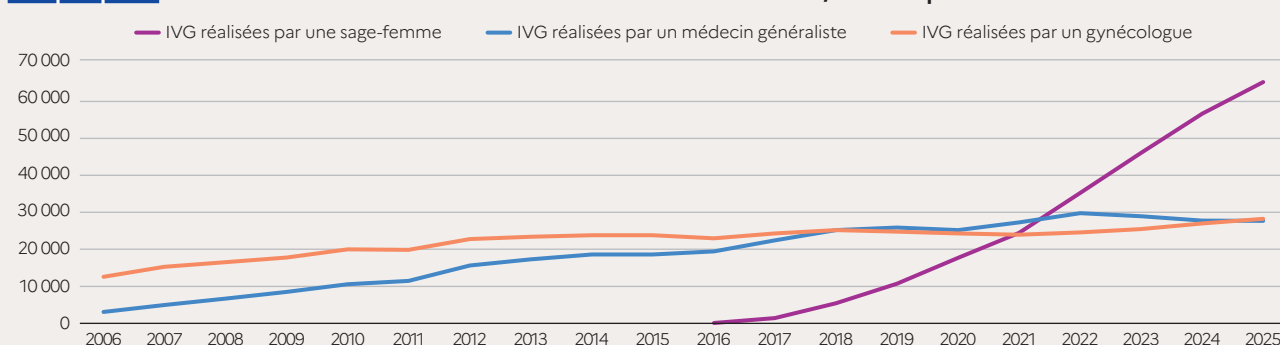
En France métropolitaine, 83 % des IVG ont lieu dans le département de résidence des femmes concernées, et 95 % dans leur région de résidence. Si le recours à l'IVG hors du département

Graphique 3 Évolution du nombre des IVG selon le lieu de réalisation et la méthode



> Études et Résultats n° 1384 © Drees

Graphique 4 Évolution du nombre des IVG¹ réalisées hors établissement, selon le professionnel



> Études et Résultats n° 1384 © Drees

Tableau 1 Les IVG selon la région de résidence en 2025

Lieu de résidence	IVG en établissement de santé			FMV remboursés en centre de santé, centre de santé sexuelle, y compris les IVG instrumentales en centre de santé	FMV remboursés en cabinet libéral (y compris IVG en téléconsultation)	Total IVG	IVG ¹ pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans		Taux chez les mineures ² (en %)	Part des IVG réalisées de 12 à 16 SA ³ (en %)
	Total IVG	IVG médicamenteuses	IVG instrumentales				Taux bruts	Taux standardisés sur l'âge		
Auvergne-Rhône-Alpes	14 971	8 539	6 363	2 040	10 046	27 057	15,4	15,3	4,7	4,7
Bourgogne-Franche-Comté	4 735	2 979	1 280	340	3 663	8 738	16,2	16,1	6,4	4,9
Bretagne	6 178	3 695	2 458	313	2 929	9 420	13,7	13,6	5,0	5,5
Centre-Val de Loire	5 766	3 598	2 150	246	2 332	8 344	16,4	16,3	6,3	5,9
Corse	422	254	159	114	957	1 493	20,7	20,3	4,5	2,7
Grand Est	11 815	8 988	2 746	170	4 340	16 325	14,2	14,1	5,3	5,8
Hauts-de-France	12 780	9 156	3 556	1 380	7 210	21 370	16,6	16,5	5,9	5,2
Île-de-France	27 278	15 224	11 735	5 437	28 986	61 701	20,2	19,9	5,0	4,5
Normandie	6 082	4 401	1 634	399	3 399	9 880	14,7	14,7	5,6	6,0
Nouvelle-Aquitaine	11 308	6 988	4 246	645	7 643	19 596	16,1	16,0	5,7	5,3
Occitanie	11 003	6 842	4 107	307	12 004	23 314	18,4	18,3	6,5	4,9
Pays de la Loire	7 854	4 334	3 498	322	2 101	10 277	12,6	12,6	3,7	5,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 647	7 239	3 353	957	12 939	24 543	23,0	22,8	6,8	4,4
Total résidentes France métropolitaine	130 839	82 237	47 285	12 670	98 549	242 058	17,2	17,0	5,5	5,0
Guadeloupe ⁴	1 037	706	330	77	2 659	3 773	49,3	48,9	14,0	5,1
Guyane	566	320	235	27	2 958	3 551	46,4	46,1	12,9	5,9
La Réunion	1 788	1 075	587	5	3 956	5 749	27,8	27,6	13,9	5,9
Martinique	1 193	901	289	5	1 259	2 457	35,8	35,5	12,9	5,2
Mayotte	1 119	1 101	15	4	477	1 600	18,9	18,0	11,7	8,6
Résidentes dans les DROM	5 703	4 103	1 456	118	11 309	17 130	33,4	33,0	13,2	5,9
France entière résidentes	136 542	86 340	48 741	12 788	109 858	259 188	17,8	17,6	5,8	5,0
Résidentes à l'étranger	228	155	71	0	0	228	5,2			
France entière	136 770	86 495	48 812	12 788	109 858	259 416	17,8			
Chiffres 2024 actualisés	138 955	88 529	49 148	12 349	100 893	252 197	17,3			

