



Faculté de médecine

Année 2025/2026

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marie-Anne Yu-Lan ARMAND

Né(e) 20/11/1996 à Paris (75)

État des lieux de l'IVG entre 14 et 16 SA
aux CHU de Tours et de Port-Royal
de mars 2022 à mars 2024

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2025 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Henri MARRET, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de médecine - Tours

Directrices de thèse :

Docteure Claire PROUST, Gynécologie médicale, PH, CHU - Tours

Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER, Médecine générale, PH, CHU - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, Pédagogie

Pr Alexandra AUDEMARD-VERGER, Relations internationales

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, Formation Médicale Continue

Pr Hélène BLASCO, Recherche

Pr Pauline SAINT-MARTIN, Vie étudiante

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gilles PAINAUD

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

D.ALISON – P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – M. AUPART – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – G. CALAIS – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric.....	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BISSON Arnaud.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François.....	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephane.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BISSON Arnaud	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHAUMIER François	Médecine palliative
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE LUCA Arnaud.....	Nutrition
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie et biologie du vieillissement
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
JOUAN Youenn.....	Médecine intensive-réanimation
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre
PAUTRAT Maxime

PROFESSEURS ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale || LIMA MALDONADO Igor..... | Anatomie |
MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
SAMKO Boris.....	Médecine générale
RUIZ Christophe	Médecine générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
EYMIEUX Sébastien	Biologie cellulaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LE TILLY Olivier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
LEROY Victoire	Médecine interne
MORICE Anne	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PASTUSZKA Adeline	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VALLET Nicolas	Hématologie, transfusion
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
AUBRY Jean-Denis	Sciences infirmières
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BALAND Thierry	Médecine Générale
CHALEIX Lysiane	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
DUMAS Adrien	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BLOCH Solal	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINO Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directeur de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
LEONARD Thomas.....	Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc	Praticien Hospitalier
--------------------	-----------------------

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CABANNE-Hardy Marie-Charlotte	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde	Orthophoniste
GLAIE Axelle	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
MORIN Eléonore.....	Orthophoniste
NAL Emmanuel	Praticien Hospitalier
PILLER Anne-Gaëlle.....	Orthophoniste
PUJOLE Dorine.....	Orthophoniste
ROUVRE Olivier	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste
TAMIATTO Zinaïda	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour la santé au travail

MONMOUSSEAU Fanny	Praticien Hospitalier
NGUYEN Duc Qui	Dirigeant d'entreprise

Pour la Médecine Générale

LOISON Clotilde.....	Médecin Généraliste
----------------------	---------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés
et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre
et méprisée de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Professeur Marret,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour tous vos conseils au cours de mon internat. Votre implication et votre bienveillance envers les internes fait que nous sommes chanceux de vous avoir comme coordonnateur !

Au Professeur PERROTIN,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée lors de cet incroyable semestre au DAN où je me suis grandement épanouie.

A la Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER,

J'admire l'engagement et la passion dont tu fais preuve chaque jour et que l'on ressent à chacune de tes paroles. Merci pour tes précieux conseils tout au long de mon semestre en orthogénie mais aussi tout au long de la rédaction de cette thèse.

A la Docteure Claire PROUST,

Merci pour ton aide précieuse et tout le temps que tu as consacré afin de m'aider à rédiger ce travail. Je suis profondément reconnaissante pour ton soutien et j'ai hâte de pouvoir travailler avec toi !

A mes amis,

A Marianne, merci pour tous ces souvenirs partagés ensemble depuis gamines ; dire que ça a commencé dans le ventre de nos mamans et regarde-nous aujourd'hui. Merci pour le grain de folie que tu apportes dans ma vie.

A ma meilleure amie Stéph,

Merci pour tout ce qu'on a vécu ensemble, d'avoir toujours été là, aussi bien dans les instants de joie que dans les moments difficiles. Merci pour ton soutien sans faille pendant ces dix dernières années. J'admire la personne rayonnante et magnifique que tu es. Tu es mon modèle et j'ai tellement de chance de t'avoir dans ma vie. J'ai hâte de partager plein de nouveaux souvenirs avec toi.

Merci à la team BULAC, à Alice, Jacqueline, Ji-Hyun, Jinny, Thuy-Vi et Xiaofan. Merci pour toutes ces sorties BBT, restos ou encore ces soirées confidences. Vous êtes de vrais rayons de soleil dans ma vie. Sans oublier Antho, BY, Hugo, James, Johnny, Maxime et Quentin. Entre les fondues chinoises, les barbecues, les soirées Mahjong ou poker jusqu'à pas d'heure, le temps passe trop vite avec vous. Au-delà d'être des amis, vous êtes devenus une vraie famille. Je n'aurais jamais pu rêver mieux pour que vous pour partager toutes ces années. Merci pour tout.

A Agathe et Arthur, merci pour m'avoir accompagné dans ma passion un peu folle d'envoi de cartes postales. Merci pour ces soirées jeux de société (pas sûre de pouvoir vous battre à Forêt Mixte) ou encore ces inktober à suivre vos superbes créations.

Merci aussi à mes ami.e.s du lycée, Flora, François, Louise, Léon, Nico et Louis.

A mes copines toulousaines, Héloïse, Esther, Romane et Blandine. On se voit rarement mais à chaque fois, c'est comme si on ne s'était jamais quittées.

A Jeanne, une rencontre en boîte de nuit à Benalmadena transformée en amitié pour la vie. Je t'admire pour ta force et ton courage à toute épreuve.

A la team BCPST de Fénelon, Sénéis, Alexis, Aswin et Félix, je garde un très bon souvenir de cette année partagée ensemble, entre les khôlles et les fermetures de BU.

A la PokeSquad, A Emilie, Ludo, Mickael, Anny, Nina, Eddy, Jen, JJ, Pji et Rosa. Merci pour votre chaleur et votre bonne humeur à toute épreuve. Sans oublier Tempo !

A mes co-externes de P6, LT, Mathilde, Théodore, Mel, JB, Théo, Lucille et Alex. Que ce soit à Chazelle, au ski ou à Barcelone avec le COVID (le bateau c'est fini), merci pour tous ces délires ensembles.

Aux copains tourangeaux,

A Marianne et Irène, Merci pour ces moments partagés ensemble, vous êtes des personnes extraordinaires et j'ai beaucoup de chance de vous avoir dans ma vie. Je vous souhaite le meilleur.

A Héléna, ma première amie d'internat. Tu as débarqué comme une tornade dans ma vie et je suis trop contente de t'avoir en amie. Merci pour ton oreille attentive, tes recommandations littéraires et tes petits plats (surtout au poisson).

A la coloc de Morancez : Anatole, Abdou, Emmeline, Marion, Mathieu, Paul, Karim, Ana, Eli, merci d'avoir ensoleillé cet hiver chartrain. Tant de fous rires partagés ensemble dans cette maison à la piscine vaseuse, je ne pouvais pas rêver mieux pour un début d'internat.

A Opale, je connais peu de gens aussi gentils et généreux que toi. J'ai tellement de chance de t'avoir comme co-interne et amie. T'es une star !

Aux girls de Tours, Emma, Nour, Jojo, Coco et Mary. Au final, c'est comme si j'avais passé ce premier semestre à Orléans avec vous (n'est-ce pas Emma ?). J'attends avec impatience notre prochain week-end ensemble à siroter des cocktails en s'affrontant à Smile Life.

A Anna, une amitié inattendue au cours de mon internat et ça a tout de suite cliqué. Merci pour ces petits moments de douceur autour d'un café, à se raconter nos vies pendant des heures. Et pour la patiente dont tu as fait preuve à écouter tous mes vocaux de plaintes, bravo. Mais surtout merci d'être une meuf aussi géniale.

Merci à tous mes co-internes avec qui j'ai passé de si bons moments.

A Cyriaque pour ces voyages gastronomiques inoubliables ; aux filles en PMA, Lucie et Laura ; aux copines d'orthogénie Julie et Amélie ; à Angéline, Astrid et Louise, la team de choc avec qui on s'est serré les coudes pendant ce semestre à Blois ; aux potos du DAN, Luca, Marie, Amandine, Alexander et Clémentine.

A mes co-internes de Port-Royal qui m'ont tant appris et que j'admire tant, Raph, Flavie, Laura, Marie et Tania mais sans oublier Ryma et Lucie.

A Caroline, Sarah, Mira, Raph, Hélène, Alexandra, Chloé, Emma, Gautier, Klara, Rémi et Arnaud et tant d'autres que j'oublie de citer. Merci pour tous ces précieux souvenirs.

Aux médecins et équipes paramédicales rencontrés durant mon internat que ce soit à Olympe de Gouges, à Chartres ou à Blois, merci de m'avoir accompagné tout au long de cet internat.

A Julie, merci pour ton soutien, ta bienveillance et ta rigueur, merci pour ces cours donnés à 23h au milieu de la garde parce que tu avais envie de nous transmettre ton savoir,

A Amaury, merci pour tout ce que tu m'as transmis et ce n'est que le début !

A Emilie et Cindy, merci pour votre amour et votre soutien au quotidien, vous me manquez tant.

A ma famille,

A ma grande sœur Xuan que j'aime tant et à qui je pense fort.

A mes cousins, Lanlan, ma petite cousine adorée qui me faisait tant sourire à m'appeler 美妞姐姐 ; à Pierre, qui m'a appris à prendre du recul lorsque j'avais la tête dans le guidon ; à Jean-Christophe, Karine et Philippe ;

A mes oncles et tantes : Lina, Maojiu, Jacques et François, Marie-Laure et Chantal, merci pour votre bienveillance.

A ma marraine Margo, merci pour ces pauses goûter au champagne et merci pour ta gentillesse et tes conseils tout au long de ma vie.

A ma mamie d'adoption Xavière, merci de m'avoir chouchoutée depuis toute petite.

A ma nourrice Habiba, qui m'a vu grandir. Merci de m'avoir accueillie comme une de tes filles.

A mes parents, mes piliers, ma boussole. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises et de m'avoir permis de réaliser mes rêves.

亲爱的妈妈, merci pour ton amour inconditionnel que tu transmets à travers chaque mot, chaque geste, chaque sourire. Tu es la personne la plus forte et courageuse que je connaisse et je suis la fille la plus chanceuse au monde de t'avoir.

Papa, merci pour ces débats jusqu'au bout de la nuit à titiller mon esprit, même s'ils finissent souvent en engueulade. Merci pour avoir été mon fan n°1, à toujours être fier et croire en moi.

Je vous aime de tout mon cœur,

A Adrien, ma moitié,

Merci pour ton soutien au quotidien, pour toutes ces heures passées au téléphone dès que l'on a une minute de libre. Merci d'être mon meilleur ami, mon confident, mon refuge. Nous avons déjà tissé tant de souvenirs à deux, entre nos virées expo, nos chasses aux envahisseurs et nos voyages aux quatre coins du monde ! Et ce n'est que le début ... Je suis si heureuse de partager ma vie avec toi et j'ai hâte de continuer à écrire notre histoire ensemble. Je t'aime.

Etat des lieux de l'IVG entre 14 et 16 SA aux CHU de Tours et de Cochin-Port-Royal de mars 2022 à mars 2024

Introduction : La loi du 2 mars 2022 a allongé le délai maximal de l'IVG (interruption volontaire de grossesse) de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (SA). L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux des IVG entre 14 et 16 SA dans les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Tours et de Cochin-Port Royal de mars 2022 à mars 2024 en décrivant les caractéristiques des patientes, le type de contraception utilisée en anté- et post-abortum, le contexte de l'IVG ainsi que les complications liées à l'acte.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique incluant toutes les IVG instrumentales entre 14 et 16 SA réalisées entre mars 2022 et mars 2024. Les données sociodémographiques et les antécédents gynéco-obstétricaux des patientes ont été recueillis ainsi que le contexte et les complications liées à l'acte. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide de tests du Chi² et de Student avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Au total, 293 dossiers ont été analysés (193 à Cochin-Port-Royal et 100 à Tours). L'âge médian des patientes était de 27 ans [22-34]. Les deux tiers avaient entre 20 et 34 ans et 77% appartenaient à une catégorie socioprofessionnelle basse. Un tiers rapportait des antécédents de violence, plus fréquents à Tours (43%) qu'à Cochin (29%, $p = 0,02$). Concernant la contraception, 54% rapportaient ne pas en avoir avant l'IVG et 47% se sont tournées vers des contraceptions à longue durée d'action (LARC) après l'intervention. Le contexte de l'IVG en cas de grossesse programmée était dû à un motif conjugal pour 30% des femmes. En cas de grossesse non désirée, 62% des IVG avaient pour contexte un échec contraceptif. Toutes les IVG ont été réalisées par méthode instrumentale avec un faible taux de complications (2%).

