

**Université Toulouse III – Paul Sabatier**

**Faculté de Médecine**

**Année 2015**

**2015 TOU3 1040**

**Thèse**

**pour le diplôme d'état de docteur en médecine  
spécialité médecine générale**

**Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2015**

**Par Gabrielle HENGY**

**Interruptions volontaires de grossesse :  
comprendre la répétition**

**Revue de la littérature systématique**

**Directeur de thèse : Docteur Virginie QUENTIN**

**Jury :**

**Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE — Président**

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE — Assesseur**

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU — Assesseur**

**Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC — Assesseur**

**Madame le Docteur Virginie QUENTIN — Assesseur**

**Université Toulouse III – Paul Sabatier**

**Faculté de Médecine**

**Année 2015**

**2015 TOU3 1040**

**Thèse**

**pour le diplôme d'état de docteur en médecine  
spécialité médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le **22 mai 2015**

Par **Gabrielle HENGY**

**Interruptions volontaires de grossesse :  
comprendre la répétition**

**Revue de la littérature systématique**

Directeur de thèse : **Docteur Virginie QUENTIN**

Jury :

Monsieur le **Professeur Pierre LEGUEVAQUE** — **Président**

Monsieur le **Professeur Pierre MESTHE** — **Assesseur**

Madame le **Docteur Brigitte ESCOURROU** — **Assesseur**

Monsieur le **Docteur Thierry BRILLAC** — **Assesseur**

Madame le **Docteur Virginie QUENTIN** — **Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYASSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie

**M.C.U.**

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

# REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

**A Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE**

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

**A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

Vous avez accepté de juger cette thèse.

Vous avez toujours été présent pour répondre à mes interrogations pendant mon parcours d'interne.

Trouvez ici l'expression de mes vifs remerciements.

**A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC**

Vous avez accepté de juger cette thèse et vous m'avez apporté votre aide tout au long de ce travail.

Je vous en remercie.

**A Madame le Docteur Virginie QUENTIN**

Pour la confiance que tu m'as accordée en acceptant de m'accompagner sur ce sujet de thèse.

Tout au long de ce travail, tu m'as apporté ton aide et de précieux encouragements.

Que tu sois assurée de ma profonde estime.

A tous les médecins, les enseignants, les équipes soignantes qui m'ont accompagnée tout au long de ces études. A la médecine générale.

A mes amis de médecine, pour leur soutien, leur aide, les bons moments.

Pour avoir passé toutes les épreuves ensemble, pour m'avoir aidée à trouver mon chemin.

A Aurélie, notre duo des premières années, à nos moments à la BU, à nos moments de fou rire, à notre place au fond de l'amphi.

A Lucie pour sa présence, sa gentillesse, les fêtes, la piscine.

A Valérie avec nos bons moments au cirque.

A Camille et la danse Africaine.

A l'équipe de buche de la dernière chance à Purpan avec David et Greg.

A Arnaud, Claire pour leur amitié et au nouveau venu !

A Arnold, Anaëlle, Caroline, Sébastien et tous les autres. Sans vous, je n'y serais pas arrivée.

A mes amis de longue date qui m'ont aidée dans ce long parcours à me retrouver et à faire la fête : Elo et nos soirées sound system, les copains du lot, Elodie D et ton accueil sur Toulouse, les copains des Pyrénées.

A ma famille pour m'avoir soutenue.

A mon père, qui m'a murmuré sa vocation.

A ma mère pour son aide, son soutien tout au long de ces années.

A Ludovic, mon amour, avec qui la vie prend un autre sens. A nos projets dans le lot.

A l'équitation et à Uplah qui m'a permis de trouver un nouvel équilibre.

# TABLE DES MATIERES

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>II.</b>	<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>9</b>
A.	Critères de sélection des études .....	9
1.	Critères d'inclusion .....	9
2.	Critères d'exclusion .....	10
B.	Stratégies de recherche.....	10
1.	Recherche par banque de données.....	10
2.	Recherche manuelle.....	10
C.	Sélection des études.....	11
D.	Evaluation des études .....	12
E.	Processus et recueil des données.....	12
F.	Analyse des données .....	13
<b>III.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>14</b>
A.	Flow Diagram.....	14
B.	Articles exclus après lecture complète.....	15
1.	Les articles qui ne répondent pas à tous les critères d'inclusion .....	15
2.	Les articles qui présentent un critère d'exclusion.....	15
3.	Doublons et articles non récupérés .....	15
C.	Articles inclus.....	16
1.	Description des études, évaluation du niveau de preuve, principaux résultats .....	16
2.	Résultats détaillés.....	22
<b>IV.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>28</b>
A.	Synthèse des résultats et des niveaux de preuve .....	28
1.	Caractéristiques sociodémographiques .....	28
2.	Motifs des demandes d'IVG .....	29
3.	Caractéristiques socioculturelles.....	30
4.	Caractéristiques socio psychologiques, relationnelles.....	30
5.	Histoire gynéco-obstétricale .....	31
6.	Violences passées ou présentes .....	31
7.	Désir d'enfant, contraception .....	32
8.	Synthèse et perspectives.....	33
B.	Les limites .....	35
<b>V.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>37</b>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>38</b>

## ANNEXE

Contraception et IVG : la loi .....	43
-------------------------------------	----

## INDEX DES ILLUSTRATIONS

<b>Figure 1</b> Nombre d'avortements déclarés dans les bulletins France métropolitaine.....	5
<b>Figure 2</b> Evolution de l'indice conjoncturel d'IVG de 1976 à 2005 selon le rang en France métropolitaine.....	7

## INDEX DES TABLES

<b>Tableau 1</b> Equation de recherche par bases de données .....	10
<b>Tableau 2</b> Equation de recherche pour recherche manuelle .....	11
<b>Tableau 3</b> Evaluation du niveau de preuve des études, grille HAS.....	12
<b>Tableau 4</b> Evaluation du niveau de preuve des données quantitatives .....	13
<b>Tableau 5</b> Synthèse des études qualitatives.....	17
<b>Tableau 6</b> Synthèse des études quantitatives, cas-témoin, rétrospectives.....	19
<b>Tableau 7</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui subissent des IVG itératives .....	22
<b>Tableau 8</b> Etudes quantitatives, caractéristiques sociodémographiques de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG.....	22
<b>Tableau 9</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur les motifs de demande d'IVG des femmes qui subissent des IVG itératives.....	23
<b>Tableau 10</b> Etudes quantitatives, motifs des demandes d'IVG de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG.....	23
<b>Tableau 11</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur les caractéristiques socioculturelles des femmes qui subissent des IVG itératives .....	23
<b>Tableau 12</b> Etudes quantitatives, caractéristiques socioculturelles de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG.....	23
<b>Tableau 13</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur les caractéristiques relationnelles, psychologiques des femmes qui subissent des IVG itératives.....	24
<b>Tableau 14</b> Etudes quantitatives, caractéristiques relationnelles et psychologiques de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG.....	25
<b>Tableau 15</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur l'histoire gynéco-obstétricale des femmes qui subissent des IVG itératives .....	25
<b>Tableau 16</b> Etudes quantitatives, caractéristiques de l'histoire gynéco-obstétricale de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG.....	25
<b>Tableau 17</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur les violences présentes ou passées pour les femmes qui subissent des IVG itératives .....	26
<b>Tableau 18</b> Etudes quantitatives Violences présentes ou passées de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG.....	26
<b>Tableau 19</b> Etudes qualitatives, hypothèses sur le désir d'enfant, la contraception des femmes qui subissent des IVG itératives .....	26
<b>Tableau 20</b> Etudes quantitatives, utilisation contraception de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG .....	27

## LISTE DES ABBREVIATIONS

**BDSP** : Banque de Données en Santé Publique

**COCON** : enquête de COhorte sur la CONtraception

**COREQ** : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

**DIU** : Dispositif Intra-Utérin

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**GINé** : enquête Grossesses Interrompues, Non prévues, Evitées

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**INED** : Institut National d'Etudes Démographiques

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**PRISMA** : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

**SAE** : Statistique Annuelle des Etablissements de santé

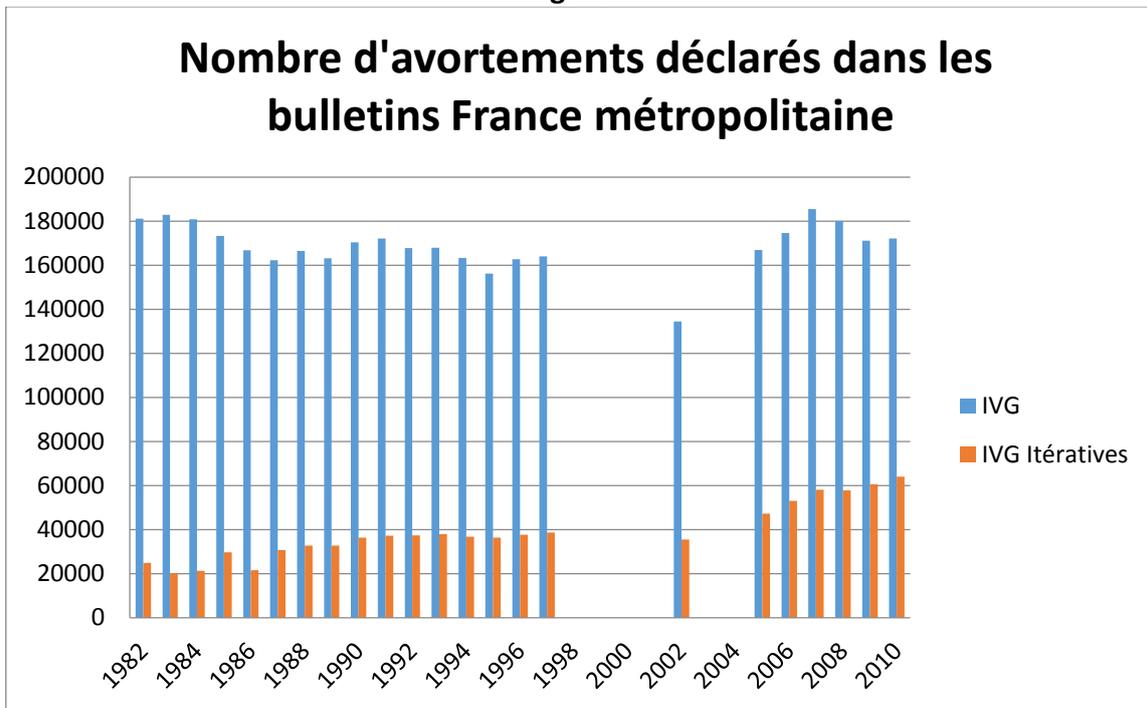
**STROBE** : Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

**SUDOC** : Système Universitaire de Documentation

## I. INTRODUCTION

Le nombre des interruptions volontaires de grossesse en France reste stable depuis la légalisation de l'avortement en 1975. Cependant le nombre de femmes ayant réalisé deux avortements ou plus ne cesse d'augmenter : 28.3% en 2005, 37.2% en 2010.