FMV : forfait médicament IVG en ville.

1. Calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15 à 49 ans, y compris âge inconnu, moins de 15 ans ou plus de 49 ans.

2. Non compris les IVG dont l'âge est inconnu, et non compris les IVG en téléconsultations car âges aberrants.

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

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

Notes > Dans certains cas, le lieu de résidence inconnu a été remplacé par le lieu de réalisation de l'acte. Les données de Corse ont été corrigées pour les trop nombreux cas déclarés à moins de 15 ans.

Lecture > En 2025, les femmes résidant en Île-de-France ont effectué 61 701 IVG (hors reprises), soit un taux de recours de 20,2 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans (19,9 en taux standardisé sur l'âge).

Champ > France, tous régimes, calcul hors reprises d'IVG dans les 9 semaines, standardisation sur la structure « France métropole ».

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

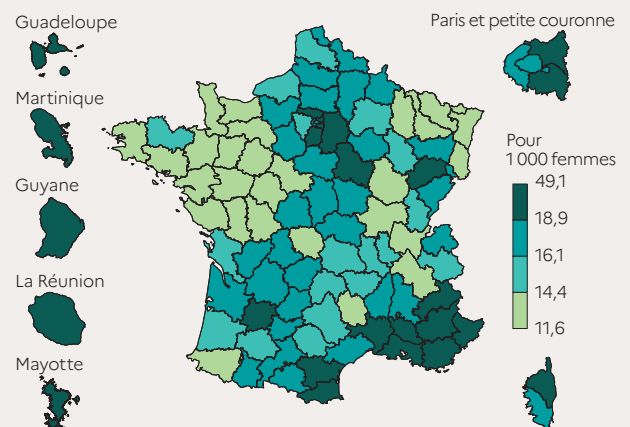
> Études et Résultats n° 1384 © Drees

de résidence peut résulter d'un choix personnel (confidentialité, proximité des soins ou du lieu de travail), cet indicateur, et ses variations territoriales, peuvent aussi traduire des difficultés d'accès locales.

Ce taux est constant au niveau national depuis plusieurs années, mais varie, pour les femmes résidant en France métropolitaine, de 55 % dans l'Ain à 96 % dans les Alpes-Maritimes (tableau complémentaire E). Ces disparités sont à mettre en regard de l'offre de soins disponible dans le département (établissements, centres et professionnels conventionnés) ainsi que dans les départements voisins.

En établissement de santé, plus de neuf IVG sur dix réalisées dans le secteur public

Le secteur public réalise désormais 93,4 % des IVG en établissement de santé, et les ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif) 3,2 %. La part des IVG effectuées dans les établissements de santé privés à but lucratif ne représente donc que 3,4 % des actes pratiqués en milieu hospitalier, contre un tiers en 2001 et 20 % en 2010. Cette baisse peut s'expliquer en partie par le report des IVG médicamenteuses vers l'activité libérale en ville et par la diminution du nombre de maternités privées.

Carte 1 Taux de recours à l'IVG en 2025

Notes > Données calculées sans prendre en compte les reprises dans les deux mois suivant l'IVG. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Lecture > En 2025, le taux de recours des femmes résidant dans le département de l'Ain est de 12,9 pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

Champ > France.

Sources > SNDS [PMSI-MCO et DCIR (nombre de FMV et PMR)], Insee (estimations localisées de population).

> Études et Résultats n° 1384 © Drees

En établissement de santé, une IVG sur dix est réalisée à partir de 12 SA

En ville, les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA). Toutefois, les données de l'Assurance maladie ne permettent pas d'évaluer précisément le terme des grossesses correspondantes, ni l'effet de l'élargissement de 7 SA à 9 SA autorisé en 2020.