Conclusion : Notre étude décrit les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG entre 14 et 16 SA au sein des CHU de Tours et de Cochin-Port-Royal. Leur profil semble comparable à celui des femmes avortant à d'autres termes tant pour l'âge que pour le niveau socio-économique, la contraception et l'exposition aux violences. Le faible nombre de centres pratiquant ces IVG tardives accentue les inégalités d'accès aux soins. La méthode instrumentale apparaît sûre lorsqu'elle est réalisée par des praticien.ne.s formé.e.s. L'allongement du délai légal à 16 SA offre une chance aux femmes confrontées à un diagnostic tardif de grossesse ou ayant rencontré des difficultés d'accès aux soins. L'application de la loi jusqu'à 16 SA sur l'ensemble du territoire serait nécessaire afin de renforcer une prise en charge équitable de l'ensemble des femmes.

Mots clés : Interruption volontaire de grossesse ; IVG instrumentale ; IVG tardive ; Accès aux soins ; Contexte de l'IVG ; Contraception ; Complications

RESUME EN ANGLAIS

Surgical abortion between 12 and 14 weeks of gestation in the hospitals of Tours and Cochin-Port-Royal between March 2022 and March 2024

Introduction : The law of March 2nd, 2022 extended the time limit for induced abortion from 14 to 16 weeks of gestation (WG). The aim of this study is to examine the profile of patients undergoing surgical abortion between 14 and 16 WG.

Methods : We conducted a retrospective multicenter observational study in the hospitals of Tours and Cochin-Port-Royal between March 2022 to March 2024. We collected sociodemographic data, gynecologic and obstetric history, contraceptive use before and after abortion, history of violence and complication rates.

Results : Among the 293 patients, median age was 27 years [22-34] and 77% belonged to a low socioeconomic status group. One third reported a history of violence, more frequently in Tours (43%) than in Cochin (29%, $p = 0,02$). Regarding contraceptive use, 54% reported not using any before abortion and 47% opted for a long-acting reversible contraception after the procedure. Among pregnancies that were initially planned, 30% of terminations were due to partner-related reasons. 62% of undesired pregnancies were due to contraceptive failure. Complication rates were low (2%).

Conclusion : This study describes the profile of women undergoing surgical abortion between 14 and 16 WG in two French centers. Their profile is similar to those of women undergoing abortion at other gestational ages, in terms of age, socioeconomic status, contraception and violence history. The scarcity of centers performing late-term abortions increases inequalities in access to care. When performed by trained practitioners, surgical abortion is safe. Extending the legal limit to 16 WG provides an opportunity for women with delayed pregnancy diagnosis or facing difficulties in accessing care. Nationwide implementation of the law up to 16 WG is necessary to ensure equity in abortion services.

Keywords : Termination of pregnancy; Surgical abortion; Late abortion; Access to care; Abortion context; Contraceptive use; Complications

INDEX DES ABREVIATIONS

AG : anesthésie générale

AL : anesthésie locale

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception

BIP : diamètre bipariétal

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CFEF : Collège Français d'Echographie Fœtale

COP : contraception oestro-progestative

CP : contraception microprogestative

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DIU : dispositif intra-utérin

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

D&E : dilatation et évacuation

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PC : périmètre crânien

OMS : Organisation Mondiale de Santé

RCOG : Royal College of Obstetricians & Gynecologists

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

SA : semaines d'aménorrhée

SG : semaines de grossesse

SIU : système intra-utérin

SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 Schéma de dilatation et évacuation selon Faucher et al.	19
Figure 2 Evolution des méthodes contraceptives de 2000 à 2023.....	20
Figure 3 Âge de la population.....	23
Figure 4 Contraception pré-IVG en cas de grossesse non désirée	26
Figure 5 Quantité de saignements dans les deux centres.....	28
Figure 6 Pourcentage de grossesse désirée en cas de grossesse survenue dans les 5 ans.....	32
Figure 7 Répartition de la méthode de l'IVG entre 14 et 16 SA en France en janvier 2023	34

Tableau 1 Catégorie socio-professionnelle.....	24
Tableau 2 Statut conjugal des patientes.....	24
Tableau 3 Antécédents déclaratifs de violences	24
Tableau 4 Antécédents gynéco-obstétricaux	25
Tableau 5 Contexte de la demande	25
Tableau 6 Contraception avant et après IVG	26
Tableau 7 Contraception post-abortum	27
Tableau 8 Complications de l'intervention	28

TABLE DES MATIERES

Introduction	17
Cadre légal.....	17
Rationnel de l'allongement du délai légal de l'IVG.....	17
Méthode de réalisation des IVG.....	18
Protocole d'intervention	19
Contexte de l'IVG.....	19
Contraception dans le contexte d'IVG.....	20
Objectifs de l'étude	21
Matériels et méthodes.....	21
Caractéristiques de l'étude.....	21
Critères d'inclusion des patientes	21
Recueil des données.....	21
Description des variables	21
Caractéristiques des patientes	22
Contraception.....	22
Contexte de l'IVG.....	22
Complications.....	22
Méthode statistique	22
Résultats	23
Caractéristiques de la population.....	23
Contexte de l'IVG.....	25
Contraception pré et post-abortum	26
Délai de prise en charge et anonymisation du dossier.....	27
Méthode d'interruption de grossesse.....	27
Discussion.....	29
Données démographiques	29
Caractéristiques de la population.....	29
Mouvements de population.....	29
Violences	30
Contraception.....	30
Contexte de l'IVG.....	32
Forces et limites de l'étude	35
Conclusion	36
Bibliographie	37

Cadre légal

En France, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été temporairement dépénalisée en 1975 par la loi Veil (1), reconduite en 1979 puis définitivement légalisée en 1980. Les conditions d'accès à l'IVG étaient un terme jusqu'à 10 semaines de grossesse (SG) soit 12 semaines d'aménorrhée (SA), un délai de réflexion de 7 jours, la nécessité d'une autorisation parentale jusqu'à l'âge de 21 ans, la notion de détresse obligatoire, sans prise en charge par l'assurance maladie et elle ne pouvait être réalisée que par des médecins.

Toutes les évolutions législatives au cours des 50 dernières années ont permis un allègement de certaines contraintes : un allongement du délai légal de recours à l'IVG à 12 SG en 2001(2) puis 14 SG en mars 2022 (3) ainsi que la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG instrumentales (4). En 2013, la prise en charge à 100 % de l'acte d'IVG a été instaurée (5) et étendue en 2017 à l'ensemble des actes associés (consultations, échographies, examens biologiques).

Depuis le 8 mars 2024 est inscrit dans la Constitution que « La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse. » (6).

Rationnel de l'allongement du délai légal de l'IVG

Avant mars 2022, les femmes ne pouvaient pas réaliser une IVG en France si le terme dépassait 14 SA. Les alternatives possibles dans leur cas étaient de poursuivre la grossesse avec la possibilité, le cas échéant, de consentir à l'adoption, de réaliser une IVG dans un pays étranger dont les lois étaient plus libérales ou de demander une interruption médicale de grossesse (IMG) pour motif maternel d'ordre médico-psycho-social.

Selon le rapport du Comité Consultatif National d'Ethique, le nombre de femmes partant à l'étranger pour réaliser une IVG plus tardive se situait entre 1500 et 2000 en 2018 (7). Ces IVG sont réalisées dans les pays où le délai légal est plus tardif, notamment en Espagne jusqu'à 16 SA voire 24 SA pour motif médical, en Suède jusqu'à 18 SA, aux Pays-Bas jusqu'à 22 SA ou au Royaume-Uni jusqu'à 24 SA. Les frais de l'IVG et du voyage pour y accéder sont à la charge de la patiente. La demande d'IMG pour motif maternel d'ordre médico-psycho-social faite par la femme au motif que sa grossesse met en péril grave sa santé, doit être formulée auprès d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) et peut être réalisée sans limite de terme. Il appartient à la commission pluridisciplinaire qui étudie le dossier d'accepter ou refuser la demande de la patiente.

Avant d'être adopté, cet allongement à 16 SA du délai légal de l'IVG a longuement été débattu au Parlement (8). Cet allongement visait à répondre à différents obstacles d'accès à l'IVG, notamment les fortes disparités territoriales d'offre de soins conduisant à des délais importants de prise en soin. Par ailleurs, les différentes étapes du parcours de soins peuvent retarder la date de l'intervention avec notamment la nécessité de réaliser une consultation préalable, une échographie afin de dater la grossesse, des bilans biologiques et une consultation d'anesthésie si l'IVG est prévue sous anesthésie générale. Les coûts de déplacement, d'absentéisme professionnel ou scolaire peuvent également constituer un frein à la prise en soin, en plus de la nécessité de confidentialité dont certaines personnes ont besoin pour que leur choix d'avorter soit respecté. Toutes ces barrières pouvaient être responsables d'un dépassement du délai légal pour réaliser une IVG en France.

L'étude de *De Zordo et al.* (9) montre que près de 80% des femmes ayant voyagé pour une IVG depuis des pays européens l'ont fait pour dépassement du délai gestationnel autorisé. Les principaux facteurs

expliquant le dépassement du délai étaient la découverte tardive de la grossesse, un retard lié au parcours de soins ou une désinformation sur le terme de la grossesse. Ces déplacements représentent un coût psychologique, financier et organisationnel important pour les femmes

En revanche, cette prolongation du délai gestationnel a soulevé quelques préoccupations.

En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), la méthode recommandée pour l'IVG instrumentale au-delà de 14 SA est la méthode de dilatation et évacuation (D&E) (10,11) nécessitant une formation et du matériel spécifique. Une enquête réalisée en 2020 par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF) auprès de 783 médecins retrouvait que 72% d'entre eux étaient défavorables à l'allongement du délai de l'IVG jusqu'à 16 SA et que 50% déclaraient qu'ils ne pratiqueraient pas ces IVG tardives en cas de délai au-delà de 14 SA (12). Selon le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF), cet allongement risquerait de dissuader ceux qui pratiquent des IVG jusqu'à 12 SA et réduire par conséquent le nombre de praticiens pratiquant l'IVG (8). Certains praticiens peuvent être freinés sur le plan technique avec la méthode de D&E mais aussi par le vécu émotionnel. De plus, le risque de complication telle que l'hémorragie pourrait augmenter avec l'avancée de la grossesse (13).

Cependant, l'étude française de *Birene et al.* (14) montre qu'il n'y a pas de différence significative du risque de complications des IVG entre 14 et 16 SA comparée aux IVG entre 12 et 14 SA, notamment pour le risque d'hémorragie et que le taux de complications est relativement faible (respectivement 8,75% et 6,71% pour les deux populations).

Méthode de réalisation des IVG

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que les IVG soient réalisées par méthode médicamenteuse jusqu'à 9 SA ou instrumentale jusqu'à 14 SA. Avant 9 SA, la patiente peut décider de la méthode ; au-delà, seule la méthode instrumentale est recommandée (15). Le CNGOF a fait paraître des recommandations de bonnes pratiques pour l'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 SA en 2016 puis par extrapolation jusqu'à 16 SA depuis 2022 (16).

Selon les recommandations de l'OMS de 2022, l'IVG après 14 SA peut être réalisée par méthode médicamenteuse ou instrumentale. En France, 88% des IVG tardives (après 12 SA) sont réalisées de façon instrumentale et 9,3% de façon médicamenteuse ; l'information étant manquante pour 2,7% d'entre elles (17).