Figure 1



Source : INED, bulletins statistiques détaillés IVG

La répétition de l'avortement questionne. Il est admis qu'on peut avoir recours à l'avortement une fois dans sa vie, cet avortement étant considéré comme un accident de parcours ; mais la répétition est la plupart du temps incomprise par l'opinion publique et les professionnels de santé. Il est donc important de faire des recherches sur le sujet pour comprendre la répétition de l'IVG et avoir une conduite à tenir lors de la prise en charge de ces situations.

La définition des IVG itératives elle-même est sujette à discussion. Selon les auteurs et les sources, elle diverge. Dans une étude menée par l'INED [21], les IVG répétées concernent les femmes ayant eu au moins trois IVG ou deux IVG en moins de trois ans d'intervalle. Pour d'autres, le délai entre deux IVG est de 5 ans [43]. Si on interroge les professionnels de santé, pour certains, la notion restrictive de délai entre deux IVG ne devrait pas exister.

Pourquoi les femmes ont-elles recours plusieurs fois à l'avortement ? Cette question a été abordée à plusieurs reprises par des socio-démographes, travaillant à l'Institut national d'études démographiques (INED), grâce à l'exploitation des bulletins statistiques de l'IVG et des études.

En 1995, un article qui analyse l'évolution des avortements à répétition de 1976 à 1990 est publié [9]. Entre 1978 et 1984, le nombre d'avortements de deuxième rang, et plus, est en augmentation, alors que le nombre d'avortements de premier rang diminue depuis 1980. En 1976, on retrouve 7.4% d'avortements de deuxième rang ou plus, en 1980, 11.5%, et en 1990, 22%. Les facteurs retrouvés favorisant la répétition sont les suivants :

- la probabilité d'avoir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà subis quelque soit l'âge
- les femmes qui subissent un premier avortement entre 15-17 ans ou deux avortements avant 20 ans ont un risque plus élevé de subir un avortement ultérieur (c'est l'effet de sélection).

En 2004, en se basant sur les résultats de l'enquête COCON et GINé, le paradoxe français est analysé [5] : un taux de recours à l'IVG stable depuis 1975, (14 avortements annuels pour 1000 femmes), malgré une diffusion massive de la contraception. Cette stabilité du nombre d'IVG s'explique en partie par le fait, qu'en cas de grossesse non prévue, les femmes ont recours plus fréquemment à l'IVG. En 1975, quatre grossesses non prévues sur dix se terminaient par une IVG et six sur dix en 2004. Dans cet article, la seule référence aux IVG itératives est une étude ancienne de 1996 [21] : « quant aux femmes, (assez peu nombreuses), recourant de façon répétée à l'IVG, elles semblent confrontées à des difficultés affectives, économiques et sociales particulières ».

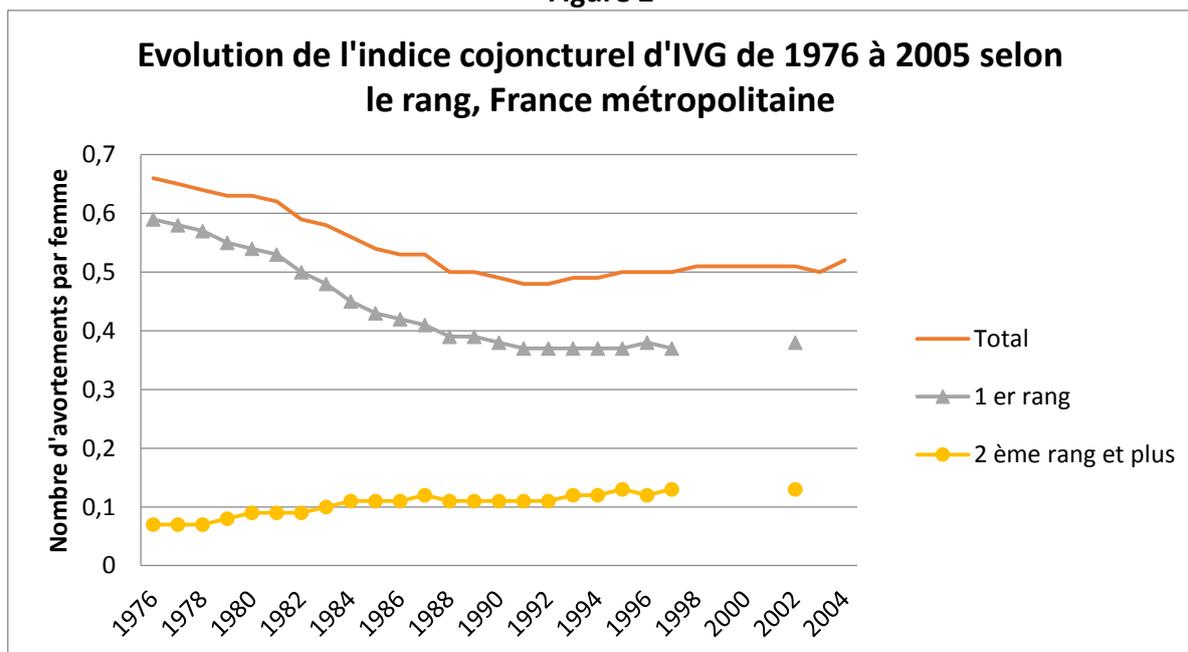
En 2009 est publié un article qui traite aussi de la répétition et se base sur l'étude des bulletins entre 1990 et 2002 [49]. La proportion des femmes qui ont recours plusieurs fois à l'avortement continue d'augmenter. Elle passe de 22% en 1990 à 27% en 2002, alors que le nombre de femmes ayant recours pour la première fois à l'avortement ne cesse de diminuer. Si on calcule le nombre moyen d'IVG par femme selon le rang d'IVG, l'augmentation de l'IVG à répétition semble moins spectaculaire (figure 2). En effet, en 2002, 51% des femmes ont au

moins recours une fois à l'IVG au cours de leur vie et 13 % des femmes ont recours à deux IVG ou plus (7 % en 1976 et 11% en 1997). Les facteurs favorisant sont :

- la probabilité d'avoir recours à plusieurs IVG augmente avec l'âge
- les IVG à répétition sont un peu moins fréquentes chez les célibataires et les étudiantes, un peu plus fréquentes chez les femmes issues de l'immigration, les femmes au chômage ou au « foyer ». L'augmentation des IVG itératives ne s'explique pas par un changement des caractéristiques sociodémographiques des femmes car elle s'observe dans tous les groupes sociaux.

Malgré un taux stable du nombre total des IVG en France, la part des IVG répétées augmente du fait de la disparition de l'effet d'apprentissage après la première IVG (L'effet d'apprentissage avait été décrit dans un article [4] : c'est un meilleur accès à la contraception à la première demande d'IVG).

Figure 2



Source : INED, SAE, [49]

Dans un article [55] exploitant les résultats d'une étude menée par la DREES en 2007, une annexe est consacrée aux IVG à répétition. 34 % des femmes ont eu recours à plusieurs IVG. 15.5% des IVG sont considérées comme des IVG itératives selon la définition de l'INED. Ces femmes sont moins diplômées, moins souvent en couple et ont moins souvent un emploi.

Schématiquement, on peut retrouver dans deux articles qu'il est défini deux groupes de femmes [8], [49]. Un premier groupe qui pratique une contraception rigoureuse et qui a recours à l'avortement comme un recours ultime et un deuxième groupe qui utilise peu la contraception et qui considère l'avortement comme un moyen de contraception. Ce schéma semble non fondé car la contraception n'apparaît pas dans les bulletins statistiques et les résultats de l'enquête GINé et COCON ne permettent pas de l'appuyer. De plus, il n'est pas cité d'enquête qui corrobore ce résultat.

Le dernier bulletin sur l'IVG, traitant les données de 2012, ne cite pas les femmes qui subissent des IVG itératives [56].

A la lecture de ces différents articles, on constate que la proportion des femmes qui ont recours plus d'une fois à l'avortement ne cesse d'augmenter ; mais les éléments apportés pour la compréhension de la répétition sont rares et généraux. Les études faisant spécifiquement référence aux IVG itératives, citées dans les articles développés ci-dessus, sont souvent anciennes. De plus, à la première lecture, les résultats de ces études semblent différents voire parfois contradictoires. Cette impression est d'autant plus marquée que dans la discussion, les résultats sont comparés la plupart du temps à des études étrangères. En faisant des recherches plus approfondies sur le sujet, on retrouve de nombreux travaux non publiés traitant spécifiquement des IVG itératives (thèse, mémoire) et cherchant à comprendre la « répétition ».

La synthèse de ces différentes études peut-elle nous permettre de mieux comprendre pourquoi certaines femmes répètent les avortements ? Les résultats sont-ils cohérents d'une étude à l'autre ?

Comprendre la répétition est une nécessité pour pouvoir améliorer la prise en charge de l'IVG et mieux accompagner les femmes afin d'éviter que l'avortement se reproduise.

C'est dans ce contexte qu'une revue systématique de la littérature est réalisée sur les IVG itératives en France métropolitaine pour répondre à la question : **les différentes études sur les IVG itératives nous permettent-elles de comprendre la répétition?**

En faisant le travail de revue de la littérature, un article publié en janvier 2015 réalisé d'après les bulletins statistiques de 2011 traite des IVG itératives [42]. Il a été repris par plusieurs médias, ce qui remet au-devant de la scène la problématique des IVG multiples et

confirme malheureusement que le recours à l'IVG diminue mais se répète plus souvent. Un tiers des femmes (33 %) ont recours au moins une fois à l'IVG au cours de leur vie, dont 10 % deux fois et 4 % trois fois ou davantage.

## II. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon les recommandations internationales PRISMA 2009. Le protocole est consultable dans un article en version française [26].

Le travail de recherche a été effectué par un seul chercheur, l'auteur de cette thèse.

### A. Critères de sélection des études

#### 1. Critères d'inclusion

- date de la réalisation des études : entre janvier 1975 (année de la mise en application de l'avortement légalisé) et janvier 2015. La période est très large car une première recherche semble montrer que les articles sur le sujet sont rares.
- études réalisées en France métropolitaine, rédigées en français ou en anglais puisque l'objet de la revue est « comprendre la répétition en France métropolitaine »
- la population concernée a été définie comme les femmes ayant recours à une deuxième intervention volontaire ou plus quelque soit le délai entre deux IVG (la définition des IVG itératives diverge selon les auteurs).
- type d'intervention : tous travaux recherchant des facteurs expliquant et/ou favorisant le recours aux IVG répétées et aidant à sa compréhension.
- type d'études incluses: toutes les études réalisées incluant la population cible.
- les études sont incluses quel que soit le nombre de biais.

