



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

**INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ETUDE DESCRIPTIVE DES PATIENTES AYANT EU
RECOURS A UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE AU CENTRE D'ORTHOGENIE DU CHU
DE DIJON DURANT L'ANNEE 2019. ANALYSE DES IVG ITERATIVES. EVOLUTION DEPUIS 1996.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 juillet 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par BERNARD Aurore
Né(e) le 18 février 1991
A Langres

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

**INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ETUDE DESCRIPTIVE DES PATIENTES AYANT EU
RECOURS A UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE AU CENTRE D'ORTHOGENIE DU CHU
DE DIJON DURANT L'ANNEE 2019. ANALYSE DES IVG ITERATIVES. EVOLUTION DEPUIS 1996.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 Juillet 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par BERNARD Aurore
Né(e) le 18 février 1991
A Langres

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} Septembre 2020

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie

M..	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PÉTIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Présidente :

Pr Irène FRANCOIS-PURSELL

Membres :

Pr Serge DOUVIER

Pr François MORLON

Dr Mélanie POULINGUE

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Au docteur Mélanie Poulingue, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de ta bienveillance, ton soutien, tes précieux conseils qui m'ont accompagnée durant tout ce travail.

Au professeur Irène François-Pursell, merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de présider ma thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

Au professeur Serge Douvier, vous m'avez fait l'honneur de me confier ce sujet. Je vous remercie pour votre confiance et l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements.

Au professeur François Morlon, je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A l'ensemble des médecins, des internes avec qui j'ai travaillé, merci pour les connaissances que vous m'avez transmises, pour l'expérience dont vous m'avez fait profiter et pour la bienveillance dans les épreuves difficiles.

Mélanie, Julien, Christian, Marie, Elise, merci de m'avoir confié vos patients lors des remplacements, de m'avoir apporté votre soutien, vos expériences. Merci de me partager le respect et l'amour de ce métier. Merci d'être des médecins si humains.

A mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel, vos valeurs, vos encouragements et votre amour. Merci d'avoir toujours cru en moi.

A Pierre et Antoine, pour avoir supporté le stress des examens, les inquiétudes, pour garder toujours les pieds sur terre, je vous remercie. Cette fois, votre grande sœur va enfin être docteur.

A Baptiste, mon grand amour, tu sais déjà tout ... Merci de m'avoir soutenue toutes ces années, d'avoir toujours une parole rassurante lorsque je te parle d'un patient, de si bien t'occuper de notre famille quand je ne suis pas là. Merci de ne pas être médecin. Avec tout mon amour.

A Paul, mon trésor, une des plus belles choses qui me soit arrivée dans la vie. Je suis si fière de toi. Maman a fini sa thèse mon petit cœur.

A mes amis, merci pour ces bons moments à vos côtés, pour les nombreux à venir. Merci d'avoir été une bouffée d'air frais durant les moments délicats.

A Anne, rien de tout ça n'aurait abouti sans toi. Aux heures de travail partagées, à nos sous colles, à tout le reste. Merci de n'avoir jamais rien lâché. Je suis très fière de toi, d'être cette jeune femme accomplie, médecin si consciencieuse, maman de deux adorables petites filles et une amie si fidèle.

A ceux qui m'ont précédée, je vous porte dans mon cœur. Vous avez fait de moi ce que je suis.

A la médecine, dont je rêve depuis mes six ans, qui m'a déjà tant appris sur moi et sur les autres, qui m'a fait traverser toutes les émotions, qui me promet encore tant de choses.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	12
II.	MATERIEL et METHODE.....	12
III.	RESULTATS	13
1.	Etude descriptive de la population.....	13
a.	Age.....	13
b.	Gestité, Parité.....	14
c.	Terme le jour de l'IVG.....	14
d.	Grossesse précédente	14
e.	Technique IVG	15
f.	Contraception et IVG.....	15
g.	Parcours de la patiente	16
h.	Consultation post IVG.....	16
2.	IVG itératives	16
3.	Evolution de la population depuis 1996.....	20
a.	Données générales	20
b.	Première IVG	21
c.	IVG itératives	21
IV.	DISCUSSION	23
1.	L'IVG en France.....	23
2.	L'IVG au CHU de Dijon	23
3.	Limites de l'étude	24
4.	Une planification des naissances ?.....	25
5.	Un enjeu contraceptif.....	26
6.	Analyse des IVG itératives	29
7.	Evolution depuis 1996	30
a.	Données générales	31
b.	Des IVG itératives plus fréquentes.....	31
8.	Vers un allongement du délai légal ?	32
9.	Une refonte du dossier médical d'orthogénie ?	33
V.	CONCLUSION	35
VI.	BIBLIOGRAPHIE.....	36

TABLE DES TABLEAUX / FIGURES

Graphique I : Répartition des patientes ayant eu recours à une IVG selon leur tranche d'âge en 2019	13
Graphique II : Répartition des IVG selon le terme de la grossesse	14
Graphique III : Nombre d'IVG antérieures selon le délai depuis la grossesse précédente .	15
Graphique IV : Evolution du risque de récurrence selon l'âge	17
Graphique V : Nombre d'IVG antérieurs selon la tranche d'âge	17
Graphique VI : Contraception post IVG selon les antécédents d'IVG	19
Graphique VII : Evolution de la part d'IVG selon le groupe d'âge depuis 1996	20
Tableau I : Contraception antérieure à l'IVG selon les antécédents d'IVG	18
Tableau II : Caractéristiques épidémiologiques et sociales des patientes ayant eu recours à une IVG en 1996 et 2019	22
Encadré I : Recommandations de la HAS concernant la contraception post IVG	28

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS

IVG : Interruption volontaire de grossesse

CHU : Centre hospitalier universitaire

SA : Semaine d'aménorrhée

DIU : Dispositif intra-utérin

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

HAS : Haute autorité de santé

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

PMA : Procréation médicalement assistée

I. INTRODUCTION

Depuis sa légalisation en 1975, le choix d'interrompre ou non une grossesse est un droit plus qu'un dernier recours. Quelle soit médicamenteuse, chirurgicale, légalisée ou non, cette intervention peut être pourvoyeuse de complications physiques (en dépit d'un risque faible de nos jours) mais aussi et surtout de répercussions psychologiques parfois violentes.

Il s'agit toujours d'une procédure difficile pour les femmes qui s'est construite au fil des décennies dans un contexte d'évolution sociale et sociétale.

La récente augmentation du nombre d'IVG en France laisse envisager une plus grande fragilité des patientes qui ont recours à l'IVG et un recours plus fréquent à l'IVG pour ces grossesses non désirées.

On peut présumer qu'une part des IVG, notamment lorsqu'elles sont répétées, pourrait être évitée.

L'objectif de notre travail est d'analyser les caractéristiques socio démographiques de ces patientes afin d'isoler des facteurs prédictifs de recours itératif à l'IVG dans le but de prévenir la survenue de ces grossesses non désirées en optimisant la prévention chez ces patientes.

Pour ce faire, nous étudierons la population de patientes ayant eu recours à une IVG au sein du principal centre d'orthogénie de Côte d'Or durant une année. Nous analyserons en particulier les patientes ayant eu recours à deux IVG ou plus afin d'isoler des facteurs prédictifs d'IVG itératives. Enfin, nous étudierons l'évolution des caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant eu recours à une IVG depuis 1996 afin d'évaluer si les mesures facilitant l'accès à l'avortement ont modifié le profil des patientes réalisant une IVG.

II. MATERIEL et METHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur un échantillon représentatif de patientes ayant eu recours à une IVG au centre d'orthogénie du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Dijon en 2019.

Cet échantillon a été constitué en retenant de manière chronologique 1 dossier sur 2 d'après le planning des consultations IVG de l'année 2019.

Pour chaque patiente, une feuille de recueil épidémiologique anonymisée a été remplie.

Les données ont été saisies sur le logiciel Stata. Pour l'analyse univariée, le test du Khi-2 méthode exacte a été utilisé pour les comparaisons de fréquences ; le test Kruskal Wallis pour les comparaisons de moyennes. Le seuil significatif retenu a été $p < 0,05$. Pour l'analyse multivariée, seules les variables dont le seuil de significativité était inférieur ou égal à 0,02 ont été retenues pour effectuer une analyse discriminante.

Plusieurs critères ont été relevés : l'âge, la gestité, la parité, le terme le jour de l'intervention, la date de la dernière grossesse, les antécédents d'IVG, la méthode choisie, la contraception antérieure et prescrite après l'IVG, et la consultation post IVG.

III. RESULTATS

Pour l'année 2019, 401 dossiers ont été sélectionnés. 32 ont été exclus en raison d'IVG non menée à terme, ne répondant pas à la définition même de l'IVG ou lorsque les critères étudiés n'étaient pas retrouvés dans les dossiers d'orthogénie. Finalement, 369 dossiers ont été retenus pour notre étude.

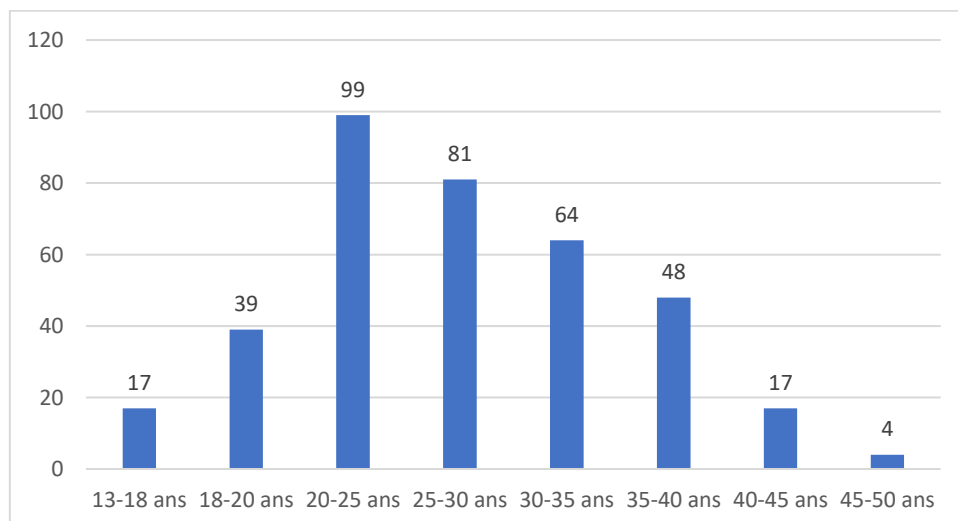
1. Etude descriptive de la population

a. Age

L'âge moyen des patientes ayant eu recours à une IVG était de 27,8 ans \pm 4,4 [extrêmes : 14,4-46,6 ans].