Selon l'OMS et la RCOG, la méthode instrumentale recommandée après 14 SA est celle de la dilatation et évacuation (D&E) après une préparation cervicale médicamenteuse (association Mifépristone et Misoprostol) ou à l'aide d'un dilateur osmotique associé à un médicament (Mifépristone, Misoprostol ou association des deux).

Cependant, aucune recommandation de pratique n'a été publiée sur l'IVG entre 14 et 16 SA par la HAS.

C'est ainsi que le REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie) a rédigé un protocole sur la méthode de D&E dès les jours qui ont suivi le vote de la loi (18). Le protocole REVHO préconise une préparation cervicale par Mifépristone 200 mg 36 à 48 h avant le geste associé à du Misoprostol 400 µg par voie jugale 1h avant le geste.

L'utilisation de 2 à 3 Dilapan 3 à 4 h avant le geste peut être associée si l'on craint une dilatation difficile, notamment s'il y a un antécédent de conisation, un col punctiforme, un utérus multi-cicatriciel ou encore si le BIP ou PC sont au 90^e percentile de 16 SA. Le col de l'utérus est ensuite dilaté mécaniquement à l'aide de bougies de taille croissante, jusqu'à un diamètre adapté au terme (bougie n° 14 ou 15 entre 14 et 15 SA et bougie n° 15 ou 16 entre 15 et 16 SA). Le liquide amniotique est évacué à l'aide d'une canule d'aspiration suivi d'une injection de 5 unités internationales (UI) de Syntocinon® en intraveineuse lente (IVL) associée à 10 UI de Syntocinon® dans une poche de 250 millilitres (mL) pendant la suite de la procédure. Puis l'extraction du trophoblaste et du fœtus se fait à l'aide d'une

pince de McClintock sous contrôle échographique. Enfin, le geste est terminé par une aspiration afin d'assurer la vacuité utérine.

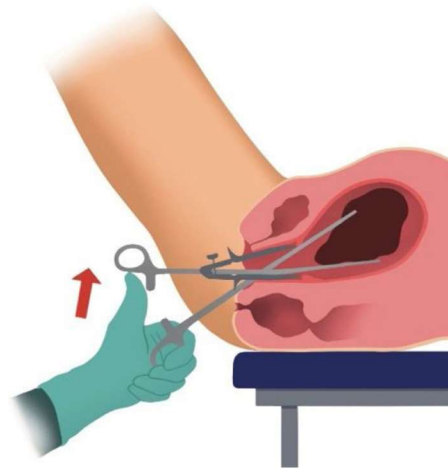


Figure 1 Schéma de dilatation et évacuation selon Faucher et al. (18)

Selon *Schmidt et al.* (19), la méthode médicamenteuse, comparée à la méthode instrumentale, est associée à une proportion significativement plus élevée d'avortements incomplets nécessitant une intervention instrumentale. Selon *Kelly et al.* (20), les patientes ayant recours à la méthode médicamenteuse entre 13 et 20 SA présentaient davantage de saignements que par méthode instrumentale de façon significative ($p=0.003$).

Protocole d'intervention

Dans les deux centres de notre étude (CHU de Tours et de Port-Royal), la méthode instrumentale est la seule à être employée et ce dès la promulgation de la loi. Ils ont pour spécificité d'avoir un service et une équipe dédiés à la pratique de l'IVG. Cependant, le protocole pour la préparation et l'intervention peut différer selon le centre.

A Tours, le protocole pour la préparation cervicale comprend la prise de Mifépristone 200 mg 36h avant l'intervention et du Misoprostol 400 µg mg 3 h avant l'intervention. Dans certains cas, la pose de dilateurs osmotiques (Dilapan) peut être associée à la prise de Mifépristone et Misoprostol selon le protocole REVHO. L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale (AL) jusqu'à un BIP à 32 mm le jour de la consultation de demande d'IVG. Sinon, elle est réalisée sous anesthésie générale (AG). L'équipe réalisant le geste est essentiellement composée de médecins généralistes mais comprend également une cheffe de clinique de gynécologie médicale et une sage-femme. L'ensemble de l'équipe pratique ces IVG jusqu'à 16 SA, la courbe d'apprentissage s'est ainsi faite par compagnonnage.

A Port-Royal, le protocole comprend la prise de Mifépristone 200 mg 36 à 48h avant l'intervention associée à du Misoprostol 400 µg 1 à 2h avant l'intervention. Toutes les IVG sont réalisées sous AG et quasi exclusivement par un médecin généraliste et à quelques exceptions par un gynécologue obstétricien.

Contexte de l'IVG

La condition de détresse pour recourir à une IVG ayant été supprimée en 2014, les femmes n'ont plus à exprimer les conditions de leur choix d'avorter. Beaucoup de femmes continuent à le faire spontanément, à titre informatif ou pour tenter d'expliquer, argumenter voire justifier leur demande.

L'intérêt de l'analyse de ce contexte est d'avoir une meilleure compréhension des déterminants qui conduisent les femmes à avoir recours à une IVG. Ces motivations sont multiples comme le soulignent les études de *Vigoureux*(21) et *Beumer et al.* (22) mêlant des facteurs personnels, relationnels et socio-économiques tels que la planification familiale, la temporalité de la grossesse, les circonstances de vie (travail, études), la relation conjugale, le soutien de l'entourage et les ressources financières. L'étude d'*Ingham et al.* (23) réalisée au Royaume-Uni sur les IVG au 2^e trimestre relevait des circonstances spécifiques telles qu'une découverte tardive de la grossesse, le changement de situation conjugale ou sociale ainsi que des difficultés d'accès aux soins.

Contraception dans le contexte d'IVG

La contraception occupe une place centrale dans la prévention des grossesses non désirées sans être le seul levier de la réduction du recours à l'IVG. En France, malgré une large offre contraceptive et une accessibilité financière facilitée, les échecs ou l'absence de contraception en cas de grossesse non désirée demeurent fréquents. C'est ce que souligne l'étude française de *Moreau et al.* (24) dans laquelle deux tiers des patientes ayant recours à une IVG déclaraient avoir une contraception dans le mois précédant la conception ; à l'inverse, 34% d'entre elles n'avaient pas de contraception. Selon *Jones et al.* (25), la principale cause de grossesse non désirée aux Etats-Unis était liée à une utilisation non adéquate de la méthode contraceptive.

En France, on note une désaffection croissante générale envers la pilule contraceptive dont l'utilisation est passée de 55,8% en 2005 à 26,8% en 2023. Cette chute est en partie expliquée par la classification par l'OMS de la contraception oestro-progestative en substance cancérigène et s'est accentuée par la crise médiatique autour des pilules de 3^e et 4^e génération en 2012. A l'inverse, on note une augmentation de l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) et des méthodes barrières (préservatifs, retrait, abstinence), ces dernières ayant un indice de Pearl bas (26).

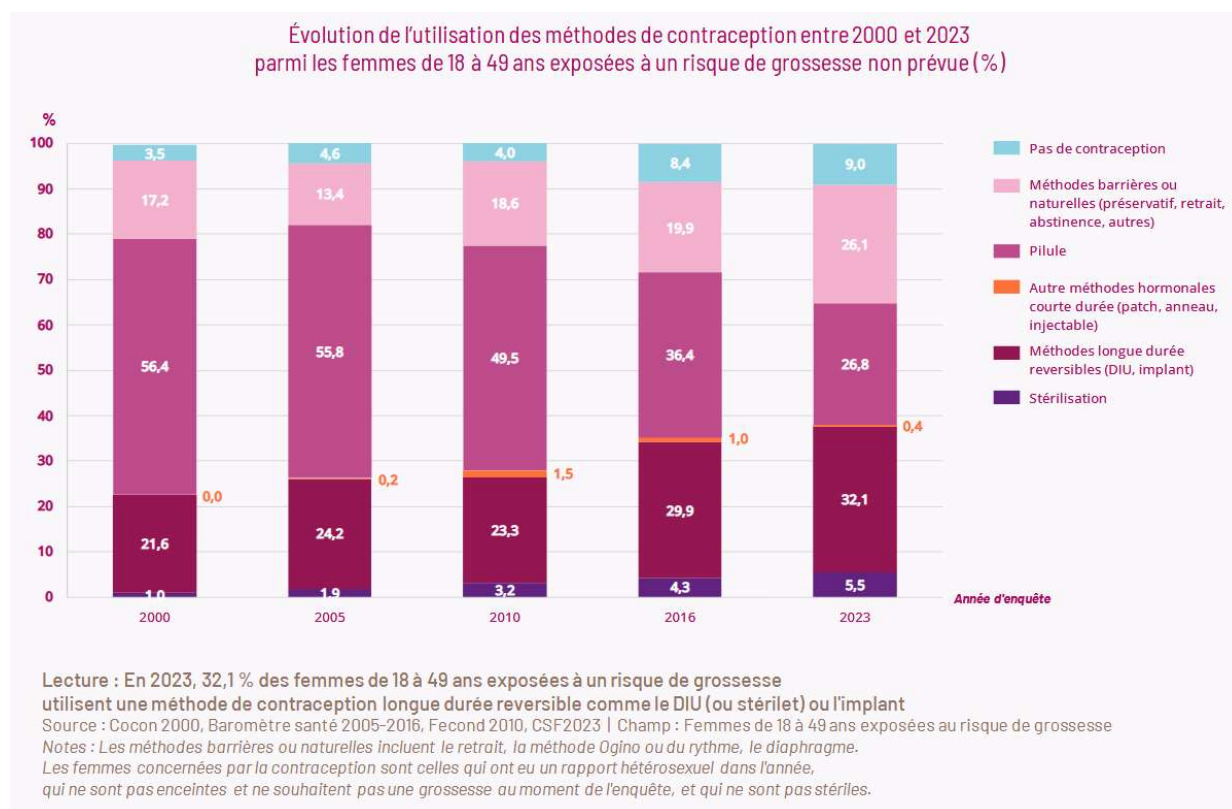


Figure 2 Evolution des méthodes contraceptives de 2000 à 2023 selon le rapport Contexte des Sexualités en France 2023(26)

Objectifs de l'étude

Dans ce contexte d'allongement du délai d'accès à l'IVG, nous nous sommes interrogés sur le profil des femmes ayant recours à une IVG entre 14 et 16 SA ainsi que sur le contexte de leur demande et la réalisation de l'acte. L'ensemble de ce travail vise à améliorer la compréhension du parcours de soin de ces femmes afin d'identifier les pistes d'optimisation de leur prise en soin.

MATERIELS ET METHODES

Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective bicentrique concernant les IVG entre 14 et 16 SA réalisées entre le 2 mars 2022 et le 2 mars 2024 dans les centres d'IVG (CIVG) du CHU de Tours et de Cochin-Port-Royal.

Objectifs

Nous avons souhaité faire un état des lieux des IVG entre 14 et 16 SA réalisées de mars 2022 à mars 2024 au sein des CHU de Tours et de Cochin-Port-Royal. Nous avons cherché à identifier le profil socio-démographique de ces patientes, notamment leur âge, profil par catégorie socio-professionnelle et département d'origine afin d'évaluer des mouvements de population. Nous avons également souhaité analyser quel était le contexte de la demande d'IVG ainsi que la contraception utilisée avant et après l'IVG. Enfin, nous avons voulu évaluer les complications opératoires observée dans notre population et comparer les pratiques entre les deux centres.

Critères d'inclusion des patientes

Toutes les patientes ayant recours à une IVG réalisée entre 14 et 16 SA entre le 2 mars 2022 et le 2 mars 2024 au sein du CHU de Tours et de Cochin-Port-Royal ont été incluses. Le seul critère d'exclusion était l'absence totale de données.

Recueil des données

Les données étaient extraites manuellement à partir de dossiers informatisés au CHU de Tours et de dossiers papiers dans le centre de Cochin-Port-Royal.