## 2. Critères d'exclusion

- études qui ne concernent pas la population française métropolitaine.
- études qui ne répondent pas à la question.
- études dont on ne peut pas évaluer le niveau de preuve par défaut de description de la méthodologie.
- études dont la méthodologie ne permet pas de répondre à la question et dont les données sont inexploitable.

## B. Stratégies de recherche

### 1. Recherche par banque de données

La recherche a été réalisée de décembre 2014 à janvier 2015 via internet sur les banques de données suivantes : Medline, Web of Science, Cochrane DSR. Plusieurs équations de recherche ont été testées pour retenir finalement l'équation la plus sensible et la plus spécifique

**Tableau 1** Equation de recherche par bases de données

Bases de données	Equation de recherche	Limites
<b>Medline</b>	((abort*[Title] OR termination*[Title] OR interruption*[Title])) AND (repeat*[Title] OR multiple*[Title]) AND (france or french*)	Species : Human ; Languages : english, french Publication dates : 1975-2015
<b>Web of Science</b>	<b>TITLE:</b> (abort* or termination* or interruption*) <b>AND TITLE:</b> (repeat* or multiple*) <b>AND TOPIC:</b> (france or french*)	Languages : english, french Publication dates : 1975-2015
<b>Cochrane DSR</b>	((abort* or termination* or interruption*) and (repeat* or multiple*)).ti. and (france or french*).af.	Dates : 1975-2015

### 2. Recherche manuelle

Via les moteurs de recherche, des articles et des études traitant des IVG répétées ont été sélectionnés après lecture du titre et/ou du résumé. Leur bibliographie a été consultée de façon systématique pour sélectionner des études non retrouvées via les moteurs de recherche.

Via la recherche d'information par internet sur les sites suivants : EM Premium, CISMef, Google Scholar, SUDOC, BDSP, CAIRN, Persée, HAL

**Tableau 2** Equation de recherche pour recherche manuelle

Sites	Equation de recherche	dans	Limites
<b>EM Premium</b>	IVG ou (interruption*volontaire*grossesse*) ou avort*	titre	Depuis 1975
<b>Google Scholar</b>	ivg ou (interruption volontaire grossesse) ou (interruptions volontaires grossesse) ou (interruptions volontaires grossesses) ou avortement ou avortements	allintitle	pages en français Ne pas inclure les citations Dates : 1975-2015
<b>SUDOC</b>	IVG ou avortement* ou interruption* volontaire* grossesse* et (repet*ou iter* ou recid*)		
<b>BDSP</b>	IVG ou avortement et (repet*ou iter* ou recid*)	titre, mot clé, résumé	
<b>CAIRN</b>	IVG ou avortement	titre	
<b>HAL</b>	IVG ou avortement et (repet*ou iter* ou recid*)	titre	
<b>Persée</b>	IVG ou avortement et (repet*ou iter* ou recid*)	titre, mot clé, résumé	

Les revues : Gynécologie obstétrique et fertilité, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Human reproduction, vocation sage-femme, la revue sage-femme, prescrire, revue praticien médecine générale, quotidien du médecin ont été consultées via leur banque de données sur leur site internet pour élargir la recherche.

La bibliographie de chaque étude ou article sélectionné grâce à la recherche manuelle a été consultée.

### C. Sélection des études

Pour chaque banque de données, tous les articles retrouvés par l'équation de recherche ont été sélectionnés.

Pour la recherche manuelle, toutes les études et tous les articles faisant référence dans leur titre aux IVG itératives sur le territoire en France métropolitaine ou territoire non précisé, ont été sélectionnés.

Puis les doublons ont été exclus.

Une deuxième sélection a été effectuée après lecture des titres et/ou des résumés (si disponibles) et parfois de l'introduction (pour trouver quelle population était concernée).

La troisième sélection a été faite après lecture complète des études à l'aide d'une grille de lecture extraite d'un livre [54].

Les études ont été définitivement sélectionnées selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

La sélection des études a été présentée sous forme de diagramme (PRISMA 2009 flow diagram). Les raisons d'exclusion des études ont été détaillées dans les résultats.

## D. Evaluation des études

Les études qualitatives ont été évaluées avec l'aide de la grille de lecture COREQ [25] qui est constituée de 32 critères. Cela a permis de noter les études sur 32, et pour simplifier de ramener la note sur 10.

Pour les études observationnelles, la grille de lecture STROBE [27] a été utilisée. Elle comprend 22 critères. Le résultat de cette évaluation a été aussi noté sur 10.

Puis l'évaluation finale du niveau de preuve a été complétée grâce à cette grille extraite du site de l'HAS [29]:

**Tableau 3** Evaluation du niveau de preuve des études, grille HAS

Niveau de preuve	Description
<b>fort</b>	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée - la réalisation est effectuée sans biais majeur - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs - la puissance est suffisante
<b>intermédiaire</b>	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée - puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance à posteriori insuffisante) - et/ou des anomalies mineures.
<b>faible</b>	Autres types d'études

## E. Processus et recueil des données

Chaque étude sélectionnée pour la revue systématique de la littérature a été lue et analysée dans le but de trouver les données permettant de comprendre les facteurs favorisant et/ou déterminant le recours par les femmes aux IVG itératives. Ces données ont été analysées, triées et rangées dans un tableau récapitulatif établi librement pour chaque étude.

En effet, les facteurs étudiés dans chaque étude (démographiques, socio-économiques, psychologiques, contraceptifs...) sont variés et complexes par la multitude d'information qu'ils renferment. Chaque auteur, en fonction de sa sensibilité, de ses compétences, de la méthodologie choisie, va étudier de façon plus ou moins approfondie certains facteurs.

## F. Analyse des données

Pour les études qualitatives, les données ont été extraites de la partie discussion dans la majorité des cas. C'est dans cette partie que les auteurs développent leurs observations, des hypothèses pouvant nous aider à comprendre la répétition. Les données sont analysées selon le niveau de preuve de l'étude et de leur cohérence avec les résultats.

Pour les études quantitatives cas-témoin, les données de chaque étude ont été triées, classées selon leur signification statistique (différence statistiquement significative, non significative, non précisée) et selon le niveau de preuve de l'étude. Ci-dessous un tableau récapitulatif explique la classification des données.

**Tableau 4** Evaluation du niveau de preuve des données quantitatives

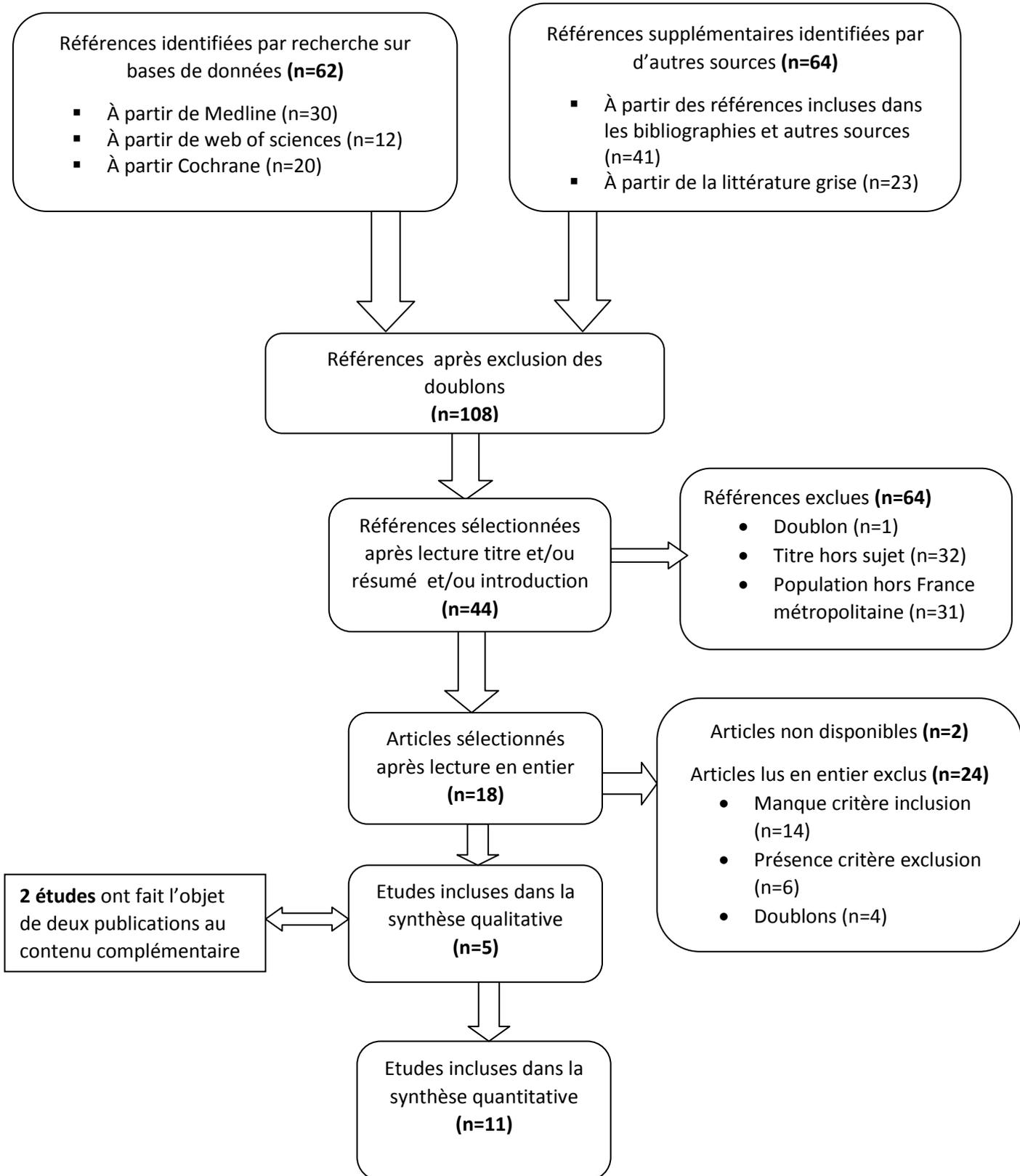
Niveau de preuve des données	Description
<b>fort</b>	niveau de preuve de l'étude fort + expression statistique du résultat (différence statistiquement significative $p < 0.05$ ou OR supérieur à 1 avec écart type supérieur à 1 pour valeur minimale, ou différence non significative))
<b>intermédiaire</b>	Niveau de preuve de l'étude intermédiaire + expression statistique du résultat
<b>faible</b>	Niveau de preuve de l'étude faible, niveau étude fort ou intermédiaire avec différence observée non vérifiée par test statistique ou tendance non significative ( $p$ entre 0.1 et 0.05)

Puis elles ont été présentées dans un tableau récapitulatif pour avoir une vision globale des résultats de la revue de la littérature. Un classement des résultats a été réalisé selon le niveau de preuve des données par facteur étudié dans chaque étude avec un code couleur (en rouge fort niveau de preuve, en vert intermédiaire, en bleu faible).