La répartition du nombre d'IVG selon les tranches d'âge est présentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique I. Répartition des patientes ayant eu recours à une IVG selon leur tranche d'âge



Les patientes âgées de 20 à 25 ans étaient majoritairement représentées à hauteur de 26,8%.

En moyenne, l'âge de la première IVG était de 25,5 ans (\pm 4,4) [extrêmes : 13,2- 46,6ans].

b. Gestité, Parité

L'étude de ces variables a révélé que les patientes primigestes représentaient 135 cas sur 369 (36,6%) tandis que les patientes vivant leur troisième grossesse ou plus étaient plus nombreuses : 158 cas sur 369 (42,8%).

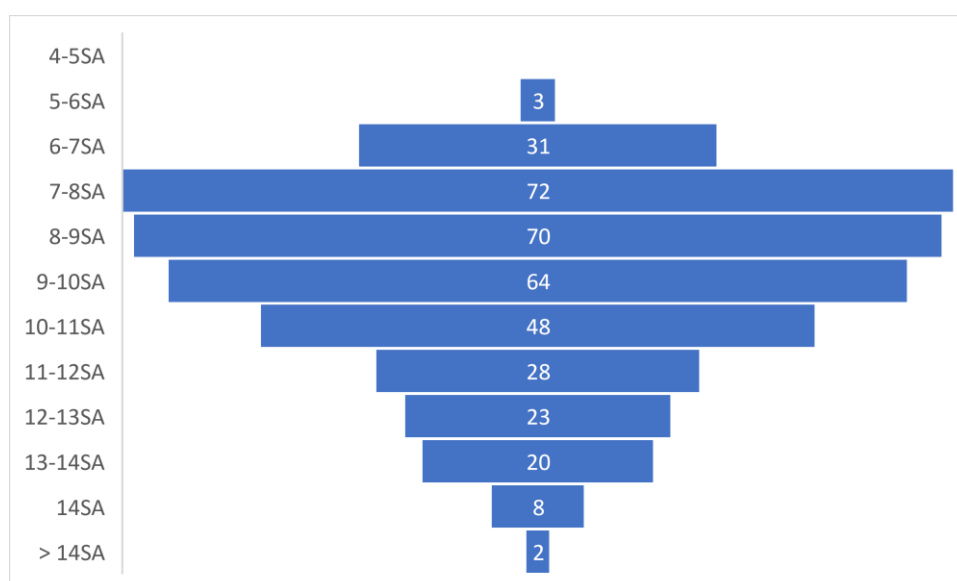
On retrouvait une prédominance des patientes nullipares (52,6%) : 99 étaient multipares (65 avaient 2 enfants nés vivants et 34 : 3 ou plus), 76 étaient primipares.

c. Terme le jour de l'IVG

Le jour de la réalisation de l'IVG a été défini par le jour de la prise de misoprostol pour la technique médicamenteuse et le jour de l'aspiration en cas d'intervention chirurgicale. Le terme moyen de la grossesse était de 9,3 semaines d'aménorrhée (SA) \pm 2,04 [extrêmes : 5,57-14,14].

La répartition des IVG selon le terme de la grossesse est représentée ici.

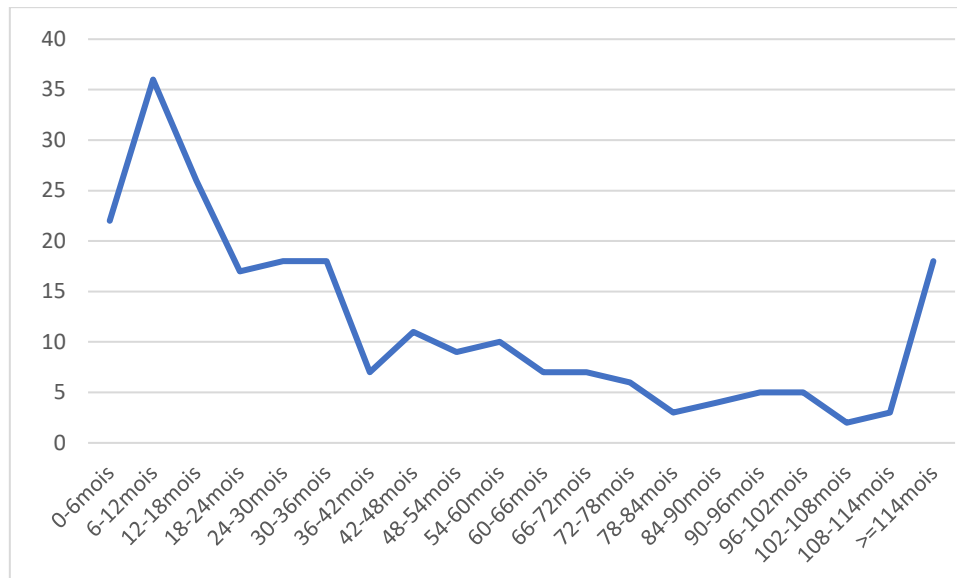
Graphique II. Répartition des IVG selon le terme de la grossesse.



d. Grossesse précédente

Pour les patientes ayant eu au moins une grossesse antérieure, dont l'issue était un accouchement ou une IVG, nous avons calculé le délai entre cette dernière grossesse et celle dont il était question dans notre étude. Ce délai était en moyenne de 43,27 mois soit 3,7 ans [extrêmes : 3,3 mois (0,27 ans) - 281,4 mois (23,45 ans)].

Graphique III. Délai depuis la dernière grossesse connue



e. Technique IVG

Une IVG médicamenteuse a été réalisée chez 180 patientes et une IVG instrumentales chez 189 patientes (62 sous anesthésie locale, 125 sous anesthésie générale et 2 sous rachianesthésie) soit 51,2 % des cas.

f. Contraception et IVG

Contraception pré IVG - 254 IVG sur 369 (68%) avaient été réalisées chez des patientes ne prenant pas de contraception relevant d'une prescription médicale. Il n'a alors pas été retrouvé de précision quant aux méthodes qui avaient pu être employées (préservatifs, méthodes dites naturelles). Dans 107 cas sur 369 (29%), une contraception était prescrite (pilule, anneau, patch, dispositif intra utérin (DIU), implant). Enfin, l'information n'était pas disponible dans le dossier pour 8 patientes.

Contraception post IVG – Nous avons étudié la contraception prescrite le jour même de l'IVG ou lors de la consultation post IVG.

Pour 51 patientes, l'information n'était pas notifiée. 11/369 (0,3%) ont exprimé leur refus de se voir prescrire une contraception ; 60/369 (16,3%) optaient pour une contraception ne relevant pas d'une prescription médicale (préservatif, méthodes dites naturelles, retrait). Les patientes ont majoritairement bénéficié d'une prescription médicale : 254/369 (69%). Ainsi, une prescription de contraceptif oral a été délivrée pour 177 patientes, 1 patiente a bénéficié

d'une prescription d'anneau oestroprogestatif, 38 DIU et 31 implants ont été posés à l'occasion de l'IVG ou lors de la consultation post IVG.

g. Parcours de la patiente

Dans la majorité des cas, les patientes sont venues consulter au centre d'orthogénie sans courrier d'adressage (219/369 : 59,3%).

150/369 (40,7%) patientes ont été adressées via un courrier retrouvé dans le dossier. En effet, 121 patientes ont consulté un médecin généraliste, 19 un gynécologue, 9 une sage-femme afin d'être adressées au CHU de Dijon. Une seule patiente a été adressée par un médecin d'une autre spécialité.

h. Consultation post IVG

159/369 (43,1%) des patientes sont venues en consultation post IVG au CHU.

2. IVG itératives

Il s'agissait ici d'effectuer une étude comparative entre les patientes n'ayant eu qu'une seule IVG (groupe 1) et celles ayant eu recours à des IVG répétées (groupe 2). Le premier sous-groupe comprenait 238 patientes (64,5%) et 131 patientes (35,5%) dans le deuxième.

Parmi les patientes ayant eu recours à des IVG itératives : 79 (21,4%) avaient réalisé une IVG auparavant, 52 (14,1%) avaient réalisés au minimum deux IVG.