Les données ont été reportées dans un fichier Excel puis ont été anonymisées à l'aide d'un fichier de correspondance séparé. L'étude est en accord avec la législation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et le traitement des données a été enregistré dans le registre des traitements informations du CHU de Tours (n°2025_141) ainsi que dans le registre des recherches entrant dans le cadre d'une méthodologie de référence (n°27034278).

Description des variables

Les données recueillies rassemblaient les caractéristiques des patientes comprenant les données socio-démographiques et les antécédents gynéco-obstétricaux. Les antécédents de violences ont également été pris en compte. Nous avons recueilli le nombre de patientes qui avaient préalablement été récusées d'un autre centre avant de consulter au CIVG où a été réalisée l'IVG, et ce alors qu'elles étaient éligibles à l'IVG.

Nous avons également recueilli le contexte de la demande d'IVG ainsi que la contraception anté- et post-abortum et le délai entre la première consultation au CIVG et la réalisation de l'acte.

Concernant la grossesse en cours, les données comprenaient le terme de la grossesse au moment de l'IVG ainsi que les complications éventuelles. Le terme de la grossesse pouvait être déterminé à partir de la longueur cranio-caudale (LCC), du diamètre bipariétal (BIP) ou du périmètre crânien (PC) selon le terme et la personne réalisant l'échographie de datation. Le terme maximal de la grossesse retenu était le 90^e percentile de 16 SA selon les courbes du Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF). La réalisation d'une consultation post-IVG a également été rapportée.

Caractéristiques des patientes

Les patientes étaient réparties par tranche d'âge : moins de 18 ans, 18-19 ans, entre 20 et 24 ans, entre 25 et 29 ans, entre 30 et 34 ans, entre 35 et 39 ans, plus de 40 ans.

Nous avons séparé la population en trois niveaux de catégories socio-professionnelles définies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) : le niveau élevé comprenant les cadres, artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise ; le niveau intermédiaire comprenant les professions intermédiaires et les agricultrices exploitantes ; le niveau bas comprenant les employées, ouvrières et inactives dont les étudiantes.

Le statut conjugal des patientes, le désir de grossesse initial et le département d'origine des patientes étaient relevés. Les antécédents gynéco-obstétricaux rassemblaient la parité, la gestité, l'antécédent de césarienne et le nombre d'IVG antérieures.

Contraception

Les différents types de contraceptions étaient divisés entre plusieurs catégories : les contraceptions oestro-progestatives (orales, par patch ou anneau), les contraceptions progestatives orales, les DIU (dispositif-intra-utérin) au cuivre et hormonaux, les implants hormonaux et les préservatifs.

Parmi ces modes de contraception, on peut distinguer le sous-groupe des contraceptifs à longue durée d'action (LARC) regroupant l'implant hormonal et les DIU au cuivre et hormonal ; et le sous-groupe des contraceptions orales comprenant les pilules oestroprogestatives combinées ou progestatives seules.

Contexte de l'IVG

Le contexte de l'IVG était classé selon différentes catégories :

- pour parcours en lien avec le diagnostic anténatal (DAN) en cas de malformation fœtale ou des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre anormaux,
- dans le cadre d'une grossesse survenue sous LARC
- en cas d'oubli ou d'échec contraceptif
- d'un échec d'IVG médicamenteuse
- pour motif conjugal (séparation ou changement d'avis du conjoint)
- pour violences
- pour difficultés financières
- pour maladie survenue ou exacerbée au cours de la grossesse
- pour non désir d'enfant avec absence de contraception car se pensait infertile
- pour gémellarité.

Les patientes avaient la possibilité de demander un dossier avec une identité créée afin d'assurer l'anonymisation de leur prise en charge. Nous avons donc relevé le nombre de patientes qui en ont fait la demande.

Complications

Les complications analysées étaient l'hémorragie (correspondant à des saignements supérieurs à 500 mL), l'expulsion avant le geste, la perforation, la difficulté de dilatation et la plaie cervicale.

Méthode statistique

Des analyses descriptives ont été réalisées pour décrire la population de l'étude avec des médianes pour les variables continues et des pourcentages pour les variables catégorielles.

Afin de comparer ces variables, nous avons utilisé le test t de Student pour les variables continues et le test du Chi-2 pour les variables catégorielles. Les statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Excel et R. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

RESULTATS

Un total de 294 patientes a été inclus dans l'étude dont 194 patientes à Cochin-Port-Royal et 100 patientes à Tours. Un dossier de Port Royal n'a pas été retrouvé et a donc été exclu pour données manquantes. 293 dossiers ont pu être analysés.

Caractéristiques de la population

L'âge médian des femmes était de 27 ans (IQR [22-34] ans). 66% des patientes ayant recours à une IVG entre 14 et 16 SA avaient entre 20 et 34 ans : 26,6% pour les 20-24 ans, 21,8% pour les 25-29 ans, 17,7% pour les 30-34 ans.

77% de la population appartenait à une catégorie socio-professionnelle basse. 53% de la population exerçait un emploi, 16% étaient étudiantes et 23% n'avaient pas d'emploi.

Les deux tiers (75%) de la population se déclaraient en couple lors de la demande d'IVG.

Il n'y avait pas de différence significative entre les populations de Cochin-Port-Royal et Tours concernant la tranche d'âge ($p=0,160$), le niveau de catégorie socio-professionnel ($p=0,545$) et le statut conjugal ($p=0,663$).

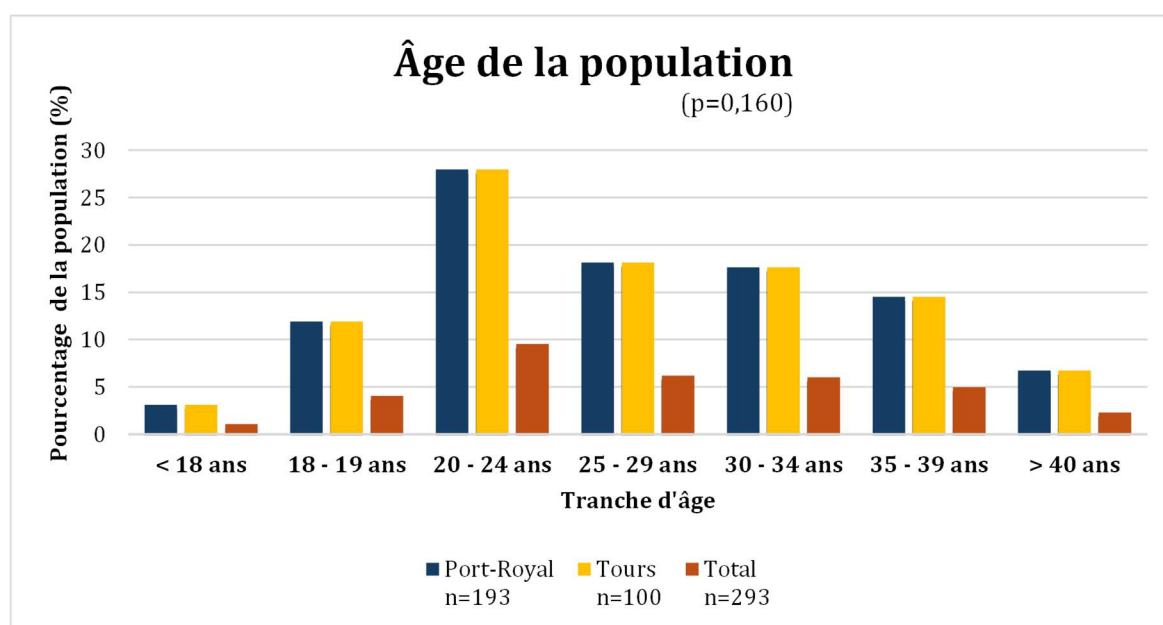


Figure 3 Âge de la population

Catégorie socio-professionnelle			
	Port-Royal (n=193)	Tours (n=100)	Total (n=293)
Agricultrices	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Artisanes, commerçantes, cheffes d'entrepri	9 (4,7%)	7 (7,0%)	16 (5,5%)
Cadres	21 (10,9%)	6 (6,0%)	27 (9,2%)
Professions intermédiaires	14 (7,3%)	4 (4,0%)	18 (6,1%)
Employées	57 (29,5%)	35 (35,0%)	92 (31,4%)
Ouvrières	1 (0,5%)	4 (4,0%)	5 (1,7%)
Etudiantes	38 (19,7%)	9 (9,0%)	47 (16,0%)
Sans	43 (22,3%)	24 (24,0%)	67 (22,9%)
Non renseigné	10 (5,2%)	11 (11,0%)	21 (7,2%)
	n=183	n=89	n=272
Niveau élevé	30 (16,4%)	13 (14,6%)	43 (15,8%)
Niveau intermédiaire	14 (7,7%)	4 (4,5%)	18 (6,6%)
Niveau bas	139 (76,0%)	72 (80,9%)	211 (77,6%)
			p=0,545

Tableau 1 Catégorie socio-professionnelle

Statut conjugal des patientes			
	Port-Royal (n=192)	Tours (n=94)	Total (n=286)
Célibataire	47 (24,5%)	26 (27,7%)	73 (25,5%)
En couple	145 (75,5%)	68 (72,3%)	213 (74,5%)
			p=0,6635

Données manquantes pour un dossier à Port Royal et 6 dossiers à Tours.

Tableau 2 Statut conjugal des patientes

32 % des patientes réalisant une IVG au CHU de Cochin-Port-Royal habitaient à Paris (75). 67% de celles du CHU de Tours étaient originaire du département d'Indre-et-Loire (37). 5% de patientes venaient d'une autre région pour Cochin-Port-Royal et 12% pour Tours.

Parmi les patientes ayant eu recours à une IVG au CHU de Tours, 19% avaient été préalablement refusées dans un autre centre (Angers, Chartres, Dreux, Bourges, Châteauroux, Blois, Orléans, Montpellier, Pithiviers). Ces données n'étaient pas disponibles pour le centre de Cochin-Port-Royal.

34% des patientes rapportaient avoir subi des violences avec une proportion significativement plus élevée à Tours (43%) qu'à Cochin-Port-Royal (29%) (p=0,02).

Patientes rapportant avoir subi des violences			
	Port-Royal (n=193)	Tours (n=99)	Total (n=292)
Violences	57 (29,5%)	43 (43,4%)	100 (34,2%)
Pas de violences	136 (70,5%)	56 (56,6%)	192 (65,8%)
Données manquantes pour un dossier à Tours.			p=0,025

Tableau 3 Antécédents déclaratifs de violences

54% des patientes étaient nullipares, 22% avaient déjà eu un enfant et 22% étaient multipares. 33 patientes avaient déjà eu une césarienne. 43% des patientes avaient déjà réalisé une IVG. Parmi celles-ci, 76,2% avaient réalisé une seule IVG auparavant et 23,8% en avaient réalisé au moins deux.

Antécédent gynéco-obsétricaux des patientes			
	Total (n=292)	Port-Royal (n=193)	Tours (n=99)
Nullipare	161 (55,1%)	121 (62,7%)	40 (40,4%)
Au moins une grossesse	66 (22,6%)	36 (18,7%)	30 (30,3%)
Multipare	65 (22,3%)	36 (18,7%)	29 (29,3%)
Antécédent de césarienne	33	21	12
Pas d'antécédent d'IVG	166 (56,8%)	105 (54,4%)	38 (38,4%)
IVG antérieure	126 (43,2%)	88 (45,6%)	61 (61,6%)
<i>dont 1 IVG</i>	96 (76,2%)	65 (73,9%)	31 (81,6%)
<i>dont ≥ 2 IVG</i>	30 (23,8%)	23 (26,1%)	7 (18,4%)
Données manquantes pour un dossier à Tours.			

Tableau 4 Antécédents gynéco-obstétricaux

Contexte de l'IVG

Le contexte de l'IVG a pu être recueilli chez 83% de la population.

14,6% des grossesses étaient initialement désirées. Parmi ces patientes, 31% ont réalisé l'IVG pour motif conjugal, 19% pour un motif en rapport avec un parcours au DAN et 14% pour changement d'avis sur le projet parental.