Cela permettra d'avoir une vision globale des facteurs retrouvés pouvant favoriser ou déterminer la répétition des IVG. On pourra savoir si ces facteurs sont concordants ou discordants entre les études et nous pourrons donc répondre à notre question : **les différentes études sur les IVG itératives nous permettent-elles de comprendre la répétition ?**

### III. RESULTATS

#### A. Flow Diagram



## B. Articles exclus après lecture complète

### 1. Les articles qui ne répondent pas à tous les critères d'inclusion

- Les articles ne concernant pas la bonne population : Tietze et al. 1980 [52] ; Cohen 1996 [12].
- Les articles qui ne sont pas des études : Duprez 1977 [19] ; Lang 1979 [35] ; Noaves 1982 [46] ; Tamian-Kunegel 2000 [51] ; Garel et al. 2001 [23] ; Lachbar 2004 [31] ; Curtis et al. 2011 [14] ; Mazuy et al. 2015 [42].
- Les travaux qui ne recherchent pas des facteurs expliquant et/ou favorisant le recours à l'IVG à répétition : Lignon 1980 [39] ; Le Moulec 1988 [36] ; Mouradian 1988 [45] ; Weitten 2009 [57].

### 2. Les articles qui présentent un critère d'exclusion

- Les études dont on ne peut pas évaluer le niveau de preuve par défaut de description de la méthodologie : Lang et al. 1980 [34] ; Guerci 1992 [28].
- Les études dont la méthodologie ne permet pas de répondre à la question et dont les données sont inexploitable : Lacrouts 1998 [32] ; Alouini et al. 2002 [1] ; Duffay 2007 [17] ; Chapurlat 2014 [11].

Ces études sont pour la plupart des études quantitatives de cas ne permettant pas de comprendre la répétition puisqu'il n'y a pas de comparaison à une autre population définie dans la méthodologie. La comparaison des données se fait par rapport à des sources diverses qui ne permettent pas d'exploiter les résultats pour notre travail.

### 3. Doublons et articles non récupérés

Les quatre doublons sont des articles qui résument des études recueillies.

- les deux articles parus sur Vie Publique [20] et Libération [38] sont les doublons de l'article de Mazuy et al. 2015 [42].
- les deux articles parus dans le Quotidien du médecin [37] et sur le site « avortementivg.com » [3] sont des doublons de l'article de Bajos et al. 2013 [6].

Les deux articles non récupérés sont deux thèses anciennes qui n'étaient pas accessibles à la bibliothèque : Dormoy 1983 [15] ; Chabuet 1988 [10].

## C. Articles inclus

18 articles ont été inclus pour l'analyse des résultats. 9 articles ont fait l'objet de publications. 9 articles sont des travaux de thèse ou de mémoire non publiés.

Dans les 9 articles publiés, il n'y a finalement que 7 études différentes car le travail de Mme Mattauer a fait l'objet de deux publications différentes ainsi que le travail de Mme Morgny. On ne peut pas considérer que ce sont des doublons car les informations données sont complémentaires. De plus, pour le travail de Mme Mattauer, l'étude initiale décrivant la méthodologie a été récupérée [2]. Pour faciliter l'analyse des résultats, les articles ont été regroupés.

**Au total nous avons donc recueilli 16 études : 5 études qualitatives, 11 études quantitatives type cas-témoin.**

### 1. Description des études, évaluation du niveau de preuve, principaux résultats

Pour les 5 études qualitatives, 1 étude a un niveau de preuve intermédiaire, 4 études ont un niveau de preuve faible. L'étude de Pettex [48] est exclue pour l'analyse détaillée des résultats car il existe une incohérence entre les données et l'interprétation des résultats.

Les études quantitatives type cas-témoin sont toutes rétrospectives. 6 études ont un niveau de preuve fort, 4 études un niveau de preuve intermédiaire, 1 étude un niveau de preuve faible. Pour les études Douvier et al. [16] et Bajos et al. [6], seule la deuxième partie de leur étude a été intégrée dans les résultats. La première partie analyse l'évolution du recours à l'IVG itérative au cours du temps, ce qui ne correspond pas à notre sujet. Pour l'étude de Wong-Chi-Man [58], seule la première étude a été incluse car la deuxième partie était une étude qualitative, avec un recueil des données inadapté par questionnaire.

Ci-dessous, analyse plus détaillée de ces études sous forme de tableaux récapitulatifs

**Tableau 5** Synthèse des études qualitatives

Articles (titre, auteur, date publication)	Population étudiée	Facteurs étudiés	Grille de lecture, Biais, niveau de preuve	Principaux résultats
<p><b>Etudes sur les demandes répétées d'IVG. Mise en évidence de quelques facteurs caractéristiques, socioculturels et psychologiques dans les répétitions des interruptions de grossesse</b></p> <p><b>Etude sur les demandes répétées d'I.V.G. Fonction de la grossesse et problématique dans les IVG répétitives</b></p> <p>Mattauer B., Peyrot D., Aussiloux M.T. 1984 [40] [41]</p>	<p>Au centre d'IVG de Bionne d'octobre 1980 à mars 1981</p> <p>233 femmes venant pour une demande d'IVG</p> <p>63% femmes 1<sup>ère</sup> IVG,</p> <p>27% 2<sup>ème</sup> ou plus</p>	<p>Éléments sociologiques</p> <p>Demande d'IVG et ses motifs</p> <p>Relation avec contraception, maternité, sexualité</p> <p>Image du couple formé par ses parents</p>	<p>Grille COREQ : 3.75/10</p> <p>Biais : défaut de description de l'équipe de recherche, de la méthodologie du recueil des données.</p> <p><b>Niveau de preuve faible</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>facteurs psychologiques intervenant comme des moments de « fragilisation » de l'identité féminine</b></li> <li>✓ <b>mise en acte d'une grossesse résultant de phénomènes multiples (recherche d'identité, problématique œdipienne non résolue), qui confrontée à la réalité, devient impossible.</b></li> </ul>
<p><b>Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français</b></p> <p>Garel M., Crost M., Kaminski M. 1996 [21]</p>	<p>3 CIVG: Grenoble, Creil, Nantes de mai à décembre 93</p> <p>45 femmes ayant 3 IVG ou plus, femmes ayant 2 IVG avec moins de 3 ans d'intervalle entre 2 IVG</p>	<p>Caractéristiques des femmes</p> <p>Contexte IVG actuelle</p> <p>Contraception</p> <p>Place du désir d'enfant</p> <p>Etat psychologique juste après l'IVG</p> <p>IVG précédentes</p> <p>Histoire familiale</p>	<p>Grille COREQ : 3.12/10</p> <p>Biais : défaut de description de l'équipe de recherche, de la méthodologie du recueil des données, recrutement (Nantes)</p> <p><b>Niveau de preuve faible</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>importantes difficultés présentes et passées : relations difficiles avec les parents et mauvais climat familial, vivant souvent seules, vie adulte plus marquée par une instabilité relationnelle fréquemment associée à des difficultés économiques</b></li> </ul>
<p><b>Démarches d'IVG répétées : essai de compréhension. Analyse psychosociale de 16 entretiens au Centre de Planification Familiale du centre hospitalier de Quimper en 2002</b></p> <p>Birrien S. 2004 [7]</p>	<p>CIVG du CH de Quimper, de novembre 2001 à juillet 2002</p> <p>16 Femmes venant pour au moins une deuxième IVG</p>	<p>Profil sociodémographique des femmes grâce au questionnaire</p> <p>Etude qualitative : recherche étiologique et étude de comportements</p>	<p>Grille COREQ : 7.5/10</p> <p>Biais : faible population, non expérience du chercheur</p> <p><b>Niveau de preuve intermédiaire</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>répétition semble être un mode existentiel : répètent situations d'échec avec la contraception et dans les relations affectives</b></li> <li>✓ <b>récidive de l'IVG est un passage à l'acte qui s'inscrit dans une histoire de vie souvent douloureuse, faite de ruptures et d'absences</b></li> <li>✓ <b>relation couple souvent instable</b></li> <li>✓ <b>pas de profil ou de trouble de la personnalité propre à ces femmes</b></li> <li>✓ <b>présentent plus une pathologie sociale</b></li> <li>✓ <b>ambivalence envers la contraception et le désir de grossesse</b></li> <li>✓ <b>problème non résolu de la relation mère-fille (n'arrivent pas à surmonter les étapes identificatoires à leur mère)</b></li> </ul>

Articles (titre, auteur, date publication)	Population étudiée	Facteurs étudiés	Grille de lecture, Biais, niveau de preuve	Principaux résultats
<p><b>Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition</b> Morgny C., Taque R., Fromaget J. 2005 [43] [44]</p>	<p>En Bourgogne, de juillet 2003 à novembre 2004. 17 femmes qui ont vécu plusieurs IVG dont 2 sur une période de moins de 5 ans. 1 femme ne correspondait pas à ce critère mais avait eu 3 IVG</p>	<p>Vie sociale, familiale, conjugale Histoire des femmes Sexualité Rapport à la contraception Ce qui est dit autour de l'IVG, à quelles personnes Le vécu de l'IVG</p>	<p>Grille COREQ: 5.3/10 Biais : recrutement, faible population incluse <b>Niveau de preuve faible</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>10 femmes sur 17 ont subi des violences (pour 5 femmes des violences sexuelles)</b></li> <li>✓ <b>Violence entraîne:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>incapacité à poursuivre une contraception régulière</b></li> <li>• <b>impossibilité à accepter les examens gynécologiques, à utiliser un stérilet</b></li> <li>• <b>difficulté à se construire, à se respecter soi-même</b></li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Interruptions volontaires de grossesse itératives : quel sens donner à ces grossesses impossibles ?</b> Pettex K. 2012 [48]</p>	<p>CH de la Région Annécienne (CHRA) de septembre 2011 à janvier 2012 15 femmes ayant eu au moins 2 IVG en moins de 3 ans, 2 IVG sur 10 ans si grossesse entre</p>	<p>Facteurs psycho-sociaux Motifs des multiples IVG Impact psychologique des IVG évaluer prise en charge au CIVG Contraception</p>	<p>Grille COREQ : 3.75/10 Biais : faible population, entretiens menés de façons différentes (téléphonique, messagerie, en face à face). Les conclusions ne sont pas en accord avec les résultats exposés. <b>Niveau de preuve faible</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>des facteurs de risque familiaux, conjugaux, psychologiques</b></li> </ul> <p>Cependant il n'y a pas toujours une cohérence entre les données présentées et les résultats. On a plus l'impression qu'il y a une analyse quantitative plutôt que qualitative des résultats. <b>Pour cette raison les résultats ne seront pas cités dans l'analyse détaillée.</b></p>