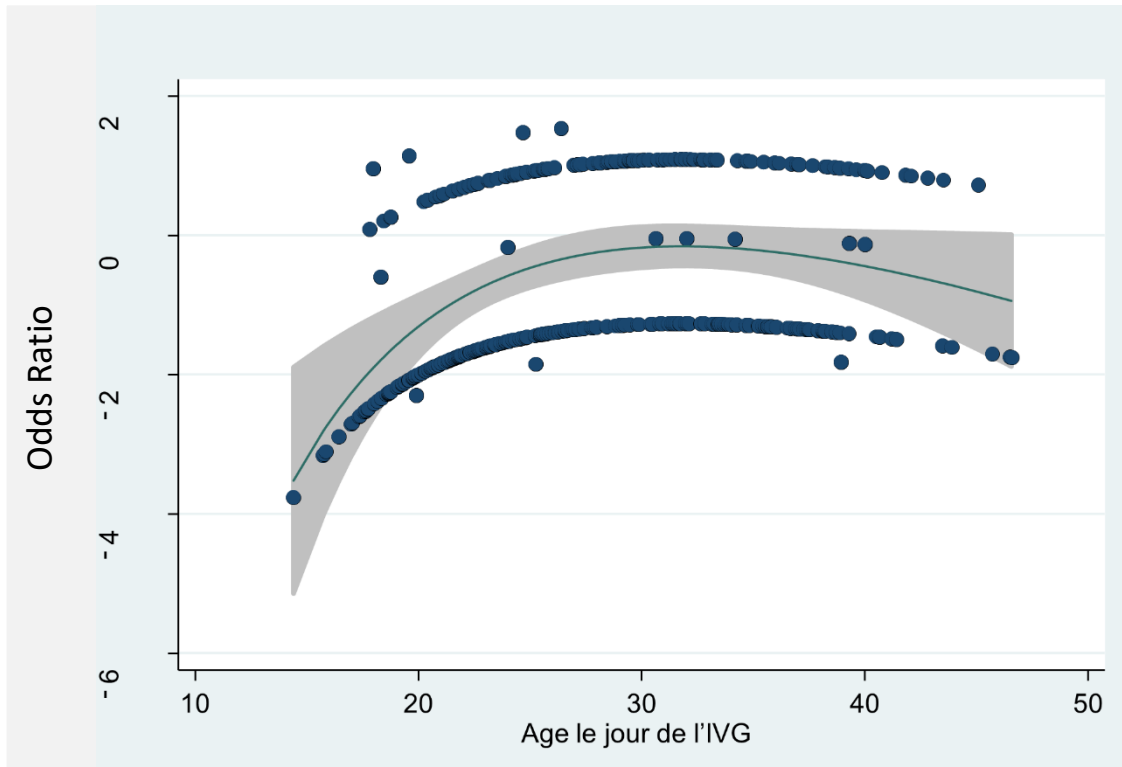
L'âge moyen des patientes ayant eu recours à au moins une IVG antérieurement était de 29,30 ans \pm 6,5 ans [17,8 – 45,1]. 50% d'entre elles avaient moins de 28,7 ans.

Les patientes pour qui il s'agissait de la première IVG avaient en moyenne 26,98 ans \pm 7,29 ans [14,4- 46,6].

Au regard de l'âge, il existe une différence significative ($p = 0,0005$) entre les groupes 1 et 2. L'Odds ratio est de 1,047 indiquant que si l'âge de la patiente augmente d'une année, le risque d'avoir recours à des IVG itératives augmente de 4,7%.

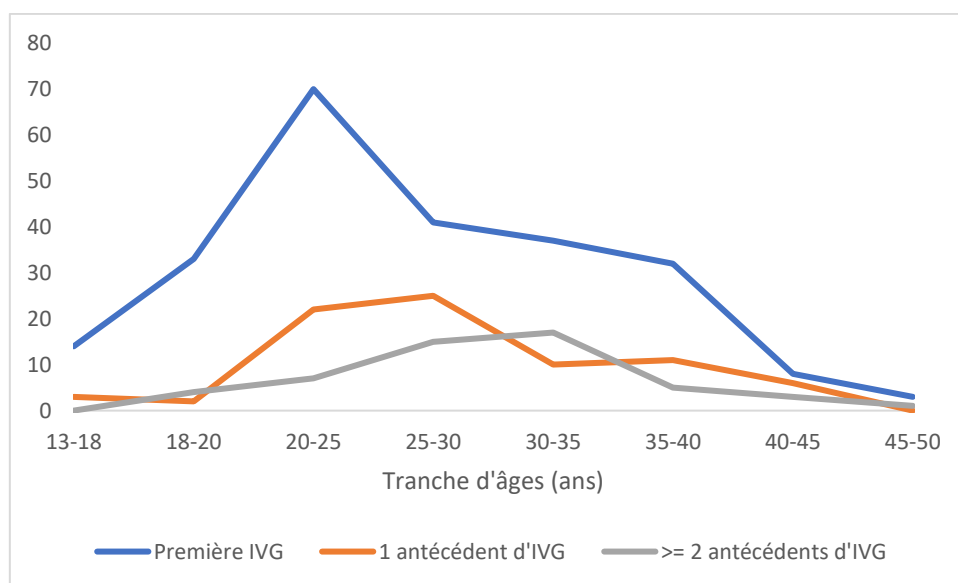
L'évolution de ce risque suit une courbe curvilinéaire avec un maximum autour de trente ans pour ensuite décroître.

Graphique IV : Evolution du risque de récurrence selon l'âge



Le nombre d'IVG antérieures selon la tranche d'âge des patientes est représenté par le graphique ci-dessous.

Graphique V. Nombre d'IVG antérieures selon la tranche d'âge.



Au regard de la gestité, dans le groupe 1 ; 57% des patientes vivaient leur première grossesse, 17% leur deuxième (G2) et 26% leur troisième grossesse ou plus. Pour le groupe 2, les pourcentages étaient respectivement de 27% pour les G2 et 73% pour les G3. Le lien est statistiquement significatif entre les récives d'IVG et la gestité.

Concernant le délai depuis la dernière grossesse, seules les patientes ayant eu un antécédent de grossesse ont été incluses soit 234 patientes sur 369. Dans le groupe 1, le délai entre la grossesse étudiée et la grossesse précédente était en moyenne 4,45 ans [0,27 ; 16,78] avant l'IVG étudiée. Dans le groupe 2, le délai moyen était de 3 ans [0,27 ; 23,45]

Les primi et multipares représentaient 60,3% (79/131) du groupe 1 contre 40,8% (97/238) du groupe 2. La différence entre les deux groupes était significative ($p=0,001$).

Pour le groupe 1, le terme moyen était de 9,2 SA \pm 1,99 [5,57 ; 14,14]. Pour une patiente sur deux le terme de la grossesse était inférieur à 8,86 SA. En cas d'IVG répétées, le terme moyen était de 9,52 SA \pm 2,13 [6 ; 14,14], la médiane se trouvant à 9,8SA. La différence de terme entre les deux groupes n'était pas significative avec $p = 0,17$.

Nous avons ensuite cherché à savoir si l'âge de la première IVG constituait un facteur de risque d'avoir recours à des IVG itératives.

Dans le groupe 1, l'âge moyen était de 26,98ans \pm 7,29 [14,4- 46,6]. La moitié des patientes avaient moins de 26 ans au moment de leur unique IVG.

Dans le groupe 2, l'âge moyen des patientes lors de leur première IVG était 22,9 ans \pm 5,4 [13,17 ; 46,58]. Un quart de ces patientes avaient moins de 20 ans lors de leur premier avortement. L'étude de cette variable a montré une différence significative entre les deux groupes, $p= 0,0001$.

Contraception pré IVG – Les résultats sont résumés dans le tableau suivant.

Tableau I : Contraception antérieure à l'IVG selon les antécédents d'IVG.

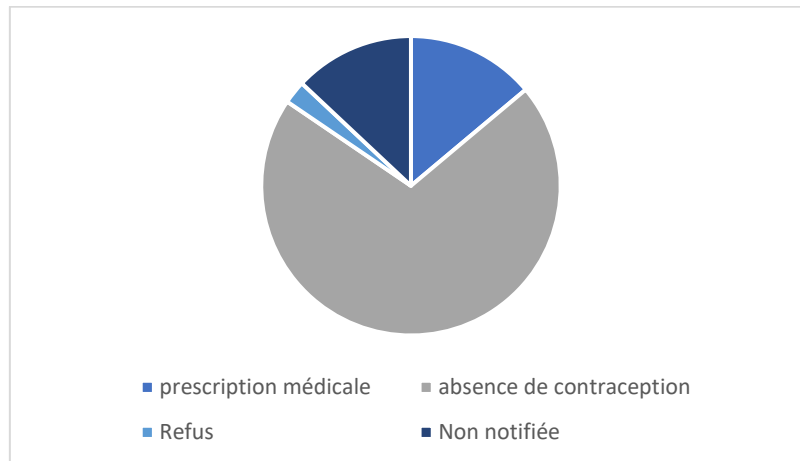
Contraception	Groupe 1	Groupe 2
Ne relevant pas d'une prescription médicale	177/238 (74%)	77/131 (59%)
Relevant d'une prescription médicale	57/238 (24%)	50/131 (38%)
<i>Orale</i>	48/57 (84%)	44/50 (88%)
<i>Autre</i>	9/57 (16%)	6/50 (12%)

L'étude statistique du lien entre la contraception pré IVG et la survenue d'IVG répétées a mis évidence un lien significatif entre l'absence de contraception et le recours à des IVG itératives ($p =0,002$).

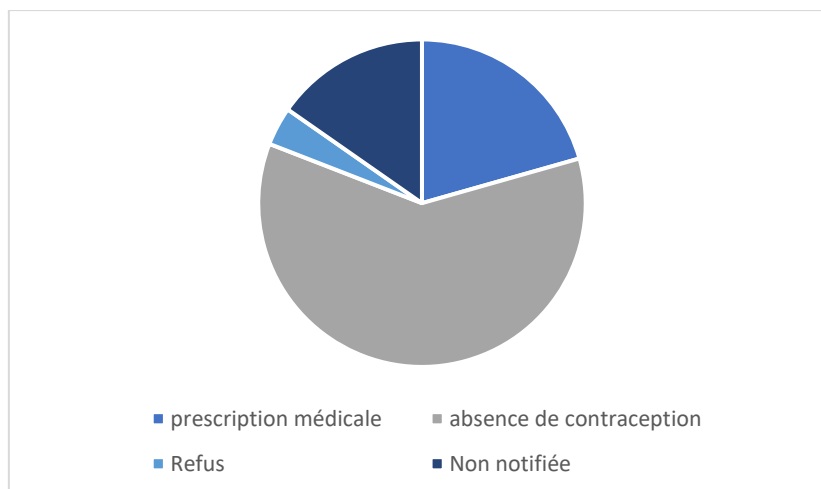
Contraception post IVG – La contraception post IVG est décrite dans les graphiques ci-dessous.