Parmi les grossesses non désirées, 61.9% étaient liées à un échec de contraception (par LARC, contraception orale, contraception naturelle et préservatifs) dont 5% pour un échec de LARC.

6% des IVG étaient réalisées dans un contexte de violence actuelle.

Contexte de l'IVG en cas de grossesse désirée ou non désirée			
	Grossesse désirée (n=43)	Grossesse inopinée (n=202)	Total (n=244)
DAN	8 (19,0%)	3 (1,5%)	11 (4,5%)
Echec de LARC	0 (0,0%)	10 (5,0%)	10 (4,1%)
Echec de contraceptif autre que LARC	0 (0,0%)	62 (30,7%)	62 (25,4%)
Oubli contraceptif autre que LARC	0 (0,0%)	43 (21,3%)	43 (17,6%)
Contraception naturelle	0 (0,0%)	10 (5,0%)	10 (4,1%)
Echec IVG médicamenteuse	0 (0,0%)	6 (3,0%)	6 (2,5%)
Motif conjugal	13 (31,0%)	27 (13,4%)	40 (16,4%)
Violences	5 (11,9%)	10 (5,0%)	15 (6,1%)
Motif financier	0 (0,0%)	9 (4,5%)	9 (3,7%)
Maladie survenue au cours de la grossesse	5 (11,9%)	2 (1,0%)	7 (2,9%)
Gémellarité	2 (4,8%)	0 (0,0%)	2 (0,8%)
Pense être infertile	0 (0,0%)	8 (4,0%)	8 (3,3%)
Autres	3 (7,1%)	12 (5,9%)	15 (6,1%)
Changement d'avis	6 (14,3%)	0 (0,0%)	6 (2,5%)
Echec de contraception par LARC		10 (5,0%)	
Echec ou oubli de contraception		125 (61,9%)	
Contexte non renseigné pour 49 patientes (16%).			

Tableau 5 Contexte de la demande

Contraception pré et post-abortum

Parmi les patientes ayant recours à une IVG entre 14 et 16 SA en cas de grossesse non désirée, 48% n'utilisaient pas de contraception au préalable, 24% utilisaient une contraception hormonale orale, 19% des préservatifs, 4% une LARC.

Parmi les patientes qui n'utilisaient pas de contraception avant l'IVG, 40 % ont décidé de débiter une LARC, 29% un contraception orale hormonale et 18% des préservatifs après l'IVG.

Parmi celles qui avaient une contraception hormonale orale avant l'intervention, 59% se sont tournées vers une LARC. En revanche, les patientes qui utilisaient un SIU hormonal, un implant contraceptif ou un anneau contraceptif avant l'IVG n'ont pas désiré changer de contraception après. Il n'y avait pas de différence entre nos deux populations sur la contraception post-IVG (p=0,596).

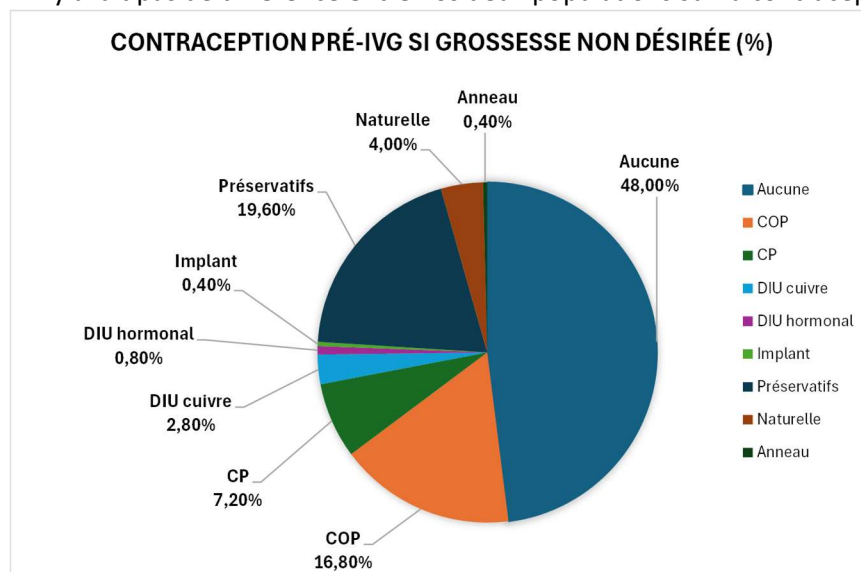


Figure 4 Contraception pré-IVG en cas de grossesse non désirée

COP : contraception oestroprogestative orale ; CP : contraception microprogestative orale ; DIU : dispositif intra-utérin

Contraception utilisées avant et après l'IVG

		Après IVG (%)									
		Aucune (n=20)	COP (n=60)	CP (n=27)	DIU cuivre (n=39)	DIU hormonal (n=42)	Implant (n=56)	Préservatifs (n=45)	Naturelle (n=0)	Anneau (n=1)	Patch (n=2)
Avant IVG											
Aucune	(n=160)	11,9	16,3	13,1	12,5	11,3	16,9	18,1	0,0	0,0	0,0
COP	(n=44)	0,0	43,2	2,3	13,6	20,5	15,9	2,3	0,0	0,0	2,3
CP	(n=18)	0,0	5,6	5,6	11,1	33,3	38,9	0,0	0,0	0,0	5,6
DIU cuivre	(n=7)	0,0	0,0	0,0	57,1	14,3	28,6	0,0	0,0	0,0	0,0
DIU hormonal	(n=2)	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Implant	(n=1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Préservatifs	(n=49)	2,0	24,5	6,1	12,2	8,2	24,5	22,4	0,0	0,0	0,0
Naturelle	(n=10)	0,0	20,0	10,0	10,0	20,0	0,0	40,0	0,0	0,0	0,0
Anneau	(n=1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0

COP : contraception oestroprogestative orale; CP : contraception microprogestative; DIU : dispositif intra-utérin

Tableau 6 Contraception avant et après IVG

Contraception post-abortum			
	Port-Royal (n=193)	Tours (n=99)	Total (n=292)
Aucune	11 (5,7%)	9 (9,1%)	20 (6,8%)
COP	48 (24,9%)	12 (12,1%)	60 (20,5%)
CP	16 (8,3%)	11 (11,1%)	27 (9,2%)
DIU cuivre	20 (10,4%)	19 (19,2%)	39 (13,4%)
DIU hormonal	24 (12,4%)	18 (18,2%)	42 (14,4%)
Implant	29 (15,0%)	27 (27,3%)	56 (19,2%)
Préservatifs	42 (21,8%)	3 (3,0%)	45 (15,4%)
Naturelle	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Anneau	1 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Patch	2 (1,0%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)
			p=0,596
<i>Donnée manquante à Tours.</i>			

Tableau 7 Contraception post-abortum

COP : contraception oestroprogestative orale ; CP : contraception microprogestative orale ; DIU : dispositif intra-utérin

Délai de prise en soin et anonymisation du dossier

La médiane de prise en soin était de 4,5 jours (IQR 2-8) entre la 1^{ère} consultation à l'hôpital où était réalisée l'IVG et le jour de l'IVG, sans différence significative entre les deux centres (p=0,114).

Par ailleurs, 3,4% des patientes ont demandé l'anonymisation de leur dossier.

Méthode d'interruption de grossesse

Toutes les IVG étaient réalisées par méthode instrumentale. A Tours, 26% de la population a eu recours à une anesthésie locale (AL). A noter qu'une intervention sous AL a été interrompue devant une prise en soin de la douleur inefficace et une dilatation difficile. La médiane du terme auquel les IVG étaient réalisées était de 15 SA et 0,5 jours.

La durée médiane d'intervention était de 15 min (IQR 10-20 min) avec une durée significativement plus importante à Tours (p=0,004).

Aucune complication majeure n'était rapportée dans 82% des interventions. La principale complication retrouvée était la dilatation difficile (29%). 2% (n=6) des IVG étaient compliquées d'une hémorragie dont une ayant nécessité une nouvelle intervention. 8 cas (2,7%) d'expulsion avant le geste ont été rapportés à Tours. Il y avait significativement plus d'hémorragies et d'expulsion avant le geste à Tours mais moins de plaies cervicales (p < 0,01).

La moitié des patientes (54%) s'est rendue à la consultation post-IVG, prévue 2 à 3 semaines après le geste.

Complications de l'intervention			
	Port-Royal (n=193)	Tours (n=100)	Total (n=293)
Aucune	164 (85,0%)	78 (78,0%)	242 (82,6%)
Dilatation difficile	26 (13,5%)	10 (10,0%)	36 (12,3%)
Hémorragie	1 (0,5%)	5 (5,0%)	6 (2,0%)
Expulsion avant le geste	1 (0,5%)	7 (7,0%)	8 (2,7%)
Plaie cervicale	4 (2,1%)	0 (0,0%)	4 (1,4%)
			p<0,01

Tableau 8 Complications de l'intervention

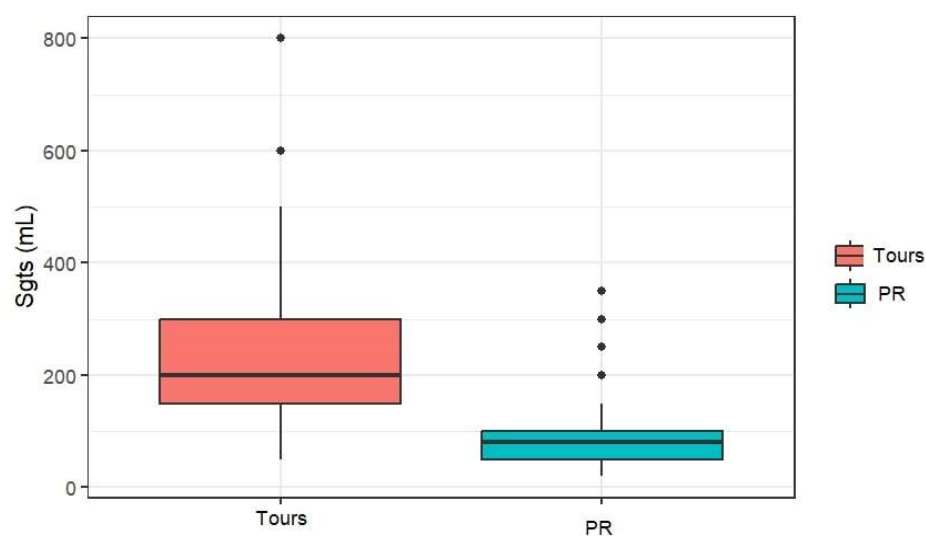


Figure 5 Quantité de saignements dans les deux centres

DISCUSSION

Données démographiques

Le nombre total d'IVG en France continue d'augmenter passant de 243 600 en 2023 à 251 270 en 2024 avec un nombre d'IVG entre 14 et 16 SA qui reste globalement stable, représentant 1,7% des IVG totales. Cependant, dans notre étude, la proportion de patientes réalisant une IVG entre 14 et 16 SA était de 4,0% à Tours et 4,9% à Cochin-Port-Royal. Ce taux plus élevé que la moyenne nationale pourrait s'expliquer par le fait que ces deux centres qui font partie des premiers à avoir réalisé des IVG instrumentales à ce terme drainent davantage de patientes en dehors de leur périmètre habituel. On relève par ailleurs une baisse de la natalité passant de 677 803 naissances en 2023 à 660 977 en 2024 (27) ; qui n'est ni liée à l'augmentation du nombre d'IVG, ni à l'allongement du délai. Cette augmentation du nombre d'IVG s'explique par une augmentation du recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée ainsi qu'une augmentation de l'accès à l'IVG pour les femmes souhaitant y recourir.

Caractéristiques de la population

Dans notre population, 66% des patientes ont entre 20 et 34 ans avec une majorité de femmes âgées de 20 à 24 ans, ce qui est similaire aux données nationales de la DREES(17).