**Tableau 6** Synthèse des études quantitatives, cas-témoin, rétrospectives

Articles (titre, auteur, date publication)	Population étudiée (cas=IVG itérative, témoin=1 <sup>ère</sup> IVG)	Facteurs étudiés	Grille de lecture, Biais, niveau de preuve	Principaux résultats
<b>Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG répétées: étude épidémiologique sur le risque de répétition de l'IVG</b> Garel M., Crost M., Kaminski M. 1997 [22]	CIVG hôpital Saint Jacques ,Nantes de 07/1990 à 12/1992, Cas : 190 femmes ayant réalisée au moins 3 IVG Témoin : 190 ayant réalisée 1 seule IVG en même temps que la première IVG des cas	Caractéristiques sociodémographiques des femmes lors de la première IVG Motifs invoqués Evolution entre la première et la dernière IVG pour le groupe cas	STROBE : 4.56/10 Biais : recrutement, témoins ont pu réaliser des IVG dans d'autres centres, données sur dossier <b>Niveau de preuve faible</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent lors de leur première IVG par : ✓ <b>âge plus précoce, moins souvent de contraception</b> ✓ <b>situation conjugale instable</b> ✓ <b>problèmes de chômage</b> Evolution des caractéristiques chez les femmes ayant plusieurs IVG (3 ou plus) : ✓ <b>naissance d'un ou plusieurs enfants entre 1<sup>ère</sup> et dernière IVG</b> ✓ <b>grossesses rapprochées</b> ✓ <b>instabilité conjugale perdue</b>
<b>Les IVG répétées en France: analyse des bulletins statistiques d'IVG</b> Kaminski M., Crost M., Garel M. 1997 [30]	Bulletins statistiques d'IVG (BIG) de l'année 1990 en France métropolitaine 167579 femmes ayant eu recours à l'IVG : cas=22%, témoin=78%	Caractéristiques sociodémographiques, issue des grossesses antérieures et leur calendrier, âge de la première grossesse	Grille STROBE : 7.73/10 <b>Niveau de preuve Fort</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : ✓ <b>début précoce dans leur vie reproductive</b> ✓ <b>âge plus avancé, ont plus souvent des enfants, en nombre plus important</b> ✓ <b>situation conjugale instable : plus souvent célibataires, divorcées ou séparées</b> ✓ <b>difficultés sociales : sont plus souvent au chômage, femme au foyer</b> ✓ <b>il y a plus de femmes de nationalité étrangère</b>
<b>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 grossesse itératives</b> Douvier S. et al. 2001 [16]	Seulement deuxième partie étude incluse CHU de Dijon, 1996, 343 femmes faisant une demande d'IVG cas=21.6% témoin=78.4%	Caractéristiques sociodémographiques ATCD gynécologique Contraception Consultation post IVG Facteurs psycho-sociaux économiques	Grille STROBE : 6.36/10 Biais : conclusion ne s'appuie pas sur les résultats de l'étude <b>Niveau de preuve intermédiaire</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : ✓ <b>âge précoce première grossesse, première IVG</b> ✓ <b>ont plus souvent des enfants en nombre plus élevé</b> ✓ <b>plus de femmes au foyer, de personnel de service, de chômeuses et de cadre moyen et moins d'étudiante. En corrigeant le facteur âge il n'y a aucune différence statistiquement significative en fonction des catégories socioprofessionnelles.</b>
<b>L'interruption volontaire de grossesse: étude des facteurs de risque de récurrence</b> Pascal C. 2001 [47]	CHU Nord de Marseille, janvier 2000 à février 2001, 300 femmes faisant une demande d'IVG cas=47% témoin=53%	Age, Caractéristiques socio-économiques Passé gynéco-obstétrical, vécu psychologique IVG Motif grossesse actuelle, contraception	Grille STROBE:6.8/10 Biais de recrutement, pas de réponse au questionnaire par la moitié des femmes <b>Niveau de preuve intermédiaire</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : ✓ <b>âge et nombre d'enfant augmentent avec le nombre d'IVG</b> ✓ <b>taux de chômage plus élevé et le nombre de femmes au foyer est maximal chez les femmes qui ont eu plus de deux IVG.</b> ✓ <b>étudiantes moins nombreuses.</b> ✓ <b>conditions de vie plus difficiles lorsque le nombre d'IVG augmente.</b> ✓ <b>plus souvent suivies par un gynécologue à l'hôpital</b> ✓ <b>âge première IVG précoce</b>

Articles (titre, auteur, date publication)	Population étudiée (cas=IVG itérative, témoin=1 <sup>ère</sup> IVG)	Facteurs étudiés	Grille de lecture, Biais, niveau de preuve	Principaux résultats
<b>Incidence de la violence dans l'enfance sur les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse et application en médecine générale</b> Uguen-Mars C. 2002 [53]	CIVG de Blois de janvier à juin 1999, 318 femmes faisant une demande d'IVG cas=34% témoin=66%	Profil socio-psychologique Violence dans l'enfance	Grille STROBE : 7.27/10 <b>Niveau de preuve Fort</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>tendance non significative à avoir subi des agressions sexuelles dans l'enfance</b></li> <li>✓ <b>difficulté à suivre une contraception efficace</b></li> <li>✓ <b>instabilité dans la vie de couple</b></li> <li>✓ <b>existence d'antécédent psychiatrique</b></li> <li>✓ <b>nombre plus élevé de fausses couches spontanées</b></li> </ul>
<b>IVG à répétition : facteurs de risque et réflexion sur les moyens de prévention</b> Wong-Chi-Man C. 2009 [58]	CIVG de Perpignan, de janvier 2008 à septembre 2008, 1053 femmes venant pour demande IVG Cas=37% Témoin=63%	Profil patiente Eléments médicaux Consommation tabac	Grille STROBE : 7.73/10 <b>Niveau de preuve fort</b> Partie qualitative exclue car mauvaise méthodologie (en fait étude de cas par questionnaire)	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>plus âgées</b></li> <li>✓ <b>moins d'étudiantes</b></li> <li>✓ <b>plus souvent aucune activité professionnelle</b></li> <li>✓ <b>fument plus souvent</b></li> <li>✓ <b>ont autant un moyen de contraception mais plus souvent une contraception orale et moins le préservatif</b></li> <li>✓ <b>utilisent plus la contraception d'urgence</b></li> <li>✓ <b>femmes ayant une IVG chirurgicale tardive plus nombreuses</b></li> <li>✓ <b>analyse multivariée en corrigeant le facteur âge : utilisation du préservatif et activité professionnelle ne sont plus significativement différentes.</b></li> </ul>
<b>Interruptions volontaires de grossesse itératives : recherche d'un profil socio-économique</b> Dugourd L. 2009 [18]	CH intercommunal Annemasse-Bonneville de 06 à 12/2008, 111 femmes venant pour une IVG cas=41.4%, témoin=58.5%	Situation socio-économique ATCD obstétricaux Contraception	Grille STROBE:6.36/10 Biais : recrutement, faible population, manque puissance <b>Niveau de preuve intermédiaire</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>plus souvent affiliées à la CMU ou ne possédant pas de mutuelle</b></li> <li>✓ <b>plus souvent locataires</b></li> <li>✓ <b>leur couple est plus souvent instable</b></li> <li>✓ <b>nombre d'enfants plus élevé</b></li> <li>✓ <b>âge de la première grossesse et de la première IVG précoce</b></li> </ul>
<b>Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives : enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009</b> Lafaysse M. 2010 [33]	CPEF, CIVG, médecins libéraux en Aquitaine de 06 à 09/2009 813 femmes venant pour une demande d'IVG. Cas=38.8% Témoin=61.2%	Prise contact avec le centre d'IVG Caractéristiques démographiques, socio-économiques Histoire familiale, sexuelle	Grille STROBE : 8.64/10 <b>Niveau de preuve fort</b>	Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>moins souvent des enfants</b></li> <li>✓ <b>autant en couple</b></li> <li>✓ <b>plus souvent une expérience négative précoce dans l'entourage familial ou proche : séparation des parents, tentative de suicide à l'adolescence, violences pendant l'enfance et l'adolescence.</b></li> <li>✓ <b>Plus souvent confrontées à des violences conjugales actuelles</b></li> </ul>

Articles (titre, auteur, date publication)	Population étudiée (cas=IVG itérative, témoin=1 <sup>ère</sup> IVG)	Facteurs étudiés	Grille de lecture, Biais, niveau de preuve	Principaux résultats
<p><b>Y a-t-il un lien entre les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse pour une femme et l'existence de violences conjugales au sein de son couple ?</b> Gaspard E. 2011 [24]</p>	<p>CIVG de Blois, d'avril à octobre 2010, questionnaire 371 femmes ayant recours à l'IVG Cas=28.8% Témoin=71.2%</p>	<p>Caractéristiques sociales Victimes de violences, Lesquelles ? Lien entre IVG et violence ?</p>	<p>Grille STROBE:6.8/10 <b>Niveau de preuve fort</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>victimes de violences conjugales: sexuelles, physiques, verbales, psychologiques, économiques</b></li> <li>✓ <b>analyse multivariée : ne pas travailler, avoir plusieurs enfants et être victime de violences conjugales, risque d'IVG itérative</b></li> </ul>
<p><b>Interruptions volontaire de grossesse itératives : étude transversale du comportement vis-à-vis de la contraception et d'autres facteurs chez les femmes ayant une IVG de rang 1 ou rang « n » dans un centre de gynécologie</b> Schiano A. 2012 [50]</p>	<p>Hôpital de la Conception, Marseille, de juin à septembre 2011, questionnaire 122 femmes ayant recours à l'IVG, cas=45% Témoin=55%</p>	<p>Conditions sociales Antécédents médicaux IVG actuelle Désir grossesse Influence et soutien de l'entourage Facteurs environnementaux, préventifs et curatifs</p>	<p>Grille STROBE : 6.8/10 Biais : recrutement, manque de puissance <b>Niveau de preuve intermédiaire</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>plus âgées</b></li> <li>✓ <b>situation familiale plus stable</b></li> <li>✓ <b>moins souvent avec un emploi</b></li> <li>✓ <b>plus addictes au tabac</b></li> <li>✓ <b>souhaitent moins souvent en post-IVG la pilule et plus le DIU</b></li> <li>✓ <b>contraception post IVG moins souvent en accord avec souhait de la patiente</b></li> <li>✓ <b>analyse multivariée par tranche d'âge, pas de résultat significatif</b></li> </ul>
<p><b>L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité</b> Bajos N., Prioux F., Moreau C. 2013 [6]</p>	<p>France métropolitaine, entre avril et juin 2007, questionnaire 6412 femmes se présentant pour une IVG dans des CIVG tirés au sort, cas=33%, témoin=67% (Données de l'enquête nationale sur les femmes ayant recours à l'IVG conduite par le DREES en 2007)</p>	<p>Caractéristiques sociodémographiques, Contraception Parcours de soins</p>	<p>Grille STROBE : 9.1/10 <b>Niveau de preuve fort</b></p>	<p>Femmes qui ont recours à des IVG itératives se caractérisent par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>plus âgées</b></li> <li>✓ <b>moins d'étudiantes même après ajustement de l'âge.</b></li> <li>✓ <b>utilisent plus souvent un moyen de contraception et plus souvent une méthode médicale fiable</b></li> <li>✓ <b>déclarent plus souvent que le moyen de contraception ne convient pas, oublie plus souvent la pilule.</b></li> <li>✓ <b>en post IVG le DIU et l'implant sont davantage proposés.</b></li> </ul>

## 2. Résultats détaillés

### a) Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau 7** Etudes qualitatives, hypothèses sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui subissent des IVG itératives

Garel et al. 1996 [21]	Femmes qui ont recours à des IVG répétées sont issues de familles plus nombreuses, elles ont eu tôt leur première grossesse, elles vivent souvent seules
Birrien 2004 [7]	Elles ont eu tôt leur première grossesse. Elles sont majoritairement en couple, pas de difficulté économique.