Graphiques VI. Contraception post IVG selon les antécédents d'IVG

Patientes n'ayant eu qu'une seule IVG :



Patientes ayant eu des IVG répétées :



La consultation post IVG a été réalisée au CHU pour 114/238 (48%) patientes dans le groupe 1 et pour 45/131 (34%) patientes dans le groupe 2.

Une IVG médicamenteuse a été pratiquée pour 51% des patientes qui n'ont eu recours qu'à une seule IVG et pour 45% des patientes ayant bénéficié d'IVG répétées. En cas d'IVG par aspiration 67 % des IVG du groupe 1 et 63% des IVG du groupe 2 ont été réalisées sous anesthésie générale.

65% des patientes du groupe 2 n'avaient pas de courrier d'adressage contre 56% des patientes du groupe 1.

Lorsqu'elles ont été adressées, les patientes ont, la plupart du temps consulté un médecin généraliste (82% des patientes adressées du groupe 1 et 78% de celles du groupe 2).

3. Evolution de la population depuis 1996

a. Données générales

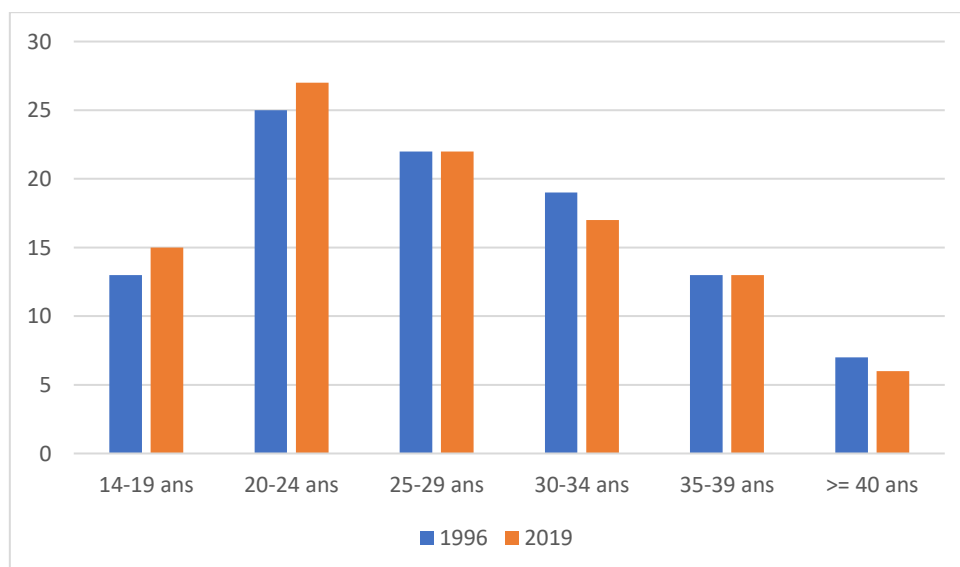
En 2000, une étude a été réalisée au sein du même centre d'orthogénie du CHU de Dijon. Elle avait pour objectif de comparer les paramètres épidémiologiques et sociaux de deux populations demandeuses d'IVG entre les années 1982 et 1996. Une analyse spécifique des patientes demandeuses d'IVG itératives avait aussi été réalisée. L'étude comprenait 343 cas. (1)

L'objectif de notre travail était d'étudier l'évolution de cette même population à plus de vingt ans d'intervalle entre 1996 et 2019.

D'abord, l'âge des patientes est resté très stable avec un âge moyen de 27,8 ans. L'âge minimal était de 14 ans en 1996 contre 14,4 ans en 2019 et l'âge le plus avancé était respectivement de 45 et 46,6 ans.

La répartition des IVG selon l'âge des patientes est représentée dans le graphique suivant.

Graphique VII. Evolution de la part d'IVG selon le groupe d'âge depuis 1996



Les patientes entre 14 et 25 ans étaient plus nombreuses en 2019 qu'en 1996 et les patientes entre 30 et 35 ans ainsi que celles âgées de plus de 40 ans sont moins nombreuses qu'il y a une vingtaine d'années.

En 2019, les primigestes représentaient 135/343 (39,3%) contre 135/369 (36,6%) en 1996.

Les patientes nullipares représentaient 46% de l'échantillon en 1996 contre 52,6% dans notre étude. La différence entre les deux populations n'était pas significative avec $p=0,085$.

Concernant le terme de la grossesse auquel les patientes avaient recours à l'IVG, il n'a pas été étudié de la même manière dans les deux études. En 1996, on considérait le terme lors de la consultation pré IVG, celui-ci était alors en moyenne de $7,9SA \pm 1,5$.

Nous avons ici pris décidé d'étudier le terme le jour de la réalisation de l'IVG.

En 2019, le terme moyen observé était de $9,3SA [5,6 ; 14,1]$.

La consultation post IVG était réalisée dans 35,5% des cas au CHU en 1996 et l'a été à hauteur de 43,1% en 2019.

b. Première IVG

En 1996, ces patientes avaient en moyenne $27,4 \pm 7,5$ ans contre $27 \pm 7,29$ ans en 2019, $p=0,544$.

En 1996, les patientes qui avaient déjà un enfant représentaient 131/269 (48,7%) et celles ayant trois enfants ou plus 29/269 (10,8%). En 2019, elles représentaient respectivement 97/238 (40,8%) et 19/238 (8%). L'étude comparative de la parité ne retrouvait pas de différence significative ($p=0,075$ et $p=0,292$).

c. IVG itératives

Par ailleurs, l'étude des antécédents d'IVG souligne une nette augmentation du nombre de patientes ayant recours à des IVG itératives. En 1996, elles étaient 74 sur 343 soit 21,6%. En 2019, elles représentaient 35,5% (131/369) dont 39,7% ayant eu recours à deux avortements ou plus, contre 24,3% vingt ans plus tôt. Ceci montre une augmentation de près de 14 points de pourcentage. A noter que ce taux était de 15,8% en 1982. (1)

Il apparaît qu'en 2019, les patientes ayant eu recours à au moins IVG antérieure étaient significativement plus nombreuses qu'en 1996 ($p=0,001$), tout comme les patientes ayant eu au moins 2 IVG antérieures ($p= 0,032$).

L'analyse spécifique des patientes ayant eu recours à une ou plusieurs IVG e 1996 et en 2019 est résumée dans le tableau ci-dessous.

Tableau II. Caractéristiques épidémiologiques et sociales des patientes ayant eu recours à des IVG itératives en 1996 et en 2019

	1996	2019
<i>Effectif</i>	74/343 soit 21,6%	131/369 soit 35,5%
<i>Age moyen</i>	28,9 ans ± 5,6 ans	29,3 ans ± 6,5 [17,8-45,1]
<i>Age inférieur à 30 ans</i>	41/74 soit 55,4%	78/131 soit 59,4%
<i>Age 1ère IVG</i>	23,7 ans ± 5,5 ans	22,9 ans ± 5,4 ans
<i>Délai depuis dernière grossesse</i>	2,57 ans	3,08 ans
<i>Femmes avec au moins 1 enfant</i>	54/74 soit 73%	79/131 soit 60,3%
<i>Femmes ayant 3 enfants ou +</i>	17/74 soit 23%	16/131 soit 12,2%
<i>Terme moyen le jour de l'IVG</i>	<i>Critère non étudié</i>	9,5 SA [6-14,1]

L'âge moyen des patientes était de 28,9 ± 5,6 ans et 29,3 ± 6,5 ans respectivement en 1996 et 2019 révélant une stabilité entre les deux populations, $p=0,378$.

Les patientes ayant moins de trente ans représentaient 41/74 (55,4%) des patientes en 1996 et 78/131 (59,5%) en 2019, $p=0,659$.

Concernant l'âge de la première IVG, il était de 23,7 ± 5,5 ans en 1996 et 22,9 ± 5,4 ans en 2019, $p=0,313$.

En 1996, 54/74 (73%) des patientes avaient au moins un enfant contre 79/131 (60,3%) en 2019. Il n'existe pas de différence significative entre les deux populations, $p=0,093$. Les patientes ayant trois enfants ou plus représentaient 17/74 (23%) des cas en 1996 et 16/131 (12,2%) en 2019, $p=0,05$.

IV. DISCUSSION

1. L'IVG en France (2)

En 2019, 232 000 IVG ont été pratiquées en France. Le taux de recours à l'IVG augmente depuis 1995 et atteint son niveau le plus élevé à 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans vivant en métropole en 2019.

Plusieurs indicateurs semblent suivre la même tendance ; l'indice conjoncturel d'avortement (la somme des taux d'IVG par âge) atteint 0,58 en 2019 soit 0,2 points de plus qu'en 2018 et ne cesse de croître depuis 1996. Le ratio d'avortement correspondant au nombre d'IVG par rapport au nombre total de naissances vivantes est resté stable jusqu'en 2016 mais augmente depuis.

Depuis 2014, le nombre de naissances diminue et depuis 2017 celui des IVG augmente.

Les jeunes femmes entre 20 et 29 ans sont les plus concernées avec un taux de recours à 27,9 IVG pour 1000 femmes en France entière. Le taux des patientes trentenaires augmente notablement depuis 2010.

61500 IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière soit 25,4% du total des IVG en métropole. Ces actes sont alors pratiqués en cabinet libéral, dans les centres de santé ou dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).