77,6% des patientes appartenaient à une catégorie socio-professionnelle basse contre 15,8% d'un niveau élevé. Les données de la DREES confirment l'association entre un faible niveau de vie et une probabilité accrue de recours à l'IVG tous termes confondus : les femmes dont le niveau de vie est dans les 10 % les plus élevés ont une probabilité de recourir à l'IVG dans l'année inférieure de 38 % à celle des femmes ayant un niveau de vie médian, et celles dont le niveau de vie est classé parmi les 10 % les moins élevés une probabilité supérieure de 40 % (28). Ces résultats rejoignent ceux de S. Vigoureux(21) qui rapportent que 46% des femmes ayant recours à une IVG déclaraient un revenu mensuel net du ménage inférieur à 1200€ (revenu médian 2300€ en 2007).

Notre population semble donc similaire à celle des femmes françaises ayant réalisé une IVG en 2024.

Mouvements de population

Nos résultats s'inscrivent dans la continuité de ceux de *Rahm et al*(17,29), qui montrent que 18% des IVG en France sont réalisées hors département de résidence avec un afflux important en Ile-de-France et à Paris. Entre 12 et 14 SA, les raisons sont majoritairement liées à un défaut d'accès à une structure de soins de proximité. La période étudiée correspond au passage de la loi allongeant le délai de 14 à 16 SA ; période au cours de laquelle peu de centres en France avaient mis en place un parcours de soin pour l'IVG entre 14 et 16 SA.

Dans notre étude, un tiers des patientes prises en soin à Cochin-Port-Royal résidaient dans Paris tandis qu'à Tours, deux tiers des femmes venaient du département d'Indre-et-Loire. Cette différence s'explique en partie par le fait qu'à Paris il existe plusieurs centres d'IVG dans les établissements de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), alors qu'en Indre et Loire seul le CHU de Tours pratique les IVG jusqu'à 16 SA. Les distances à parcourir sont plus courtes et les moyens de transport pour accéder à un établissement de santé plus variés et accessibles à Paris qu'en Indre et Loire. Parmi les patientes de Cochin, 5% provenaient d'une autre région contre 12% à Tours. 19% des patientes venues à Tours avaient été préalablement refusées dans un autre centre compte tenu du terme, illustrant le déficit d'offre de soins dans les départements voisins avec notamment des délais de prise en soin plus longs, un refus de prise en soin ou l'absence d'accès à l'IVG au-delà de 12 ou 14 SA selon les centres. De telles disparités d'accès pointent l'inégalité territoriale des chances pour les femmes dont les déplacements en dehors de leur ville, département ou régions sont longs, coûteux et complexes à organiser voire impossibles, les contraignant jusqu'à poursuivre leur grossesse dans certains cas. Cela est accentué dans le cas des IVG entre 14 et 16 SA dont la pratique est limitée à certains centres. Cela impose aux femmes de se déplacer sur des dizaines voire centaines de kilomètres

à l'intérieur de la région Centre Val de Loire, voire plus pour celles qui sont allées de Lille à Paris ou de Montpellier à Tours pour obtenir une prise en soin adaptée entraînant un frein de plus à l'accès à l'IVG. S'ajoutent à ces difficultés les coûts de déplacement, de perte de travail et les contraintes de confidentialité si nécessaire.

Le Dr Irène Cornilleau a travaillé avec le Réseau Périnatal Centre-Val de Loire à la mise en place d'un parcours coordonné de soins pour les IVG entre 14 et 16 SA ; parcours qui a fait l'objet de sa thèse.

Trois centres ressources ont été identifiés (Tours, Blois et Orléans) afin de faciliter l'accès à l'IVG tardive. Ce dispositif vise à ce que la majorité des étapes puisse être réalisée à proximité du domicile des patientes telles que la consultation initiale, l'échographie ou la consultation d'anesthésie afin de limiter les déplacements à la seule venue dans le centre ressource pour la réalisation du geste. Cette coordination du parcours de soins a été soutenue par un financement de l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de rémunérer les différents acteurs impliqués et d'assurer un accès plus équitable à l'IVG tardive au sein de la région. Ce parcours, premier en son genre, pourrait éventuellement s'appliquer à d'autres régions.

Violences

Dans notre étude, 34% des patientes rapportaient avoir subi des violences ce qui se rapproche des chiffres sur les IVG entre 14 et 16 SA retrouvés par *Birene et al.* (27,5%)(14) et *Hauffray et al.* (41%). Chez 6,1% des patientes, le recours à l'IVG avait pour motif principal un contexte de violences. Par ailleurs, la prévalence des violences faites aux femmes est 2,5 à 4 fois supérieure chez les patientes consultant pour une IVG qu'en population générale et l'IVG tardive (après 14 SA) est un facteur significativement associé à l'existence de violences récentes(30). Ces résultats soulignent l'importance d'un dépistage systématique des violences tel que recommandé par la HAS en 2021 pour toutes les femmes en parcours d'IVG. La grossesse est connue comme étant un facteur de vulnérabilité aux violences conjugales. Ces violences s'intensifient dans 63% des cas au cours de la grossesse avec un risque de féminicide multiplié par trois (31).

Contraception

La question de la contraception occupe une place centrale dans l'étude des IVG. Dans notre étude, 48% des femmes ayant eu recours à une IVG instrumentale sans désir de grossesse initial ne rapportaient pas d'utilisation de contraception. Ce résultat contraste avec les données nationales issues de l'étude de *Moreau et al.* (24) où seulement 34,3% des femmes n'utilisaient pas de contraception au moment de la conception. La question explorant la contraception pré-IVG est quelquefois insuffisamment reformulée. Certaines femmes pourraient ne pas mentionner des contraceptions non médicales telles que le retrait, la méthode des calculs, l'abstinence périodique. L'absence d'intention contraceptive est probablement moindre et aurait mérité qu'on s'en assure pour reconsidérer ce taux élevé de supposée absence de contraception.

L'enquête nationale de l'Inserm confirme que les grossesses non souhaitées restent fréquentes en France malgré une offre contraceptive diversifiée et en augmentation. En 2023, 12,8% des femmes âgées de 18 à 49 ans déclaraient avoir vécu une grossesse non désirée au cours des cinq dernières années et un tiers des grossesses survenues sur cette période étaient considérées comme non désirées. L'enquête a montré une chute de l'utilisation de la pilule passant de 36,4 % en 2016 à 26,8 % en 2023, tandis que l'utilisation des LARC augmente, atteignant 32,1% dont 27,7% de DIU. Les préservatifs demeurent également parmi les méthodes les plus fréquentes, utilisés par 18,6% des femmes. Selon l'étude, 9% des femmes ne souhaitant pas de grossesse déclaraient n'utiliser aucune méthode de contraception.

On retrouve également des données similaires sur le type de contraception utilisé avant l'IVG : 24% utilisaient une pilule dans notre étude contre 27% pour *Moreau et al.* (24) ; 19% utilisaient des préservatifs dans notre étude contre 16% pour *Moreau et al.*(24).

Selon *Moreau et al.*, 90% des échecs de pilule étaient liés à des oublis et 83% des échecs de préservatifs étaient liés à une rupture ou un glissement.

Dans l'étude de *Jones et al.*(25) aux Etats-Unis, le préservatif était la méthode la plus utilisée (28%) suivie de la pilule (14%) mais là encore, l'usage inconstant de la contraception représentait la principale cause d'échec contraceptif que ce soit pour la pilule (76%) ou pour le préservatif (49%).

Dans notre étude, 4% des grossesses inopinées sont survenues chez des patientes qui se pensaient être infertiles. Cela rejoint les données des deux études suscitées où 29% des non-utilisatrices françaises et 33% des non-utilisatrices américaines déclaraient ne pas se sentir exposées au risque de grossesse dont 5,8% pensaient leur couple stérile aux Etats-Unis. Une telle croyance est un facteur de retard au diagnostic de grossesse et peut expliquer le recours à une IVG tardive.

Dans notre cohorte, 47% des patientes ont choisi ou se sont vu prescrire une LARC en post-IVG, un taux supérieur aux données nationales de *Moreau et al.*(24), qui rapportaient 23,8% mais inférieur à celui observé dans l'étude de *Birene et al.*(14), portant sur les IVG instrumentales entre 12 et 16 SA (64,5%). Ces proportions restent toutefois plus élevées que l'utilisation des LARC en population générale française où 35,3% des femmes ayant recours à une contraception remboursée utilisent une LARC. Cette différence souligne le souhait des femmes dans le contexte de l'IVG de recourir aux contraceptions présentant l'efficacité pratique la plus élevée. La possibilité de poser un DIU ou un implant immédiatement après l'intervention, conformément aux recommandations de l'OMS 2022(11), permet de réduire le délai entre l'IVG et la reprise d'une contraception, diminuant le risque de nouvelle grossesse non désirée. Ce taux particulièrement élevé de LARC en post IVG traduit la forte intention contraceptive des femmes et/ou des professionnel.le.s en post IVG pour lutter contre les difficultés d'observance des contraceptions orale ou barrière et diminuer le risque de grossesse avec des indices de Pearl des plus bas. 7,5 % des femmes contraceptées de l'étude avaient pourtant une LARC en contraception pré-IVG mais le niveau de précision de l'étude n'a pas permis de savoir si ces grossesses avaient commencé avant la pose de la LARC ou sur une LARC mal positionnée (DIU bas situé ou isthmique par exemple).

L'IVG constitue un moment clé d'intervention médicale au cours duquel il est possible de réévaluer et d'améliorer la prise en soin contraceptive. Depuis 2022 en France, la contraception remboursable est gratuite pour toutes les personnes âgées de moins de 26 ans sans diminution du nombre d'IVG, en hausse ces dernières années, la contraception n'étant qu'un des leviers des grossesses non désirées et des demandes d'IVG. Aux Etats-Unis, où l'accès à l'IVG s'est restreint dans de nombreux états, une pilule microprogestative est en vente libre depuis 2023 sans ordonnance ni restriction d'âge (32). Les associations militantes telles que l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) et le Planning Familial revendiquent aussi cet accès facilitateur à la contraception hormonale microprogestative sans ordonnance, sans succès à ce jour. La prochaine feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle 2025-2030 sera l'occasion de son inscription dans les évolutions d'accès à la contraception.

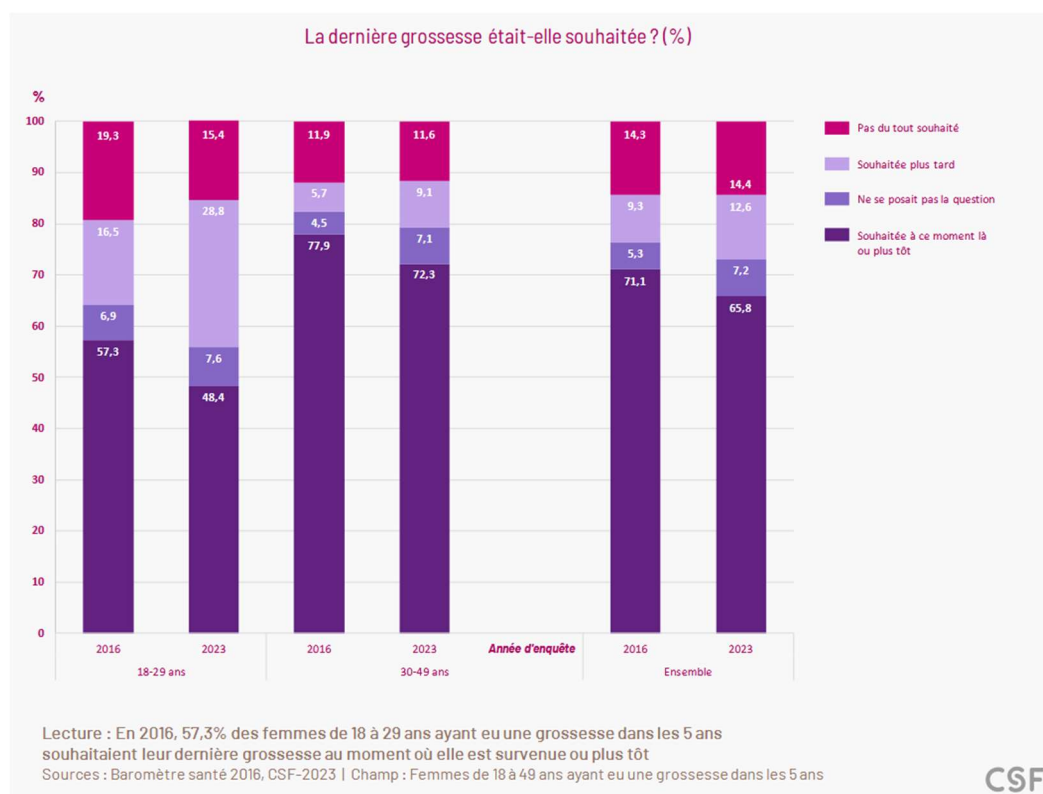


Figure 6 Pourcentage de grossesse désirée en cas de grossesse survenue dans les 5 ans(26)

Contexte de l'IVG

Parmi les grossesses initialement désirées, 31% des IVG avaient pour contexte un motif conjugal, que ce soit un désinvestissement du partenaire ou une séparation survenue au cours de la grossesse. Le changement de situation affective peut survenir tardivement après la découverte de la grossesse, et par conséquent, certaines IVG sont réalisées plus tardivement dans ce contexte, notamment dans notre population où l'IVG est réalisée entre 14 et 16 SA.