**Tableau 8** Etudes quantitatives, caractéristiques sociodémographiques de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquente	Pas de différence	Moins fréquente
plus âgées	4 études [30] [53] [58] [6] 1 étude [47] 2 études [33] [50]	2 études [16] [18]	
célibataires		1 étude [58] 3 études [47] [18] [50]	2 études [30] [53]
ne vivent pas en couple	1 étude [6]	1 étude [33]	1 étude [53]
Femmes divorcées, séparées	1 étude [30]		
Catégorie socioprofessionnelle par tranche d'âge		1 étude [16] 1 étude [58]	
avec un emploi	1 étude [58]	1 étude [53] 1 étude [18]	1 étude [30] 1 étude [47] 1 étude [50]
Etudiantes			4 études [30] [53] [58] [6] 1 étude [47] 1 étude [16]
sans emploi	1 étude [53] 1 étude [58]		1 étude [50]
Femmes au foyer	1 étude [30] 1 étude [47] 1 étude [16]		
Chômage	2 études [30] [33] 1 étude [47] 1 étude [16]		
ont plus souvent des enfants, en nombre plus important	2 études [30] [53] 2 études [16] [18] 3 études [47] [50] [6]		1 étude [33]
Age première grossesse et /ou première IVG jeune	1 étude [30] 3 études [16] [47] [18] 1 étude [22]		
Conditions de vie difficiles	1 étude [33] 1 étude [47]		
Addiction au tabac	1 étude [58] 1 étude [50]	1 étude [18]	
bénéficiaires de la CMU	1 étude [18]		
Femmes n'ayant pas de couverture mutuelle	1 étude [6] 1 étude [18]		
Locataires	1 étude [18]		
Problème de logement	1 étude [33]		

b) *Les motifs de demande d'IVG*

**Tableau 9** Etudes qualitatives, hypothèses sur les motifs de demande d'IVG des femmes qui subissent des IVG itératives

Mattauer et al. 1984 [40] [41]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ motifs psychologiques et familiaux prédominants</li> <li>✓ difficultés avec les enfants actuels sont souvent citées</li> <li>✓ implications psychoaffectives seraient déterminantes dans les choix des IVG répétées</li> </ul>
Garel et al. 1996 [21]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ motifs prédominants : difficultés et instabilité relationnelles, difficultés économiques.</li> <li>✓ motifs d'une IVG à l'autre sont globalement les mêmes.</li> </ul>
Birrien 2004 [7]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ motifs rationnels plus souvent invoqués: nombre d'enfant suffisant, problème d'âge, absence de désir d'enfant, problème de couple, incompatibilité avec la vie professionnelle</li> <li>✓ motifs latents apparus au cours des entretiens : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ grossesses deviennent impossibles car elles arrivent à des moments particuliers (divorce, retour de couche...) ou ravivent certains deuils non faits (1<sup>ère</sup> IVG, fausse-couche, dates anniversaires d'un deuil), mais les femmes ne font pas le lien</li> <li>▪ grossesses interviennent dans une période de crise conjugale chez des femmes qui ont des difficultés relationnelles.</li> <li>▪ quête d'identité féminine. Elles ont souvent des problématiques féminines non résolues directement liées à leur relation et à leur construction vis-à-vis de leur mère.</li> </ul> </li> </ul>

**Tableau 10** Etudes quantitatives, motifs des demandes d'IVG de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquent	Pas de différence	Moins fréquent
Incompatibilité avec profession			1 étude [18]
Motifs sociaux-économiques	1 étude [53]	1 étude [18]	
Motifs familiaux		1 étude [18]	1 étude [53]
Instabilité conjugale	1 étude [30]		
Pour tous les motifs		1 étude [47]	

c) *Caractéristiques socioculturelles*

**Tableau 11** Etudes qualitatives, hypothèses sur les caractéristiques socioculturelles des femmes qui subissent des IVG itératives

Mattauer et al. 1984 [40] [41]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pratique de la religion semble atténuer le risque de répétition de l'IVG par rapport aux femmes non pratiquantes.</li> <li>✓ femmes avec une scolarité difficile répètent plus souvent</li> <li>✓ femmes avec niveau d'étude élevé répètent plus souvent</li> </ul>
Morgny et al. 2005 [43] [44]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes originaires du Maghreb : recours aux IVG semble avoir un lien direct avec la culture. Le couple n'ayant de place que dans sa finalité procréatrice, l'utilisation de la contraception rentre en conflit avec le « devoir d'enfant ».</li> </ul>

**Tableau 12** Etudes quantitatives, caractéristiques socioculturelles de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquente	Pas de différence	Moins fréquente
Nationalité étrangère	1 étude [30]		
Femmes nées en Afrique du Nord	1 étude [6]		
Religion		1 étude [47]	
Bas niveau d'étude	1 étude [6] 1 étude [47]	2 études [18] [50],	
Haut niveau d'étude	1 étude [50]	1 étude [18]	1 étude [47]

d) *Caractéristiques socio psychologiques, relationnelles***Tableau 13** Etudes qualitatives, hypothèses sur les caractéristiques relationnelles, psychologiques des femmes qui subissent des IVG itératives

<b>1) Relationnelles</b>	
	<b>Familiales</b>
Mattauer et al. 1984 [40] [41]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ abandon et instabilité géographique et sociale sont des facteurs de risque de répétition</li> <li>✓ image parentale défectueuse : risque de répétition est 3 fois plus important</li> </ul> <p>Ce vécu personnel entraîne des modifications d'identification et d'investissement affectif. Il semble qu'un conflit intrapsychique prend son origine quand la relation mère-fille est mal vécue et que la mère est ressentie comme possessive.</p>
Garel et al. 1996 [21]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ mauvaises relations avec leur mère : manque d'amour, relations « détestables », relations étouffantes</li> <li>✓ ½ des femmes mauvaises relations avec leur père : relations distantes ou trop rares, relations trop proches ou ambiguës, alcoolisme, violence de leur père (une femme victime d'inceste)</li> </ul> <p>L'instabilité, la violence des relations subies pendant l'enfance sont répétées à l'âge adulte. Les femmes qui répètent les IVG ont une façon de faire qui est une tentative d'échapper à cette fatalité et qui, malgré leur désir d'avoir des enfants, pensent ne pas pouvoir répondre à leurs besoins.</p>
Birrien 2004 [7]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Moitié des femmes souvenir d'un mauvais climat familial pendant l'enfance</li> <li>✓ images parentales défectueuses et carencielles à 81% envers père et 72% envers mère</li> <li>✓ père souvent défaillant et mère qui a la toute puissance, ça majore le lien de dépendance mère-fille</li> </ul> <p>Les femmes confrontées aux plus grandes difficultés relationnelles pendant l'enfance sont dans une situation précaire sur ce plan à l'âge adulte. Instabilité reproduite à l'âge adulte et se retrouve dans la répétition de grossesse.</p>
	<b>Conjugales</b>
Mattauer et al. 1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pas plus de difficultés affectives dans leur couple que les femmes qui font une IVG pour la première fois. Par contre il existe une prépondérance des difficultés sexuelles</li> </ul>
Birrien 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ relations de couple difficiles et instables pour plus de la moitié des femmes</li> <li>✓ image du père défaillant rend l'union avec le partenaire plus faible</li> <li>✓ la majorité des récidivistes ne se sentent pas soutenues voire délaissées par leur partenaire</li> </ul>
	<b>à la sexualité</b>
Birrien 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 56% femmes ont premier rapport sexuel plus jeune que population générale</li> <li>✓ 67% des femmes ont eu un mauvais souvenir de ce rapport</li> <li>✓ peu de plaisir et vision procréative de la sexualité</li> </ul> <p>Il est possible qu'une sexualité adulte problématique et peu sécurisante favorise le risque de mauvais contrôle de la fécondité</p>
	<b>Avec leurs enfants</b>
Mattauer et al.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes qui ont des difficultés avec un enfant, risque de répétition doublé</li> </ul>
	<b>Avec le fœtus, l'enfant à venir</b>
Mattauer et al. 1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ si femme a une image relationnelle sociale du fœtus (c'est au moment où il naît que l'embryon devient humain), risque de récurrence plus important</li> <li>✓ femme a plus souvent un vécu névrotique de l'enfant à venir (enfant vécu comme le symptôme problématique de la mère ou du couple). Si le vécu de l'enfant est névrotique c'est le plus souvent en tant que réparateur ou de revendication phallique</li> </ul> <p>L'enfant à venir représente donc autre chose que lui-même. Il est aussi la recherche, la revendication d'identité féminine, mise en scène sous la forme d'une grossesse, qui confrontée à la réalité ne pourra advenir.</p>
Birrien 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ dès lors que le nombre désiré d'enfant est atteint, certaines femmes ont recours à l'IVG à répétition, parfois pour exprimer leur refus de maternité à leur conjoint</li> </ul>

2) Caractéristiques psychologiques	
Mattauer et al. 1984	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes qui répètent l'avortement : traits de personnalité déterminés plus souvent par de la passivité, de la dépendance et de l'immaturation</li> <li>✓ plus souvent tendances dépressives, sadomasochistes qui marquent fragilité psychologique</li> <li>✓ femmes qui ont eu des traitements psychiatriques plus à risque de répéter l'avortement</li> </ul>
Birrien 2004	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ pas de profil psychologique ou de trouble de la personnalité propres aux multiavortantes</li> <li>✓ elles sont plutôt inhibées avec une tendance à démissionner devant les difficultés, voire les refuser, ou au contraire, impulsives, dominent mal leurs émotions, volubiles avec tendance à rationaliser leur conduite</li> <li>✓ certaines ont des tendances dépressives surtout face à un deuil de leur grossesse avortée qu'elles doivent faire dans le silence</li> <li>✓ 2 récidivistes semblent avoir une personnalité masochiste (douleurs physiques que l'on s'inflige pour se punir).</li> <li>✓ problématique mère-fille semble très présente. Elles évoquent toutes leur mère dans les entretiens, la grossesse étant le lieu de résurgence des liens familiaux. Ainsi le lien entre avortement et relation maternelle semble quasiment permanent</li> </ul> <p>Les troubles d'indifférenciation à la mère sont une des bases de la compréhension des avortements répétés. Ces troubles semblent basés sur la culpabilité et le désir de réparation de la fille envers sa mère, ils constitueraient le nœud de la situation féminine.</p>

**Tableau 14** Etudes quantitatives, caractéristiques relationnelles et psychologiques de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquente	Pas de différence	Moins fréquente
Bonnes relations avec les parents		1 étude [53]	
Séparation des parents	1 étude [33]		
Mauvais climat familial enfance	1 étude [33]		
Expérience négative jeune	1 étude [33]		
Stabilité vie conjugales	1 étude [50]		1 étude [18]
parler sexualité à l'entourage			1 étude [53]
ATCD psychiatrique	1 étude [53]		
TS à l'adolescence	1 étude [33]		

e) *Histoire gynéco-obstétricale*

**Tableau 15** Etudes qualitatives, hypothèses sur l'histoire gynéco-obstétricale des femmes qui subissent des IVG itératives

Mattauer et al. 1984 [40] [41]	✓ femmes qui ont eu des problèmes somatiques lors des grossesses précédentes ont plus de risque de répéter l'avortement.
Birrien 2004 [7]	✓ taux de fécondité très élevé : 81% des femmes ont eu entre 4 et 10 grossesses.