Si l'âge moyen de la maternité a reculé (26,7ans en 1975, 30,1 ans au début 2010, 30,7 ans en 2019), l'âge moyen à la première IVG a eu tendance à diminuer passant de 28,6 ans en 1975 à 27,5 ans en 2003, restant stable depuis.

2. L'IVG au CHU de Dijon

Si le centre d'orthogénie du CHU de Dijon reste le principal centre de Côte d'Or, le nombre d'IVG qui y est pratiqué décroît depuis plusieurs années. En effet, en 1996, 1064 IVG étaient réalisées contre 759 en 2019, soit une baisse de 28,7%. A contrario, à l'échelle régionale, en 1996, en Bourgogne et en Franche Comté, le nombre d'IVG s'élevait à 6168 et en 2019, la DRESS dénombrait 7315 avortements dans cette nouvelle grande région, soit une augmentation de 18,6%. (2)

Ainsi si le nombre total d'IVG a augmenté, la baisse du nombre de celles réalisées en milieu hospitalier, notamment au CHU de Dijon peut être expliqué par la légalisation des IVG médicamenteuses et la possibilité de les réaliser hors établissement de santé, ceci ayant contribué à faire diminuer la part des IVG instrumentales. La multiplication des lieux où peuvent être pratiquées des IVG a amélioré l'accès à l'avortement.

Concernant la natalité, en Bourgogne-Franche-Comté comme en France métropolitaine, le nombre de naissances a fortement baissé depuis les années 1970. 5085 naissances ont eu lieu

en Côte d'Or en 2019 quand ce chiffre s'élevait à 6507 en 1996. L'indice conjoncturel de fécondité était de 1,61 enfant par femme en Côte d'Or en 2019. (3)

Depuis 2015, la Bourgogne Franche Comté perd des habitants. En rythme annuel, la population décroît de 0,3% par an. En Côte d'Or, le solde naturel est resté tout juste positif en 2018, conséquence d'une baisse du nombre de naissance, d'un vieillissement de la population et d'un déficit migratoire depuis 2010. (4)

3. Limites de l'étude

La méthode de sélection des dossiers, pour rappel de manière chronologique, implique un biais de sélection théorique qu'il faut considérer car elle ne fait pas intervenir le hasard. Toutefois, ceci nous a permis d'éviter une saisonnalité reconnue des conceptions et des naissances. Selon l'Insee, en Bourgogne Franche Comté, le nombre de naissance est le plus élevé en juillet et le mois de février est celui qui comprend le moins de naissance. A noter, que cette saisonnalité des naissances a évolué en 50 ans. (3)

D'autre part, notre étude est basée sur un recueil de données issues d'un interrogatoire médical. Il existe donc un biais déclaratif en lien d'une part avec les éventuelles omissions concernant principalement les dates mais aussi les événements qui ont pu être traumatisants dont la patiente ne souhaite pas parler, peut-être par peur d'une stigmatisation tels que les antécédents d'IVG, de fausse couche spontanée qui peuvent être occultés par la patiente.

Il est aussi nécessaire de soulever une problématique de déclaration des IVG pouvant participer à l'explication de l'augmentation du nombre d'IVG itératives.

En effet, en 1982 ou 1996, les patientes pouvaient avoir eu recours à un avortement illégal antérieur à la date de légalisation de l'IVG (loi du 17 janvier 1975, définitivement légalisée en 1980) et de ce fait ne pas l'avoir mentionné. En 2019, les patientes ayant eu recours à une IVG font partie des femmes qui ont connu la légalisation de l'IVG depuis leur puberté. La déclaration des IVG antérieures est donc meilleure. Ceci a également été relaté par Chantal Blayo dans ses différents travaux. (5) Cependant certains avortements seraient encore mal déclarés pour des raisons organisationnelles (oubli, rupture de stocks des bulletins, manque d'informations).

Considérant ce point, il aurait été intéressant de dénombrer les antécédents d'IVG et d'établir des rangs afin de cibler de manière plus précise les patientes à risque d'avoir recours à des IVG itératives.

Il s'agit d'une étude réalisée au sein d'un centre hospitalier, il existe donc un biais de recrutement dans la mesure où l'on ne considère pas les patientes bénéficiant d'une IVG en ville ou dans les CEPP.

Enfin, nous avons réalisé une étude rétrospective qui comporte des faiblesses notamment le manque de certaines données. Une étude prospective aurait été plus exhaustive.

4. Une planification des naissances ?

L'analyse des patientes prises en charge au centre d'orthogénie du CHU de Dijon peut révéler un souhait de planification des naissances.

Localement, l'âge moyen des patientes mais aussi les âges extrêmes sont restés très stables durant les vingt dernières années. Dans notre étude, les patientes âgées de 20-25ans étaient les plus représentées à hauteur de 26,8%, suivies des 25-30 ans pour 22%.

Les évolutions sociétales ont été marquées par une émancipation des femmes, une liberté sexuelle et une volonté de mener des carrières professionnelles abouties. Ces raisons ont conduit les femmes à ne pas poursuivre une grossesse qui n'était ni prévue ni souhaitée et ce de manière de plus en plus fréquente. (6) Cette période de pleine fécondité des femmes est remise en cause par des parcours conjugaux et sentimentaux différents et une augmentation de l'activité professionnelle.

Dans ce contexte de souhait de parentalité plus tardive, on observe également un recours grandissant la procréation médicalement assistée (PMA).

Une étude menée par l'Ined, l'Inserm et l'université de Saclay (7) montre qu'environ 150.000 femmes ont recours chaque année en France à un traitement contre l'infertilité. Une proportion restée stable entre 2008 et 2017, mais qui se décale dans le temps. Les femmes de plus de 34 ans sont bien plus nombreuses qu'il y a dix ans.

Sur la totalité des patientes étudiées, seulement 17 étaient mineures. Néanmoins, la répartition des IVG selon les tranches d'âge (graphique III) indique que les patientes mineures étaient proportionnellement moins nombreuses en 1996 qu'en 2019.

Si les progrès dans le domaine sont notables, l'information et l'éducation à la sexualité à l'école ne sont pas encore perçues ni appliquées comme une obligation légale. Depuis 2001, l'article L312-16 du Code de l'Education dispose qu'«une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupes d'âge homogène». (8)

L'évolution des carrières et des projets de vie en lien avec un investissement important des jeunes femmes dans leur scolarité induisent une marginalisation grandissante des grossesses adolescentes. L'âge des premiers rapports sexuels a peu évolué depuis une trentaine d'années et s'est stabilisé ces dix dernières années à 17,6 ans pour les filles sans différence notable selon le milieu social. (9)

Dans ce contexte de recul de l'âge de la première maternité, les grossesses aux âges jeunes sont de moins en moins fréquentes et donc plus souvent interrompues. Selon une étude de Santé Publique France, en 2016, 92% des femmes concernées par la contraception ont déclaré utiliser un moyen pour éviter une grossesse, la pilule demeurant la méthode la plus fréquemment utilisée. La couverture contraceptive est donc très importante en France. (9)

Il existe un véritable report des naissances et donc des grossesses à un âge plus élevé. Le recul de l'âge de la première maternité le confirme. D'après le bilan démographique annuel de l'Insee, l'âge a atteint 30,7 ans en 2019 contre 29,3 ans, vingt ans plus tôt. (10)

Au CHU de Dijon en 2019, Les femmes nullipares étaient majoritairement représentées ce qui démontre une norme croissante de « l'enfant programmé ». Leur proportion a augmenté de 6,6 points entre 1996 et 2019 (respectivement 46% et 52,6%), témoignant d'une volonté toujours plus affirmée d'accueillir un enfant lorsque les projets familiaux et professionnels sont réalisés.

L'étude du nombre de grossesses précédant l'IVG a révélé que les patientes ayant vécu au moins trois grossesses sont celles ayant eu le plus recours à une IVG à hauteur de 42,8%, suivies à 36,6% par les patientes ayant décidé d'interrompre leur première grossesse. On peut évoquer ici le refus d'un enfant supplémentaire mais aussi un recours répété à l'avortement.

L'étude de S. Sihvo et al en 2003 en s'appuyant sur l'enquête COCON 200-2001, montre que les déterminants associés à la décision d'interrompre une grossesse sont différents selon l'âge de la femme. (11) Pour les plus jeunes, cette décision semble en lien avec le fait d'être en cours d'étude ou d'être célibataire. Entre 25 et 34 ans, le principal motif tient à la taille de la famille estimée suffisante. Plus tard, il s'agit de situation où la maternité semble incompatible avec la carrière professionnelle ou lorsque le couple est instable.

5. Un enjeu contraceptif

En France, un phénomène appelé « *le paradoxe français* », notamment mis en exergue dans un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales, décrit une couverture contraceptive devenue très satisfaisante grâce à l'évolution du cadre légal facilitant l'accès à toutes les femmes quel que soit leur âge ou leurs ressources contrastant avec un nombre toujours aussi élevé d'avortements depuis des décennies. (12)

Malgré une large offre de méthodes contraceptives et une prescription étendue, le modèle contraceptif français reste figé. La « norme contraceptive » française suit un modèle peu flexible à savoir ; l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle, puis le recours à la contraception orale lors d'une relation stable et enfin au DIU lorsque le nombre d'enfants souhaités est atteint. (13)

Cette contraception reste inadaptée pour certaines femmes entraînant un défaut d'observance et la survenue toujours aussi importante des grossesses non prévues.