Par ailleurs, 14% des IVG pour grossesse désirée étaient motivées par un changement d'avis qui se distinguait des raisons d'ordre conjugal, financières ou médicales. Ce taux souligne l'ambivalence dans le processus décisionnel et la différence entre un désir de grossesse et un désir d'enfant ; la grossesse étant l'étape nécessaire pour penser le désir d'enfant. Il est possible que la connaissance des délais légaux d'accès à l'IVG permette à ces patientes de prendre le temps de mûrir leur réflexion, notamment dans un contexte où l'IVG demeure une charge psycho-affective importante. L'allongement du délai jusqu'à 16 SA offre ainsi la possibilité à ces femmes de décider sans précipitation.

Dans 19% des cas, les IVG concernaient des grossesses interrompues dans le cadre de malformations fœtales ou de marqueurs sériques anormaux. Ces situations s'inscrivent dans un contexte particulier : certaines de ces grossesses auraient pu relever d'une IMG dont la décision finale dépend du CPDPN après que la femme ait formulé sa demande d'IMG. En effet, c'est ce dernier qui autorise l'IMG au motif que l'enfant à naître a une forte probabilité d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité réputée comme incurable au moment du diagnostic ou bien que la grossesse met en péril la santé de la femme (33). Le recours à une IVG peut ainsi s'expliquer par la volonté des patientes d'être actrices de leur décision ou de ne pas attendre l'avis du CPDPN avec le risque d'un refus de leur demande d'IMG alors que le délai légal de recours à l'IVG pourrait être dépassé au moment de la réponse négative du CPDPN.

Dans le cas des grossesses non désirées, 62% des IVG ont été réalisées dans un contexte d'échec contraceptif ce qui rejoint les données développées précédemment et qui souligne l'importance du temps d'échange autour de la contraception chez les femmes en âge de procréer sans désir de grossesse (34).

Enfin, comme le soulignent *Beumer et al.*(22), les raisons conduisant à une IVG sont multifactorielles et interdépendantes. Dans notre étude, un motif principal a été dégagé pour chaque situation, mais cette approche reste déclarative et sujette à la subjectivité des réponses. Certaines patientes peuvent également ressentir la nécessité de justifier leur décision devant la stigmatisation de l'IVG et ainsi influencer la nature du motif rapporté ; auquel s'ajoute la variabilité d'interprétation des soignants. Selon ces auteurs, demander aux patientes de décrire leur vécu et leur ressenti plutôt que de demander explicitement « pourquoi » elles avortent permet de mieux comprendre le processus réel de décision.

Intervention et complications

Nous avons étudié deux centres réalisant les IVG tardives exclusivement par méthode instrumentale. Les études comparatives entre les méthodes instrumentales par dilatation-évacuation et médicamenteuse confirment globalement une meilleure tolérance et efficacité de l'IVG instrumentale pour les IVG du 2^e trimestre.

Dans l'essai randomisé de *Kelly et al.* (20) portant sur les IVG entre 13 et 20 SG, la méthode instrumentale a été jugée plus acceptable par les patientes : 100% d'entre elles ont déclaré vouloir choisir à nouveau cette méthode contre 53% dans le groupe d'IVG médicamenteuse. Par ailleurs, les patientes ayant eu une IVG instrumentale rapportaient moins de douleur, moins de saignements prolongés et moins de rétention placentaire nécessitant un geste complémentaire. A l'inverse, les IVG médicamenteuses étaient associées à un taux plus élevé d'hémorragies, de douleurs et d'hospitalisations prolongées. Cependant, certaines femmes préfèrent avoir recours à une IVG médicamenteuse afin d'éviter l'anesthésie et la chirurgie. L'étude suggère que les femmes devraient se voir offrir le choix de la méthode de l'IVG afin de prendre en compte leurs préférences personnelles. Aucune recommandation de bonne pratique n'est parue à ce jour, les dernières recommandations de la HAS datant de 2021, donc avant l'allongement du délai. L'alternative entre IVG instrumentale et IVG médicamenteuse n'a été recommandée que jusqu'à 9 SA par la HAS en 2021 ; la méthode de référence étant instrumentale entre 9 et 14 SA.

En 2024, sur les 539 établissements ayant fait au moins une IVG, seuls 386 en avaient réalisé à un terme entre 12 et 16 SA et 217 entre 15 et 16 SA. Devant la difficulté d'accès à un centre pratiquant des IVG tardives, les patientes ont probablement choisi les centres de notre étude afin d'avoir accès au soin et non pas spécifiquement pour la méthode instrumentale. Par ailleurs, peu de patientes savent qu'il existe ces deux méthodes différentes et ont rarement le choix de la méthode à ces termes. En effet, les pratiques de l'IVG médicamenteuse ou instrumentale sont région-dépendantes avec notamment une part des IVG médicamenteuses de 34% dans le Grand-Est, en Guyane et à la Réunion voire 42% à Mayotte (17).

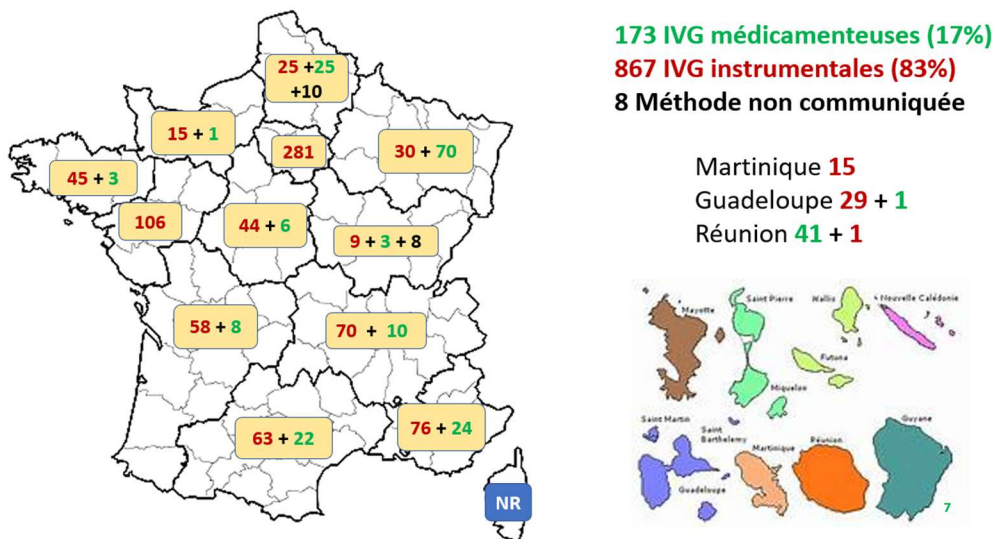


Figure 7 Répartition de la méthode de l'IVG entre 14 et 16 SA en France en janvier 2023(35)

Concernant les complications, notre étude a montré davantage de saignements à Tours qu'à Cochin-Port-Royal.

Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : la quantité de liquide amniotique était comptabilisée dans les saignements à Tours, contrairement à Cochin-Port Royal ce qui peut fausser la quantité de saignements rapportés dans les dossiers. De plus, à Tours, les IVG étaient réalisées par 6 opérateurs différents ; tandis que la quasi-totalité des interventions (99,8%) à Cochin-Port-Royal avait été réalisée par une seule opératrice, ce qui va dans le sens des études de *Liu et al.* et *Agostini et al.*(36) selon lesquelles un volume d'activité et une expérience de l'opérateur importants sont associés à une diminution des complications.

Le taux d'hémorragie ≥ 500 ml à 2% dans notre population était inférieur aux études de *Hauffray et al* (7,6%)(37) et *Birene et al* (5%) (14).

Il y avait davantage d'expulsions avant le geste à Tours qu'à Cochin-Port-Royal. L'hypothèse avancée de cette différence était que le Misoprostol était administré 3h avant l'intervention à Tours contre 1 à 2h à Port-Royal. Par conséquent, le protocole à Tours a été modifié afin de rapprocher la prise de Misoprostol de l'intervention.

Les données sur l'horaire de prise des médicaments étaient manquantes pour la plupart des interventions à Tours, notamment les interventions compliquées d'une hémorragie. L'horaire prévisionnel de passage au bloc opératoire peut également être modifié par l'imprévisibilité d'une complication ou d'une urgence au bloc opératoire et rallonger de fait le temps d'exposition au Misoprostol, facteur de risque d'expulsion dans l'intervalle. Par ailleurs, l'utilisation d'anesthésiques halogénés n'a pas été relevée or ceux-ci sont associés à des saignements plus importants (38). Aucune perforation utérine n'a été rapportée dans notre cohorte, malgré une proportion notable de patientes (n=33) ayant un antécédent de césarienne.

Il convient toutefois de souligner une limite de notre étude : près de 45% des patientes ne se sont pas présentées à la consultation post-IVG, rendant difficile l'évaluation des complications survenues à distance de l'intervention. Ce taux de recours à la consultation post IVG, pourtant incluse dans le forfait et vivement encouragée, est faible mais identique quel que soit le terme de la grossesse. L'éloignement géographique de certaines femmes est aussi un frein à cette consultation qui peut être pallié par la proposition de téléconsultation.

Forces et limites de l'étude

Notre étude porte sur une population importante de 394 patientes ; elle est bicentrique, incluant à la fois un CHU de l'APHP et un CHU régional, offrant une vision complémentaire de l'accès à l'IVG sur le territoire.

Une autre force de notre étude était le recueil du contexte de l'IVG qui est peu étudié en France, et encore moins dans le contexte d'IVG tardive. L'analyse des méthodes contraceptives et du contexte de l'IVG permet de mieux comprendre les déterminants du recours à l'IVG et d'explorer les pistes d'amélioration de la prise en soin médicale et notamment préventive.

Malgré ces atouts, certaines limites doivent être soulignées. Il s'agit d'une étude rétrospective, exposée à un biais de recueil lié à la qualité et l'exhaustivité des données dans les dossiers médicaux. Des données manquantes ont notamment été constatées pour différentes variables. De plus, certaines informations, comme le contexte de l'IVG ou la contraception, étaient déclaratives.

Le délai de prise en soin relevé était celui entre la première consultation à l'hôpital où était réalisée l'IVG et le jour de l'IVG. Cependant, il aurait été davantage intéressant d'étudier le délai écoulé entre la première formulation d'une demande d'IVG (en libéral ou dans un autre centre) et l'acte. Cette donnée nous aurait permis de dissocier les demandes après 14 SA liées à une découverte tardive des demandes antérieures à 14 SA ayant nécessité un temps de réflexion ou d'un parcours jalonné d'obstacles pour trouver un centre d'IVG acceptant la prise en soin.