**Tableau 16** Etudes quantitatives, caractéristiques de l'histoire gynéco-obstétricale de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquent	Pas de différence
Délai entre IVG et dernière grossesse court	1 étude [30] 1 étude [16] 1 étude [22]	
Terme grossesse au moment de l'IVG	IVG chirurgicale tardive (12SA-14SA) 1 étude [58]	1 étude [30] 3 études [16] [18] [50]
Méthode IVG		2 études [30] [58] 1 étude [50] 1 étude [47]
Vécu IVG		1 étude [47]
Suivi gynécologique hospitalier	1 étude [47]	
ATCD de fausse couche spontanée	1 étude [53]	1 étude [30]

f) *Violences passées et présentes*

**Tableau 17** Etudes qualitatives, hypothèses sur les violences présentes ou passées pour les femmes qui subissent des IVG itératives

Garel et al. 1996 [21]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 23% des femmes : climat familial pendant l'enfance marqué par de la maltraitance physique ou morale</li> <li>✓ violence semble reproduite à l'âge adulte</li> <li>✓ femmes donnent l'impression de vouloir échapper à cette fatalité, mais malgré un désir d'enfant, elles pensent ne pas pouvoir répondre à leur besoin.</li> </ul>
Morgny et al. 2005 [43] [44]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ plus de la moitié des femmes : épisodes de violence au long cours.</li> <li>✓ pour la moitié : violences sexuelles et l'autre moitié violences physiques</li> <li>✓ violences psychologiques présentes dans le parcours de toutes ces femmes</li> </ul> <p>Ce climat fait que ces femmes ont des difficultés à se construire, à se respecter. L'avortement traduit-il une violence que les femmes se font à elles-mêmes ?</p>

**Tableau 18** Etudes quantitatives Violences présentes ou passées de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquente	Pas de différence
Violence conjugale tout type	2 études [33] [24]	1 étude [50]
Violence sexuelle à l'âge adulte		1 étude [53]
Violence dans l'enfance	1 étude [33]	1 étude [53]
Violence sexuelle pendant l'enfance	1 étude [53]	

g) *Désir d'enfant, contraception*

**Tableau 19** Etudes qualitatives, hypothèses sur le désir d'enfant, la contraception des femmes qui subissent des IVG itératives

Mattauer et al. 1984 [40] [41]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes bien informées sur les moyens de contraception, pas plus de contre-indication physique que les femmes qui viennent pour la 1<sup>ère</sup> IVG.</li> <li>✓ utilisent majoritairement une contraception mais l'abandonnent ou la changent plus souvent</li> <li>✓ résistances à la contraception sont surtout liées à l'ambivalence par rapport au désir d'enfant.</li> </ul>
Garel et al. 1996 [21]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes ont de bonnes connaissances sur les moyens de contraception</li> <li>✓ ambivalence par rapport au désir d'enfant qui fait que la contraception est mal utilisée.</li> </ul>
Birrien 2004 [7]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes semblent avoir de bonnes connaissances sur la contraception</li> <li>✓ les femmes qui ont des lacunes : pas d'effort fait pour approfondir leurs connaissances sur le contrôle de leur fécondité</li> <li>✓ comportement vis-à-vis de la contraception est dominé par un conscient mal maîtrisé par immaturité ou par inconscience réelle, selon les cas</li> <li>✓ réelle ambivalence entre désir d'être enceinte ou d'être mère.</li> </ul>
Morgny et al. 2005 [43] [44]	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ femmes victimes de violences : plus de difficulté à poursuivre une contraception régulière.</li> <li>✓ examens gynécologiques souvent refusés, impossibilité d'utiliser le stérilet.</li> </ul>

**Tableau 20** Etudes quantitatives, utilisation contraception de la population IVG itératives par rapport à la population première IVG

	Plus fréquente	Pas de différence	Moins fréquente
Présence contraception avant IVG	1 étude [6] 1 étude [18]	2 études [58] [33] 3 études [16] [47] [50]	
Préservatif utilisé			1 étude [58] 1 étude [18] 3 études [16] [53] [50]
Pilule utilisée	1 étude [58] 1 étude [18] 3 études [16] [53] [50]		
Méthode médicale prescrite	1 étude [6]		
Cause échec contraception		2 études [16] [47]	
Oubli de la pilule	1 étude [6]	1 étude [50]	
contraception ne convient pas	1 étude [6]		
pilule moins demandée en post-IVG, stérilet plus demandé	3 études [16] [47] [50]		
contraception d'urgence utilisée	1 étude [58]	2 études [18] [50]	
Connaissance sur la contraception		1 étude [18]	
prescription post IVG en accord avec souhait femme			1 étude [50]
Contraception prescrite en post-IVG		1 étude [6] 2 études [18] [50]	

## IV. DISCUSSION

### A. Synthèse des résultats et des niveaux de preuve

#### 1. Caractéristiques sociodémographiques

Les études qualitatives ont permis de faire les hypothèses suivantes :

- ✓ les femmes qui ont recours à des IVG itératives ont eu tôt leur première grossesse
- ✓ elles sont majoritairement en couple même si elles vivent plus souvent seules
- ✓ elles n'expriment pas de difficultés économiques

Les études quantitatives confirment que les femmes qui ont recours à plusieurs IVG ont eu tôt leur première grossesse avec un niveau de preuve fort : Garel et al. 1997 [22], Kaminski et al. 1997 [30], Douvier et al. 2001 [16], Pascal 2001 [47], Dugourd 2009 [18].

Elles retrouvent que les femmes sont majoritairement en couple voire plus souvent que les témoins selon les études. Par contre, pour les femmes vivant seules, on ne peut pas tirer de conclusion, car seulement deux études ont présenté les données sous cette forme et les résultats sont contradictoires.

Le fait que les femmes n'expriment pas de difficultés économiques ne semble pas correspondre à la réalité. On observe avec un niveau de preuve fort que les femmes au chômage, sans emploi, bénéficiant de la CMU ou n'ayant pas de couverture mutuelle sont plus représentées chez les femmes qui ont recours à des IVG itératives. De plus, deux études ont mis en avant qu'elles ont plus souvent des conditions de vie difficiles : Pascal 2001 [47], Lafaysse 2010 [33]. Pour l'étude Lafaysse 2010, ces difficultés sont liées aux problèmes économiques avec un niveau de preuve fort. Une étude, Dugourd 2009 [18], a montré qu'elles étaient plus souvent locataires (niveau de preuve intermédiaire) et une étude, Lafaysse 2010 [33], a montré qu'elles avaient plus souvent des problèmes de logement (niveau de preuve fort). Tous ces éléments laissent penser que les femmes qui ont des difficultés économiques au quotidien sont plus à risque de subir des IVG répétées.

Les étudiantes sont moins représentées dans la population « IVG itératives » avec un niveau de preuve fort. Dans l'étude, Douvier et al 2001 [16], les catégories socioprofessionnelles ont été comparées par tranche d'âge et il n'est pas observé de différence entre les deux groupes, avec un niveau de preuve intermédiaire. L'étude, Bajos et al. 2013 [6] retrouve, après correction du facteur âge, la persistance d'une proportion plus élevée d'étudiantes dans les femmes qui ont recours à une première IVG.

Par contre pour les femmes qui ont un emploi, les résultats diffèrent. Il semblerait qu'elles soient plus souvent sans emploi, mais on ne peut pas conclure sur cette caractéristique.

D'autres résultats non mis en avant par les études qualitatives semblent caractériser les femmes qui ont des IVG itératives. Elles sont plus âgées : Kaminski et al. 1997 [30], Pascal 2001 [47], Wong Chi Man 2009 [58], Lafaysse 2010 [33], Schiano 2012 [50], Bajos et al. 2013 [6]. Ce résultat semble logique car les femmes qui ont recours des IVG multiples sont comparées aux femmes qui viennent pour une première IVG. Il semble aussi que les femmes ont plus souvent des enfants, en nombre plus important (résultat retrouvé dans 7 études) ; mais une étude avec un niveau de preuve fort contredit ce résultat : Lafaysse 2009 [33] (nombre important de femmes incluses, étude multicentrique). Ce résultat est peut-être le reflet que les femmes jeunes sont de plus en plus représentées dans les femmes qui ont recours à plusieurs IVG comme le conclut l'étude, Bajos et al. 2013 [6], dans sa première partie sur l'évolution des IVG itératives de 1990 à 2007.

On peut conclure que les femmes qui subissent des IVG itératives, par rapport aux femmes qui ont recours à une première IVG, présentent comme caractéristiques sociodémographiques :

- ✓ plus âgées
- ✓ âge de la première grossesse, de la première IVG, précoce
- ✓ plus souvent des conditions de vie difficiles et des difficultés économiques (contrairement à l'hypothèse de l'étude Birrien 2004 [7])

## 2. Motifs des demandes d'IVG

D'après les études qualitatives, les motifs familiaux et psychologiques prédominent : difficultés et instabilité conjugales, difficultés avec leur enfant. Dans l'étude, Birrien 2004 [7], il est observé que les femmes évoquent des motifs rationnels pour justifier leur avortement.

Au cours des entretiens, il apparaît des motifs latents : ces grossesses interviennent à des moments particuliers de leur vie avec une quête d'identité féminine, mais quand les femmes sont confrontées à la réalité de leur grossesse, celle-ci devient impossible.