En cas de grossesse survenant sous contraceptif (29% des patientes d'après notre étude), il s'agissait dans la majorité des cas d'une erreur de prise ou d'utilisation ou bien d'un dispositif implanté après le début d'une toute jeune grossesse comme nous avons pu le constater d'après notre recueil de données. L'enquête COCON réalisée en 2003 relatait des chiffres encore plus préoccupants stipulant que 72% des IVG étaient réalisées sur des femmes qui étaient sous contraception, dans 42% des cas, cette contraception reposait sur une méthode médicale théoriquement très efficace (pilule ou stérilet). (14)

Néanmoins, cette maîtrise imparfaite de la fécondité n'était pas spécifique à une population « à risque » mais correspond plutôt à des périodes de transition dans la vie affective ou conjugale ou dans les méthodes de contraception. (15)

Les mois suivants un acte obstétrical (un accouchement ou une IVG précédente) semblent être également une période à risque d'avoir recours à une IVG.

Le délai observé depuis la dernière grossesse quelle qu'en soit l'issue démontre très souvent un défaut contraceptif lorsque ce délai est court. Il peut s'agir de l'absence de contraception ou d'une méthode inadaptée lors du retour de couche ou dans les suites d'une IVG récente. Dans les deux cas, le rôle de l'équipe médicale entourant la patiente est de proposer un mode de contraception précoce et adapté. Ces périodes sont véritablement à risque de grossesse non prévue dans la mesure où la patiente peut se trouver dans une situation de fragilité psychologique importante. En témoigne le graphique III révélant un pic de recours à l'IVG entre 6 et 12 mois après la grossesse précédente.

D'autre part, lorsque le délai depuis la dernière grossesse est plus long, il peut être question de patientes qui ont mené à terme leur projet familial et qui finissent par négliger leur capacité à tomber enceinte une nouvelle fois.

On peut soulever ici la volonté de ne pas avoir un enfant d'âge trop éloigné du reste de la fratrie ou de ne pas poursuivre une grossesse à un âge parental avancé.

En juillet 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations concernant la contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse. Il est nécessaire de garder en tête que la reprise de la fertilité est immédiate, une contraception efficace est nécessaire dès la réalisation de l'IVG. Deuxièmement, une information sur la contraception doit être délivrée dès lors de la consultation pré IVG. Il est alors indispensable de réévaluer le parcours contraceptif et l'adéquation de la méthode à la situation de la patiente. Les différentes méthodes contraceptives (surtout les méthodes de longue durée d'action), les contraceptions d'urgence doivent être abordées, expliquées avec attention. (16)

Encadré I : Recommandations de la HAS concernant la contraception post IVG

En cas d'IVG instrumentale :

La contraception oestroprogestative orale et le patch devraient être débutés dès le jour de l'IVG.

L'anneau vaginal devrait être inséré dans les 5 jours suivant l'IVG.

L'implant devrait être inséré le jour de l'IVG.

Le DIU au cuivre ou au lévonorgestrel doit être inséré préférentiellement le jour de l'IVG.

En cas d'IVG médicamenteuse :

L'anneau vaginal devrait être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone, la contraception oestroprogestative orale et le patch devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines.

L'implant devrait être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone.

Un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par

L'étude de la contraception post IVG au CHU de Dijon a mis en évidence plusieurs zones d'ombre.

60 patientes sur 369 (16,3%) terminent leur prise en charge orthogénique sans prescription médicale contraceptive.

Il peut s'agir de patientes souhaitant n'utiliser que des contraceptifs locaux ne nécessitant pas de prescription médicale ou des méthodes naturelles telles que le retrait en dépit d'un pouvoir contraceptif moindre ou celles n'ayant pas de relation sexuelle régulière, ni le désir d'en avoir.

Il est intéressant d'examiner la part des femmes qui n'utilisent aucune contraception alors qu'elles n'ont aucun désir de grossesse. Dans notre étude, le nombre est faible, 11 patientes ont exprimé clairement leur refus d'avoir recours à une contraception. En France, ce chiffre est stable depuis des décennies et représente une minorité de françaises, environ 3% (5,1% des 45-49ans et 0,9% des 15-17ans). (15)

Nous avons également relevé le souhait contraceptif des patientes lors de la consultation pré IVG et avons constaté que dans certains cas, celui-ci n'était pas appliqué dans la suite de la prise en charge.

En effet, 26,8% des patientes sont concernées par cette problématique. 79 patientes avaient le souhait d'opter pour une contraception de longue durée d'action (DIU ou implant) mais n'en ont finalement pas bénéficié.

On peut s'interroger sur les freins à l'instauration d'une contraception de longue durée d'action. Concernant le DIU, il semble que plusieurs paramètres interviennent notamment selon les convictions et expériences des médecins.

Dans le cas d'une IVG médicamenteuse, il n'est pas envisageable de poser un stérilet le jour de l'administration de la mifépristone. Malgré les recommandations, certains praticiens sont

réticents à la pose du DIU lors de la consultation post IVG, la période de retour des règles n'étant pas assurée et le médecin ne pouvant pas assurer le suivi de son acte.

Cependant il serait possible de poser un DIU dans le même temps qu'une IVG instrumentale. Il apparaît que les attitudes divergent selon les praticiens notamment selon le terme de la grossesse. Pour certains, en cas de grossesse avancée ou en cas de recours à l'ocytocine (utilisée pour faciliter l'expulsion, le globe utérin et limiter le risque de saignements), il est impossible de poser un DIU en raison du risque trop élevé d'expulsion.

Concernant les souhaits d'implants non réalisés, une explication peut être l'absence de dispositif le jour de l'IVG. Une dotation hospitalière existe et pourrait permettre de pallier ce manque et donc d'augmenter le nombre de contraception longue durée utilisée en post IVG comme l'indiquent les recommandations officielles.

6. Analyse des IVG itératives

L'étude comparative des patientes ayant eu recours à plusieurs IVG avec celles n'ayant eu qu'une seule IVG en 2019 montre qu'en cas d'IVG répétées, les patientes étaient significativement plus âgées et déclaraient une gestité plus importante (plus de deux grossesses). Ceci s'explique logiquement par le fait d'avoir été confrontée à plusieurs grossesses non prévues depuis le début de la période d'activité sexuelle. Néanmoins, on observe une évolution curvilénaire du risque indiquant qu'il existe une tranche d'âge particulièrement à risque d'avoir recours à des IVG itératives puisque le risque diminue globalement après 30 ans. De plus, plus l'âge de la première IVG est jeune, plus le risque d'IVG répétées est fort. Ceci souligne l'importance capitale de la prévention primaire, c'est-à-dire de l'éducation sexuelle et contraceptive précoce.

D'après nos résultats, avoir déjà un enfant constitue un facteur de risque d'avoir recours à des IVG répétées. Cependant, nous avons analysé la parité en distinguant les patientes sans enfant, avec un enfant, deux enfants ou trois enfants ou plus. Il serait intéressant de définir le risque lié à la parité en dénombrant précisément le nombre d'enfants permettant de préciser le risque selon un rang défini.

Dans notre étude, le terme auquel les patientes ont eu recours à l'avortement en 2019 ne constitue pas un facteur de risque d'IVG itératives ($p=0,17$).

L'étude statistique de l'influence de la contraception pré IVG sur le risque d'IVG itératives a montré un lien significatif. Deux interprétations peuvent être envisagées.

D'abord ceci peut indiquer qu'il existe des facteurs de confusion importants en raison du caractère paradoxal d'être plus à risque d'avoir recours à des IVG itératives lorsque l'on est sous contraception médicale. En analyse multivariée, seuls 4% du risque étaient expliqués par l'âge de la patiente. Les autres déterminants étudiés avaient leur effet propre. On peut supposer que des facteurs sociaux tels que la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'étude, la langue parlée peuvent notablement influencer sur la contraception et sur le risque de récurrence. L'origine ethnique ou les facteurs culturels liés à une religion ou à son absence

peuvent également être déterminant dans le recours à des IVG itératives. D'autre part, notre étude se basant sur les données d'un interrogatoire médical, il existe invariablement un biais déclaratif expliquant certainement une part de ces résultats paradoxaux.

Néanmoins, ce lien entre présence d'une contraception relevant d'une prescription médicale et IVG répétées peut souligner que la couverture contraceptive est importante chez les patientes ayant recours à des IVG itératives. Il persiste alors vraisemblablement un problème de contraception inadaptée à ces patientes entraînant un risque de grossesse non prévue accru en dépit de la présence d'une contraception.

7. Evolution depuis 1996

Il est nécessaire de faire quelques rappels les évolutions légales majeures qui ont marqué les dernières décennies :

- Loi du 4 juillet 2001 : Allongement du délai légal à 12 semaines de grossesse soit 14 SA. Suppression de l'autorisation parentale pour les mineures et du justificatif de résidence pour les patientes étrangères.
La loi supprime aussi le quota imposé au secteur privé et le caractère obligatoire de l'entretien pré IVG pour les patientes majeures.
Le délai de 7 jours entre la demande d'IVG et la réalisation de l'acte est maintenu sauf si le terme légal risque d'être dépassé.
Légalisation de la stérilisation comme méthode contraceptive
- Juillet 2001 avec application de la loi en juillet 2004 : extension de la pratique des IVG médicamenteuses à la médecine de ville jusqu'à 9 SA.
- Décret du 6 mai 2009 : (qui précise la loi du 19 décembre 2007) : Pratique des IVG médicamenteuses étendue en dehors des établissements de santé (centres de santé, planning familial)
- Mars 2003 : Anonymat total de l'IVG pour les mineures et relatif pour les patientes majeures.
- 31 mars 2013 : IVG pris en charge à 100% par l'assurance maladie, remboursement à 100% des contraceptions remboursées pour les jeunes de 15 à 18 ans.
- 27 janvier 2016 : suppression du délai légal de 7 jours entre la première et la deuxième consultation pour obtenir une IVG.
- Juin 2016 : les sages-femmes libérales sont autorisées à pratiquer des IVG médicamenteuses.

a. Données générales

En 1996, 1304 IVG ont été pratiquées en Côte d'Or et 1069 en 2019 (17) soit une baisse de 18% à l'échelle départementale ; baisse encore plus marquée au sein du CHU de Dijon (baisse de 28,7%).