Par ailleurs, le faible taux de complications ne permettait pas d'identifier des facteurs de risques spécifiques. Une comparaison avec des IVG réalisées entre 12 et 14 SA aurait permis d'évaluer l'impact de l'allongement du délai légal sur les complications opératoires, comme ce qui a été fait dans les études de *Hauffray et al.*(37) et de *Birene et al.*(14) et *Vermeulen*(39).

Enfin, une variabilité dans les critères de datation des grossesses a été observée selon les opérateurs. En effet, le terme pouvait être déterminé au 50^e ou au 90^e percentile selon le CFEF.

Ces limites invitent à envisager la réalisation d'études prospectives multicentriques avec de plus grands échantillons afin d'étudier davantage les complications opératoires, mais aussi le vécu psychologique et la satisfaction des patientes, la contraception post-IVG avec un suivi à long terme et la formation des opérateurs.

CONCLUSION

Notre étude permet de dégager les caractéristiques des femmes réalisant une IVG entre 14 et 16 SA et montre qu'elles semblent similaires à aux femmes réalisant une IVG quel que soit le terme notamment sur la tranche d'âge, le niveau socio-économique ou les violences subies.

Cependant, le faible nombre de centres pratiquant des IVG entre 14 et 16 SA accentue les inégalités d'accès à l'IVG, avec une complexification de la démarche et un allongement potentiel du délai de prise en soin.

La méthode d'IVG instrumentale apparaît comme une méthode sûre et efficace, associée à un faible taux de complications, sous réserve d'une formation adaptée des praticien.ne.s et d'une préparation cervicale adaptée. Des recommandations de bonnes pratiques permettraient d'améliorer l'homogénéisation des pratiques et sécuriseraient certains praticiens dans la méthode, permettant d'accroître l'offre de soin.

Enfin, l'allongement du délai légal de l'IVG offre une réelle chance aux patientes dont le diagnostic de grossesse est tardif et à celles dont l'accès à l'IVG est difficile. Il laisse également le temps à certaines femmes de réfléchir à leur décision. Cette avancée doit toutefois s'accompagner d'un meilleur maillage territorial afin de renforcer l'accessibilité aux soins sur l'ensemble du territoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (loi Veil). Journal officiel de la République française janv, 1975. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>
2. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (loi Aubry Guigou). Journal officiel de la République française, 2001-588 juill 4, 2001. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000222631>
3. Loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement. Journal officiel de la République française mars 2, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>
4. Décret n° 2023-1194 du 16 décembre 2023 relatif à la pratique des interruptions volontaires de grossesse instrumentales par des sages-femmes en établissement de santé. Journal officiel de la République française déc 16, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048573657>
5. Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Journal officiel de la République française déc 17, 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026785322/>
6. Loi constitutionnelle n° 2024-200 du 8 mars 2024 relative à la liberté de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. avr, 2024. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Y37qWI6AzXgkYwAsm34pwlGj8aUOv1MZCf1HPdWY3s=>
7. Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse. Comité consultatif national d'éthique; 2020 déc. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-%20saisine%20IVG.pdf>
8. Battistel MN, Muschotti C. Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale 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, n° 3343, déposé le mercredi 16 septembre 2020. 2020 sept. Report No.: 3343.
9. De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler A, Gerdtz C. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Internet]. avr 2021;128(5):838-45. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16534>
10. Best practice in abortion care [Internet]. Royal college of obstetricians & gynaecologists; 2022 mars. Disponible sur: <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
11. Lignes Directrices Sur les Soins Liés à L'avortement - OMS 2022. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
12. Nisand I. Allonger le délai légal d'IVG : une mauvaise réponse à une bonne question. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. mars 2021;49(3):155-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718921000234>

13. Atrio JM, Sonalkar S, Kopp Kallner H, Rapkin RB, Gemzell-Danielsson K, Lohr PA. Surgical versus medical methods for second-trimester induced abortion. Cochrane Central Editorial Service, éditeur. Cochrane Database Syst Rev. 8 juill 2025;2025(7). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006714.pub3>
14. Birene B, Personne S, Gerin H, Maurice O, Ferreira A, Dakin M. Background and safety of surgical abortion between 14 and 16 weeks gestation: A retrospective multicentre observational study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. août 2025;312:114541. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211525008176>
15. Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Haute Autorité de Santé; 2021 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/reco406_recommandations_ivg_medicamenteuse_mel.pdf
16. Bettahar K, Koch A, Deruelle P. Interruption volontaire de grossesse entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée : place de la technique médicamenteuse. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. nov 2022;50(11):735-40. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718922002902>
17. En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80% sont médicamenteuses - DREES 09/2025.
18. Faucher P, Gaudu S. Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée ? Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. juill 2022;50(7-8):559-62. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718922001660>
19. Schmidt-Hansen M, Lohr PA, Cameron S, Hasler E. Surgical or medical abortion of pregnancies between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation? A systematic review and new NICE national guidelines. BMJ Sex Amp Reprod Health. 1 juill 2021;47(3):e10. Disponible sur: <http://jfrh.bmj.com/content/47/3/e10.abstract>
20. Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13–20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. nov 2010;117(12):1512-20. Disponible sur: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02712.x>
21. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2016;45(10):1462-76. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231516301533>
22. Beumer WY, Reilingh AYAM, Dalmijn E, Roseboom TJ, Van Ditzhuijzen J. Motivations for Abortion or Continuation of an Unwanted Pregnancy: A Scoping Review of the Global Literature. Perspect Sex Reprod Health. mars 2025;57(1):45-62. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/psrh.12293>
23. Ingham R, Lee E, Clements SJ, Stone N. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. Reprod Health Matters. janv 2008;16(sup31):18-29. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2808%2931375-5>
24. Moreau C, Trussell J, Desfreres 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. oct 2010;82(4):337-44. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782410001010>
25. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive Use among U.S. Women Having Abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health*. nov 2002;34(6):294. Disponible sur:
<https://www.jstor.org/stable/3097748?origin=crossref>
 26. Premiers résultats de l'enquête Contexte des Sexualités en France 2023 Inserm-ANRS-MIE. Inserm - ANRS - Santé publique France; 2024 nov. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf
 27. Avril 2025 - Les naissances continuent de diminuer. Institut national de la statistique et des études économiques; Disponible sur:
https://www.insee.fr/fr/statistiques/8575955?sommaire=7944361#tableau-figure1_radio1
 28. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2020 sept. Report No.: 1163. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf>
 29. Rahm L, De Zordo S, Mishtal J, Garnsey CL, Gerdtz C. Inter-departmental abortion travels in metropolitan France: A mixed-methods analysis of women's experiences, access, and barriers to abortion care. Ortega JA, éditeur. *PLOS ONE*. 4 oct 2022;17(10):e0273190. Disponible sur:
<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0273190>
 30. Duprez A, Devemy C, Cromer S, Hatem G, Subtil D, Catteau-Jonard S. Interruption volontaire de grossesse et violences faites aux femmes: quels signes d'alerte? *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. oct 2025;S2468718925003289. Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718925003289>
 31. Bonnet C. Serait-il possible de protéger des risques féminicides et infanticides dès la grossesse ? *Sages-Femmes*. mai 2024;23(3):44-8. Disponible sur:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408824000610>
 32. Rodriguez MI, Burns H, Sheridan R, Edelman AB. Over-the-Counter Oral Contraceptive Use and Initiation of Contraception. *JAMA Netw Open*. 18 août 2025;8(8):e2527438. Disponible sur:
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2837663>
 33. Article L2213-1 du code de santé publique : Interruption de grossesse pratiquée par motif médical. août, 2021. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043896164/2025-10-08
 34. Chabbert-Buffet N, Marret H, Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, et al. Contraception : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. déc 2018;46(12):760-76. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468718918302678>
 35. Trignol-Viguié N. Etat des lieux de l'IVG entre 14 et 16 SA à plus d'1 an du vote de la loi dite Gaillot. 2023 sept.
 36. Agostini A, Pauly V, Orléans V, Brousse Y, Romain F, Tran B, et al. Association between hospital procedure volume, socioeconomic status, comorbidities, and adverse events related to surgical abortion: a nationwide population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. déc

2024;231(6):626.e1-626.e17. Disponible sur:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937824007427>

37. Hauffray C, Billard E, Vigoureux S. Surgical induced abortion between 14 and 16 weeks of gestation: Complications. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* juin 2025;54(6):102948. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468784725000455>
38. Clare CA, Hatton GE, Shrestha N, Girshin M, Broumas A, Carmel D, et al. Intraoperative Blood Loss during Induced Abortion: A Comparison of Anesthetics. *Anesthesiol Res Pract.* 2 déc 2018;2018:1-5. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/arp/2018/4051896/>
39. Vermeulen I. Étude des IVG réalisées entre 14 et 16 SA en Ile-de-France, dans l'année suivant l'allongement du délai légal à 16 SA : complications immédiates et place des médecins généralistes. 2024. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/70152>

PAGE DES SIGNATURES

Vu, les Directrices de Thèse

Dre Nathalie Trignol-Viguié

A blue ink signature, appearing to be 'N. Trignol-Viguié', written in a cursive style.

Dre Claire Proust

A black ink signature, appearing to be 'C. Proust', written in a cursive style.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**



ARMAND Marie-Anne Yu-Lan

Pages :

Tableaux : 8

Figures : 6

Résumé :

Introduction : La loi du 2 mars 2022 a allongé le délai maximal de l'IVG (interruption volontaire de grossesse) de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (SA). L'objectif de cette étude est de dresser un état des lieux des IVG entre 14 et 16 SA dans les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Tours et de Cochin-Port Royal de mars 2022 à mars 2024 en décrivant les caractéristiques des patientes, le type de contraception utilisée en anté- et post-abortum, le contexte de l'IVG ainsi que les complications liées à l'acte.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective bicentrique incluant toutes les IVG instrumentales entre 14 et 16 SA réalisées entre mars 2022 et mars 2024. Les données sociodémographiques et les antécédents gynéco-obstétricaux des patientes ont été recueillis ainsi que le contexte et les complications liées à l'acte. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide de tests du Chi² et de Student avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Résultats : Au total, 293 dossiers ont été analysés (193 à Cochin-Port-Royal et 100 à Tours). L'âge médian des patientes était de 27 ans [22-34]. Les deux tiers avaient entre 20 et 34 ans et 77% appartenaient à une catégorie socioprofessionnelle basse. Un tiers rapportait des antécédents de violence, plus fréquents à Tours (43%) qu'à Cochin (29%, $p = 0,02$). Concernant la contraception, 54% rapportaient ne pas en avoir avant l'IVG et 47% se sont tournées vers des contraceptions à longue durée d'action (LARC) après l'intervention. Le contexte de l'IVG en cas de grossesse programmée était dû à un motif conjugal pour 30% des femmes. En cas de grossesse non désirée, 62% des IVG avaient pour contexte un échec contraceptif. Toutes les IVG ont été réalisées par méthode instrumentale avec un taux faible de complications (2%).

Conclusion : Notre étude décrit les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG entre 14 et 16 SA au sein des CHU de Tours et de Cochin-Port-Royal. Leur profil semble comparable à celui des femmes avortant à d'autres termes tant pour l'âge que pour le niveau socio-économique, la contraception et l'exposition aux violences. Le faible nombre de centres pratiquant ces IVG tardives accentue les inégalités d'accès aux soins. La méthode instrumentale apparaît sûre lorsqu'elle est réalisée par des praticien.ne.s formé.e.s. L'allongement du délai légal à 16 SA offre une chance aux femmes confrontées à un diagnostic tardif de grossesse ou ayant eu des difficultés d'accès aux soins. L'application de la loi jusqu'à 16 SA sur l'ensemble du territoire serait nécessaire afin de renforcer une prise en charge équitable de l'ensemble des femmes.

Mots clés : Interruption volontaire de grossesse ; IVG instrumentale ; IVG tardive ; Accès aux soins ; Contexte de l'IVG ; Contraception ; Complications

Jury :

Président du Jury : Professeur Henri MARRET

Directrices de thèse : Docteure Claire PROUST
Docteure Nathalie TRIGNOL-VIGUIER

Membres du Jury : Professeur Franck PERROTIN

Date de soutenance : 24/10/2025