Pour la France entière, 77,5 % des IVG en établissement de santé sont réalisées avant 10 SA, soit la même proportion qu'avant l'allongement du délai en 2022 jusqu'à 16 SA [graphique 5]. Les IVG effectuées à partir de 12 SA d'après les termes renseignés, représentent en 2025 environ 9,6 % des IVG hospitalières : 6,3 % entre 12 et 13 SA et 3,3 % à partir de 14 SA. Elles représentent 5,0 % du total des IVG. Ces estimations doivent toutefois être interprétées avec prudence, le terme étant inconnu ou aberrant dans 2,1 % des IVG hospitalières (encadré 2).

87,6 % des IVG réalisées à partir de 10 semaines de grossesse (soit 12 SA ou plus) sont pratiquées de façon instrumentale et 9,2 % par voie médicamenteuse, la méthode restant inconnue dans 3,2 % des cas (contre seulement 1,1 % pour l'ensemble des IVG réalisées en établissement) [encadré 2].

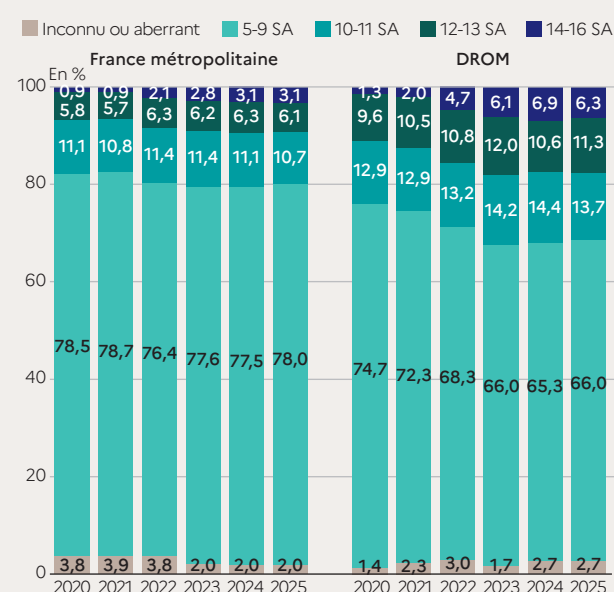
Les IVG réalisées de 12 à 16 SA sont deux fois plus fréquentes dans les DROM (17,6 % des IVG en établissement, contre 9,2 % en France métropolitaine).

Tous les établissements ne pratiquent pas les IVG de 12 à 16 SA : sur les 531 établissements⁸ ayant réalisé au moins une IVG en 2025, 406 en ont pratiqué au moins une à un terme compris entre 12 et 16 SA, et 230 à 15 ou 16 SA (dont 215 publics ou ESPIC). ●



Télécharger les données

Graphique 5 Répartition des IVG hospitalières selon leur terme



SA : Semaines d'aménorrhée.

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

Lecture > En France métropolitaine, en 2025, 78,0 % des IVG en établissement de santé sont réalisées avec un âge gestationnel de 5 à 9 semaines d'aménorrhée (106 014 IVG).

Champ > France.

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

> Études et Résultats n° 1384 © Drees

8. Site géographique et non entité juridique.

Mots clés : État de santé Recours aux soins IVG

Pour en savoir plus

> Les données départementales complémentaires à cette étude sont disponibles sur l'espace open data du site internet de la Drees.

> Battistel, M.-N., Muschotti, C. (2020, septembre). Rapport d'information déposé par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. Assemblée nationale.

> Moreau, C., Bohet, A., Bajos, N. (2026, mai). Les enjeux de la désaffection pour la contraception médicale en France. Santé publique France, Bulletin épidémiologique, 12-13, pp.281-292.

> Santé, protection sociale, solidarité (2023, juillet). Annexe : définitions en périnatalité. Bulletin officiel, 13, pp. 259-269.

> Vilain, A., Fresson, J. (2025, septembre). En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses. Drees, Études et Résultats, 1350.

> Vilain, A. (2011). Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. Drees, Revue française des affaires sociales, 1.

> Xavier, T. (2025). « Fécondité et infécondité en France : tendances, fluctuations et disparités territoriales », Ined, Population (édition française), 80 : 375-396.

> Publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr
> Open Data
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
> Nous contacter
drees-infos@sante.gouv.fr
> Contact presse
drees-presse@sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Thomas Wanecq
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Marianne Poueyou
Mise en pages : Marianne Poueyou et Julie Eneau
Conception graphique : Drees
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la Drees d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la Drees. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : Drees - Tour Olivier de Serres - 78-84 rue Olivier de Serres - 75015 Paris ou en envoyant un courriel à : drees-rgpd@sante.gouv.fr.