L'âge moyen des patientes est resté très stable. La parité des patientes n'a pas évolué significativement.

Seul le taux de récurrence a drastiquement augmenté. Les patientes ont donc moins souvent recours à l'IVG mais de manière plus répétée, constat qui se retrouve également sur le plan national.

b. Des IVG itératives plus fréquentes

D'après les données statistiques nationales, le taux d'IVG itératives a nettement augmenté depuis 1985. Cette augmentation est aussi constatée au niveau local. En 1982, les patientes ayant recours à des IVG répétées représentaient 15,8% ; en 1996, 21,6% pour atteindre 35,5% en 2019. On assiste à une augmentation de plus de 19 points de pourcentage en une trentaine d'années. Une meilleure déclaration des avortements explique une part de cette évolution mais l'augmentation n'en reste pas moins importante.

Depuis 1996, l'âge moyen des patientes ayant eu recours à plusieurs IVG est resté stable, (28,9 ans en 1996 à 29,3 en 2019) confirmant un contrôle de la natalité persistant. Les IVG notamment lorsqu'elles sont répétées ne sont plus réservées aux jeunes filles. La part des patientes âgées de moins de trente ans est conservée (55,4% en 1996 à 59,4% en 2019).

Concernant l'âge de la première IVG, ces patientes y ont eu recours en moyenne dès 22,9 ans en 2019 et 23,7 ans en 1996. Si les femmes ayant recours à des IVG répétées sont de plus en plus nombreuses, elles y ont recours tout aussi jeune, laissant craindre le recours à l'avortement comme moyen de contraception récurrent. Les politiques d'éducation sexuelle mais aussi la multiplication des méthodes contraceptives n'ont vraisemblablement pas permis de faire reculer l'âge des patientes ayant bénéficié d'un avortement au CHU de Dijon.

La part des patientes nullipares au moment de l'IVG a considérablement augmenté dans la mesure où, en 1996, 73% d'entre elles avaient au moins un enfant contre seulement 60,3% en 2019. La différence était significative concernant les patientes ayant trois enfants ou plus qui étaient plus nombreuses en 1996 qu'en 2019. On peut donc supposer que les évolutions sociales et sociétales ont conduit les patientes à davantage interrompre une grossesse non prévue quand elles sont déjà une famille nombreuse. Ce fait est cohérent avec la baisse de l'indice conjoncturel de fécondité. En 2019, les femmes de la région Bourgogne-Franche-Comté avaient en moyenne 1,8 enfant au cours de leur vie contre 2 en 2010. Parmi les départements de la région, c'est en Côte d'Or que les femmes sont le moins fécondes avec 1,6 enfants par femmes en 2019. L'Insee explique ce taux par le poids démographique et la

relative jeunesse de la population départementale qui poursuivent leurs études et « retardent » alors leur première maternité. L'étude ajoute que les femmes diplômées ont tendance à avoir moins d'enfants au cours de leur vie que les autres. (3)

8. Vers un allongement du délai légal ?

Les dernières actualités concernant l'avortement en France sont marquées notamment par la proposition d'allongement du délai légal qui serait porté à 14 semaines de grossesses soit 16 semaines d'aménorrhée.

Pour rappel, la loi du 4 juillet 2001 avait déjà allongé le délai légal, le portant à 14SA. Sur le plan national, la répartition des IVG selon le terme de la grossesse s'est modifiée depuis les années 1990. Les dix premières années, la 8^{ème} semaine d'aménorrhée représentait le pic du terme auquel les patientes avaient recours à l'IVG. Suite à la loi de 2001, on a constaté transitoirement un nombre plus important d'IVG à des termes plus avancés avant de finalement diminuer en raison de la généralisation de la technique médicamenteuse. L'allongement du délai légal voté en 2001 n'a eu pour effet ni une augmentation durable du délai auquel les femmes ont recours à l'IVG ni une augmentation du recours à l'IVG. (18)

Dans notre étude, les IVG ont le plus souvent été pratiquées entre 7 et 10 SA pour 55,8% des cas (209 cas/369). La 8^{ème} semaine d'aménorrhée constitue, comme à l'échelle nationale, la semaine à laquelle les patientes ont eu le plus recours à l'IVG. Les deux dernières semaines du délai légal actuel, 12-14SA, concernent 43 patientes soit 11,7%.

Le terme extrême de 14SA concerne seulement 8 patientes.

A noter que dans 2 cas, le terme a été évalué « hors délai » c'est-à-dire supérieur à 14SA le jour de l'IVG, mais précédemment inclus dans le délai légal lors de la consultation pré IVG. Ce phénomène est attribué à la marge d'erreur échographique praticien dépendante.

Au total, les IVG dites « tardives » représentent 53 cas sur 369 soit 14,4% des IVG pratiquées en 2019 au CHU de Dijon.

A l'échelle nationale, le dernier rapport de la Dress portant sur l'année 2019 (2) rapporte que les IVG « tardives » sont plus importantes chez les jeunes femmes : 10,5% chez les mineures, 8,5% chez les 18-19 ans, 6,6% chez les 20-24ans et 4,9% chez les femmes plus âgées.

Cela peut révéler des parcours plus longs, une prise en compte plus tardive de leur grossesse chez les jeunes femmes ou un délai plus long à la prise de rendez-vous.

Néanmoins, la stabilité du nombre total d'IVG permet de penser qu'un allongement du délai légal ne se justifierait pas par une volonté de permettre à plus de patientes de bénéficier d'une IVG mais par le souhait qu'elles puissent y avoir recours pour des grossesses plus avancées, permettant un délai de réflexion éventuellement plus long.

A l'échelle nationale, la moitié des IVG en 2019 concernait des grossesses de moins de 8 semaines d'aménorrhée. La différence de résultat avec notre étude peut s'expliquer par le fait

que les IVG instrumentales ne sont pratiquées qu'au sein d'un centre hospitalier, influençant donc le terme moyen des grossesses interrompues étudiées.

9. Une refonte du dossier médical d'orthogénie ?

Ce travail a certes permis de dresser un profil des patientes demandeuses d'une IVG au CHU de Dijon en 2019 mais il a aussi permis de mettre en évidence que certaines informations notamment psychosociales ne figurent que très peu dans le dossier médical des patientes. Ainsi, le recueil du statut marital, de la catégorie socio professionnelle, de la présence ou absence d'activité professionnelle ou le motif avancé de recours à l'IVG, et les raisons d'absence de contraception ou de recours à l'IVG n'ont pas été exploitables car notifiées dans les dossiers que trop rarement. Or, certaines de ces caractéristiques peuvent représenter des facteurs de risque d'avoir recours à une IVG. Dans notre étude, seulement 17 dossiers comprenaient la raison invoquée du recours à l'IVG qui était mentionnée dans le courrier des médecins généralistes uniquement.

Un seul cas de violence conjugale a été déclaré comme motif de recours à l'IVG et deux cas de conflits conjugaux. On souligne ici les cas de violences en lien avec des rapports sexuels non consentis entraînant une grossesse non désirée mais aussi des violences conjugales (physiques, sexuelles ou psychologiques) conduisant les femmes à ne pas poursuivre une grossesse et donc ne pas accueillir un enfant dans ces conditions.

Les femmes qui subissent des violences utilisent moins de moyens contraceptifs, sont plus à risque d'avoir des infections sexuellement transmissibles, des fausses couches spontanées, des grossesses non désirées et ont recours à plus d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) (19). Ainsi, selon une étude menée en Nouvelle-Zélande en 2008 et portant sur 2 218 femmes, les femmes ayant été victimes de violences conjugales réalisaient 2,5 fois plus d'avortements que les autres femmes. (20) De même, les femmes réalisant une ou plusieurs IVG sont plus à risque d'avoir subi des violences au cours de leur vie. Ce lien entre les violences et les IVG a été décrit dans plusieurs travaux canadiens, américains, néo-zélandais. Une étude réalisée au Canada en 2007 comprenant 1 003 femmes a montré que les femmes ayant réalisé une ou des IVG avaient une probabilité trois fois plus élevée d'avoir été victimes de violences conjugales psychologiques, physiques et/ou sexuelles au cours de l'année précédente par rapport aux femmes n'ayant pas eu d'IVG. (21)

L'enquête de la Dress publiée en 2020 démontre que les 10% des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes inférieur de 11 points pour 1000 à celui des 10% des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles. Les femmes en couple ont une probabilité de connaître une IVG inférieure de 37% à celle des femmes ne vivant pas en couple. (2)

L'étude réalisée précédemment sur ce même centre d'orthogénie, portant sur l'année 1996 s'était appuyé sur les données recueillies par les conseillères conjugales lors de l'entretien

obligatoire. Depuis, celui-ci n'est devenu obligatoire que pour les patientes mineures, ces informations ne seraient donc disponibles que pour peu de patientes.

Or, une prévention optimisée des grossesses non prévues et donc du recours à l'IVG implique une bonne connaissance des patientes qui y sont confrontées. Les déterminants psychosociaux sont des données qui seraient intéressantes de retrouver dans les dossiers médicaux afin de poursuivre et de compléter notre étude.

L'informatisation du dossier et un entretien médical guidé par des questions précises pourraient permettre d'obtenir des informations plus complètes concernant les patientes. On peut s'interroger des répercussions de cette refonte du dossier sur le temps de consultation. D'une part, les questions supplémentaires pourraient allonger la durée de l'entretien médical et fourniraient peut-être trop d'informations au risque de perturber la lecture du dossier. Cependant, un interrogatoire guidé pourrait au contraire cibler les données importantes.

L'essentiel reste d'établir une relation empathique et bienveillante servant l'entretien médical.

V. CONCLUSION

Notre étude nous a permis de dresser un profil socio démographique global des patientes ayant eu recours à une IVG en 2019 au sein du CHU de Dijon. Elle a aussi mis en évidence l'absence d'informations relatives à certains caractères psychosociaux pouvant s'avérer importants.

L'attention portée aux IVG itératives a permis de définir plusieurs facteurs de risque de récurrence. Un âge plus avancé au moment de l'IVG, un âge plus précoce lors de la première intervention, avoir déjà un enfant augmentaient significativement le risque d'avoir recours à des avortements répétés. Néanmoins, certains résultats paradoxaux nous imposent de nous interroger sur d'autres facteurs de risque non mis en évidence dans notre étude intéressant probablement des aspects psycho sociaux.

Depuis 1996, l'âge moyen des patientes est resté globalement stable tout comme la parité. Néanmoins, il est inquiétant de constater que la part des patientes récidivistes a notablement augmenté passant de 21,6 à 35,5% en une vingtaine d'années tandis que le nombre total d'IVG pratiqués au sein du CHU de Dijon a diminué. Ceci indique donc un recours moins fréquent mais plus souvent répété à l'IVG. En témoigne également le nombre croissant des patientes ayant eu recours à 2 IVG ou plus (39,7% en 2019 contre 24,3% en 1996). Cette population particulière n'a pas réellement évolué en plus de vingt ans.

L'enjeu se trouve dans la prévention primaire mais aussi secondaire du recours à l'avortement particulièrement lorsqu'il s'agit d'interventions répétées.

Si la contraception française a connu certains changements, l'accès n'est pas remis en cause. Cependant, la contraception prescrite à l'issue d'une IVG soulève quelques interrogations notamment dans l'objectif qu'elle s'avère plus adaptée et plus précoce afin d'éviter une nouvelle grossesse non prévue dans cette période particulièrement à risque qu'est le post partum.

Enfin, une revalorisation du dossier médical d'orthogénie pourrait permettre de préciser certaines informations lacunaires à ce jour afin de mieux connaître, cibler et appréhender cette population demandeuse d'une IVG. Une étude prospective évaluant l'intérêt de cette refonte du dossier pourrait être envisagée.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mme BERNARD Aurore

CONCLUSIONS

Notre étude nous a permis de dresser un profil socio démographique global des patientes ayant eu recours à une IVG en 2019 au sein du CHU de Dijon. Elle a aussi mis en évidence l'absence d'informations relatives à certains caractères psychosociaux pouvant s'avérer importants. L'attention portée aux IVG itératives a permis de définir plusieurs facteurs de risque de récurrence. Un âge plus avancé au moment de l'IVG, un âge plus précoce lors de la première intervention, avoir déjà un enfant augmentaient significativement le risque d'avoir recours à des avortements répétés. Néanmoins, certains résultats paradoxaux nous imposent de nous interroger sur d'autres facteurs de risque non mis en évidence dans notre étude intéressant probablement des aspects psycho sociaux. Depuis 1996, l'âge moyen des patientes est resté globalement stable tout comme la parité. Néanmoins, il est inquiétant de constater que la part des patientes récidivistes a notablement augmenté passant de 21,6 à 35,5% en une vingtaine d'années tandis que le nombre total d'IVG pratiqués au sein du CHU de Dijon a diminué. Ceci indique donc un recours moins fréquent mais plus souvent répété à l'IVG. En témoigne également le nombre croissant des patientes ayant eu recours à 2 IVG ou plus (39,7% en 2019 contre 24,3% en 1996). Cette population particulière n'a pas réellement évolué en plus de vingt ans. L'enjeu se trouve dans la prévention primaire mais aussi secondaire du recours à l'avortement particulièrement lorsqu'il s'agit d'interventions répétées. Si la contraception française a connu certains changements, l'accès n'est pas remis en cause. Cependant, la contraception prescrite à l'issue d'une IVG soulève quelques interrogations notamment dans l'objectif qu'elle s'avère plus adaptée et plus précoce afin d'éviter une nouvelle grossesse non prévue dans cette période particulièrement à risque qu'est le post partum. Enfin, une revalorisation du dossier médical d'orthogénie pourrait permettre de préciser certaines informations lacunaires à ce jour afin de mieux connaître, cibler et appréhender cette population demandeuse d'une IVG. Une étude prospective évaluant l'intérêt de cette refonte du dossier pourrait être envisagée.

Le Président du jury,



Pr. François Perruelli

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 9 Juin 2021
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Douvier, S. Interruption volontaire de grossesse : étude comparative entre 1982 et 1996 sur le principal centre de Côte d'Or. Analyse des femmes ayant des interruptions volontaires de grossesses itératives. *Gynecol Obstet Biol Fert* 2001 ; 29 : 200-10
2. Vilain, A. Interruption volontaire de grossesse : une hausse confirmée en 2019. *DRESS, études et résultats*. 2020 ;1163
3. En un demi-siècle, le pic de naissances s'est décalé du printemps à l'été et s'est atténué en Bourgogne-Franche-Comté | Insee [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/4768496>
4. Chassard M. Bourgogne-Franche-Comté : la baisse de la population s'accroît en 2017 et 2018, conséquence d'un solde naturel de plus en plus négatif. *Insee Flash Bourgogne Bourgogne-Franche-Comté* 2020 ; 99
5. Blayo, C. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. *Population* 1995 ; 3 : 779-810.
6. Bajos, N. et al. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et Société*, 2014, 511
7. Khaoula Ben Messaoud, Jean Bouyer et Elise de La Rochebrochard, 2020, "Infertility Treatment in France, 2008–2017 : A Challenge of Growing Treatment Needs at Older Ages", *American Journal of Public Health* 110 : 1418-1420.
8. Enseignements primaire et secondaire [Internet]. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/bo/18/Hebdo33/MENE1824340C.htm>
9. Santé sexuelle : Données – Santé publique France [Internet]. [cité 22 mai 2021]. Disponible sur : [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/donnees/mesurer-l-evolution-des-comportements-sexuels-et-contraceptifs)
10. Papon S., Beaumel C. Bilan démographique 2019 la fécondité se stabilise en France. *Insee Première*. 2020 ;1789
11. Sihvo S., Bajos N., Ducot B., Kaminski M. and the COCON group (2003), « Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies », *Journal of Epidemiology and Community Health care*.
12. Aubin, C. et al. Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. *Inspection générale des affaires sociales*. 2009
13. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, et al. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Populations* 2012 ; 492
14. Equipe COCON « Contraception : from accessibility to efficiency », *Human Reproduction*, Vol.18,n°5, 2003
15. Rossier C, Pirus C. Evolution du nombre d'interruption de grossesses en France entre 1976 et 2002. *INED. Populations*, 2007, 62, 57-90
16. HAS. Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG). 2019 [en ligne] www.has-sante.fr

17. Données relatives à l'IVG en Côte d'Or en 2019. SNDS (DCIR, PMSI), exploitation ORS BFC. 2021.
18. Mazuy, M. (janvier 2015) Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population & Sociétés*, 518
19. COKER, A. 2007. « Does physical intimate partner violence affect sexual health ? A systematic review », *Trauma Violence Abuse*, 8 (2), p. 149-177
20. FANSLow, J. ; SILVA, M. ; WHITEHEAD, A. ; ROBINSON, E. 2008. « Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48 (4), août, p. 391-397.
21. BOURASSA, D. ; BÉRUBÉ, J. 2007. « The prevalence of intimate partner violence among women and teenagers seeking abortion compared with those continuing pregnancy », *J. Obstet Gynaecol Can.*, 29 (5), mai, p. 415-423.

**TITRE DE LA THESE : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ETUDE DESCRIPTIVE DES
PATIENTES AYANT EU RECOURS A UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE U CENTRE
D'ORTHOGENIE DU CHU DE DIJON DURANT L'ANNEE 2019. ANALYSE DES IVG IETRATIVES.
EVOLUTION DEPUIS 1996.**

AUTEUR : BERNARD AURORE

RESUME :

En 2019, on dénombrait en France 232 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG). Si le nombre d'IVG a augmenté en Côte d'Or, il a diminué au CHU de Dijon.

Objectifs Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective sur le CHU de Dijon sur les patientes ayant eu recours à une IVG en 2019 afin de décrire cette population, tenter d'isoler des facteurs de risque d'IVG itératives et décrire l'évolution depuis 1996.

Résultats Les patientes avaient en moyenne 27,8ans [14,4-46,6]. 36,6% étaient primigestes, 42,8% avaient eu au moins trois grossesses, 52,6% étaient nullipares. Le terme moyen était 9,3SA [5,6 ; 14,1]. 14% des IVG étaient tardives (12-14 semaines d'aménorrhée). 51,2% étaient instrumentales. 68,8% des patientes n'avaient pas de contraception prescrite et 66% sortaient avec une prescription de contraception.

Les IVG itératives représentaient 35,5% des cas. Ces patientes étaient plus âgées (29,3 ans $p=0,0005$) et leur première IVG plus précoce (22,9 ans, $p=0,0001$). La parité était un facteur de risque de récurrence ($p=0,001$). 59% des patientes n'avaient pas de contraception, 60% s'en sont vues prescrire une.

Depuis 1996, les IVG itératives ont augmenté (35,5% contre 24,3%, $p=0,001$). L'âge moyen des patientes est stable à 27,8ans. Les primigestes et les nullipares étaient aussi nombreuses ($p=0,085$).

Conclusion En vingt ans, le profil des patientes a peu évolué. Le post partum et les transitions contraceptives semblaient à risque de grossesse non prévue. La contraception post IVG semble encore inadaptée. Certaines données descriptives étaient manquantes dans les dossiers. Un recueil plus exhaustif pourrait permettre d'isoler d'autres facteurs de risque de récurrence.

MOTS-CLES : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, IVG ITERATIVE