Les études quantitatives ne permettent pas de mettre en avant une différence des motifs invoqués chez les femmes qui ont recours à des IVG itératives et les femmes qui subissent une première IVG. Peut-être cette absence de différence est liée au fait que les femmes évoquent des motifs « rationnels ».

### 3. Caractéristiques socioculturelles

Dans les études qualitatives, il semble que les femmes qui ont eu une scolarité difficile répètent plus souvent, même si un niveau d'éducation élevé ne permet pas de limiter la répétition de l'IVG. Les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne semblent être plus confrontées à la répétition de l'IVG pour des raisons culturelles.

Les études quantitatives semblent confirmer que les femmes de nationalité étrangère, d'origine d'Afrique du Nord sont plus exposées au risque de répétition. Cependant ce facteur n'a été étudié que par deux études : Kaminski et al. 1997 [30], Bajos et al. 2013 [6]. De plus, dans la plupart des études, la barrière de la langue a exclu les femmes d'origine étrangère ne maîtrisant pas le français.

Dans les études quantitatives, les résultats sur le niveau de scolarité des femmes sont divergents d'une étude à l'autre et nous ne pouvons conclure. La notion de scolarité difficile n'a pas été étudiée.

### 4. Caractéristiques socio psychologiques, relationnelles

Les études qualitatives mettent en avant des difficultés relationnelles dans plusieurs champs de leur vie :

- ✓ mauvaises relations parentales
- ✓ difficultés pendant l'enfance
- ✓ fragilité de la relation conjugale
- ✓ vision d'une sexualité procréative, avec peu de plaisir
- ✓ difficulté avec leur enfant
- ✓ enfant à venir est souvent vécu de façon névrotique

On ne retrouve pas de profil psychologique, de trouble de la personnalité propre aux femmes qui répètent les avortements. L'étude, Birrien 2004 [7], a mis en avant que la problématique mère-fille semble en relation, la plupart du temps, avec l'avortement.

L'étude quantitative, Lafaysse 2010 [33], a le plus étudié les problèmes relationnels dans l'enfance. Il semble que les expériences négatives précoces soit un facteur de risque de répéter l'avortement. Par contre les facteurs psychologiques ne sont pas traités dans les études quantitatives. Seule une étude retrouve, avec un niveau de preuve faible, que les femmes qui répètent l'IVG ont plus souvent des antécédents psychiatriques.

On peut donc supposer que des problèmes relationnels précoces dans la vie d'une femme, pouvant se reproduire à l'âge adulte, pourraient favoriser le recours aux avortements itératifs.

## 5. Histoire gynéco-obstétricale

Dans les études qualitatives, le fait d'avoir eu des antécédents somatiques lors des grossesses précédentes semble un facteur de risque de répéter l'IVG. De plus ces femmes semblent avoir un fort taux de fécondité (87.5% des femmes dans l'étude, Birrien 2004 [7], ont eu entre 4 et 10 grossesses).

Dans les études quantitatives, il n'est pas étudié les antécédents de grossesse difficile. Il semble que le délai entre les grossesses est plus court par rapport aux femmes qui viennent pour une première IVG (entre IVG actuelle et dernière grossesse quelle que soit son issue). Cet élément fait supposer aux auteurs que les femmes qui ont recours à des IVG itératives ont un taux de fécondité élevé.

La méthode utilisée pour l'IVG (médicamenteuse ou chirurgicale) ne semble pas être un facteur favorisant la répétition.

## 6. Violences passées ou présentes

Seule l'étude qualitative, Morgny et al. 2005 [43] [44], a mis en avant que plus de la moitié des femmes ont subies des violences au long cours et que pour la moitié, ce sont des violences sexuelles. Cette proportion semble étonnamment élevée. Cela peut s'expliquer par

le fait qu'il y a probablement un biais de recrutement (seulement 17 femmes incluses dans l'étude).

Dans les études quantitatives le fait que les femmes recourant à des IVG itératives sont plus victimes de violences conjugales semble confirmé. Dans l'étude, Lafaysse 2010 [33], les violences conjugales concernent 11,6% des femmes qui subissent des IVG multiples versus 4.7% des femmes venant pour la première IVG. Dans l'étude, Gaspard 2011 [24] c'est 33.6% versus 14.4%. Ce sont deux études avec un niveau de preuve fort. La différence de pourcentage entre les deux études peut résulter, en partie, que dans l'étude de Gaspard 2011, il a été pris en compte les violences économiques en plus des violences physiques, sexuelles et psychologiques.

Cependant pour les violences pendant l'enfance on ne peut pas conclure. L'étude, Uguen-Mars 2002 [53], ne retrouve pas de différence entre les deux groupes (24% versus 17%,  $p=0.12$ ), alors que l'étude, Lafaysse 2010 [33], retrouve plus de femmes victimes de violences dans l'enfance (32.6% versus 20.4%,  $p=0.00004$ )

Les femmes qui subissent des IVG itératives sont donc plus souvent victimes de violences conjugales et probablement de violences dans l'enfance. Cependant la part des violences dans le recours aux avortements répétés est moins importante que le laissait supposer l'étude de Morgny et al. 2005 [43] [44].

## 7. Désir d'enfant, contraception

Toutes les études qualitatives retrouvent que les femmes ont une bonne information sur la contraception. La mauvaise utilisation de celle-ci est probablement en rapport avec une ambivalence du désir d'enfant.

Les études quantitatives confirment que les femmes qui ont recours aux IVG itératives utilisent autant, voire plus fréquemment une contraception avant l'IVG, et qu'une méthode médicale sûre prescrite par un médecin est plus utilisée (niveau de preuve fort). Cependant les oublis semblent plus fréquents et elles expriment plus souvent que leur contraception ne leur convient pas. Les études montrent aussi que la prescription de la méthode contraceptive est peu adaptée pour ces femmes. Le plus souvent la contraception par voie orale est proposée en post-IVG et elles n'ont pas été informées de la possibilité de

la pose d'un DIU ou d'un implant progestatif. Il reste donc des progrès à faire sur l'information et la prescription contraceptive en post-IVG.

Il n'apparaît pas dans les études que les femmes considèrent l'avortement comme un moyen de contraception. Il semble que l'avortement s'inscrive dans l'histoire de ces femmes et que le désir d'enfant se heurte à leurs difficultés économiques et conjugales.

## 8. Synthèse et perspectives

On peut donc retenir d'après les études que les femmes qui ont recours à des IVG itératives peuvent présenter une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- ✓ sont plus âgées (niveau de preuve fort)
- ✓ ont eu tôt leur première grossesse (niveau de preuve fort)
- ✓ taux de fécondité important (niveau de preuve faible)
- ✓ sont confrontées plus souvent à des conditions de vie difficiles (niveau de preuve fort)
- ✓ les femmes étrangères ou originaires d'Afrique sub-saharienne sont plus à risque (niveau de preuve intermédiaire)
- ✓ ont plus souvent eu une enfance difficile avec des problèmes relationnels (niveau de preuve intermédiaire)
- ✓ sont plus souvent victimes de violences conjugales (niveau de preuve intermédiaire)

Des caractéristiques restent à explorer et à confirmer par des études:

- ✓ les problèmes non résolus de la relation mère fille sont-ils responsable du recours à l'IVG ?
- ✓ existe-t-il une vision seulement procréatrice de la sexualité en conflit avec la prise d'une contraception ?
- ✓ sont-elles plus victimes de violences dans l'enfance ?
- ✓ quelle est la place de l'ambivalence du désir d'enfant ?
- ✓ Pourquoi n'y a-t-il pas d'adhésion à une méthode contraceptive efficace ?

Les études qualitatives nous permettent de comprendre que l'IVG s'inscrit dans l'histoire de chaque femme, qu'elle prend place dans toute une série d'antécédents déstructurant.

Il existe plusieurs facteurs dans leur histoire familiale, conjugale, contraceptive qui font qu'une femme va subir plusieurs IVG ; et que même si on peut faire des regroupements entre ces histoires, il n'y a pas de profil type de femmes qui répètent l'IVG. D'ailleurs les études quantitatives ne permettent pas non plus de retrouver un profil type. Certes, comme nous l'avons vu, les femmes ont plus souvent une première grossesse ou une première IVG précoce, sont plus souvent confrontées à des difficultés sociales et relationnelles mais ce ne sont pas la majorité des femmes qui ont recours à des IVG itératives.

On constate dans les différentes études que les femmes ont de bonnes connaissances sur la contraception et qu'elles utilisent souvent une méthode « fiable ». Cependant l'usage est souvent aléatoire. Il est expliqué que les femmes qui sont victimes de violences, qui vivent dans des situations précaires sont moins réceptives à un moyen de contraception. Pourquoi ne trouve-t-on pas pour ces femmes un moyen de contraception adapté ? Que faut-il améliorer dans la prise en charge de l'IVG ?

Si on reprend les études et les articles récents qui analysent l'augmentation du recours aux IVG itératives en France on retrouve comme explication :

- « Finalement, plutôt qu'à des difficultés d'accès à la contraception, néanmoins bien présentes dans certains groupes socialement précaires, le recours multiple à l'IVG semble renvoyer avant tout à l'allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée en parentalité. La difficulté de suivre un parcours contraceptif sans failles tout au long de cette période est sans doute accentuée par le fait que la norme contraceptive (préservatifs en début de vie sexuelle, pilule dès que la relation affective se stabilise, et stérilet pour les femmes ayant eu deux enfants) reste figée alors que les modèles familiaux et les trajectoires sexuelles, et en particulier celles des femmes, se sont sensiblement modifiés au cours de ces dernières décennies » Bajos et al.2013 [6].
- « Cela traduit sans doute la diversification croissante des biographies génésiques, conjugales, amoureuses et sexuelles des femmes et, pour une part d'entre elles, au quotidien, l'usage de méthodes contraceptives insuffisamment adaptées à leurs situations de vie, malgré la large couverture contraceptive. Le choix d'interrompre (ou non) une grossesse est devenu un droit plus qu'un dernier recours » Mazuy et al. 2015 [42]

Dans l'analyse de l'augmentation du recours à l'IVG itérative une piste n'est pas explorée, alors que de nombreux soignants s'interrogent : existe-t-il un lien entre l'augmentation de l'IVG médicamenteuse précoce et celle des IVG itératives ?

La plupart des auteurs rappellent, pour ces femmes, le rôle fondamental de l'entretien post-IVG. Ce serait un temps de parole pour ces femmes, d'écoute, et de proposition d'une contraception adaptée à leur situation. La loi dit qu'avant et après l'IVG, un entretien psychosocial est systématiquement proposé aux femmes et réalisé par « une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé » (article L2212-4 du Code de la santé publique). Pour la femme mineure non émancipée, l'entretien pré-IVG est obligatoire (et pas le post-IVG). Mais dans la réalité ces entretiens sont rarement proposés [13]. Dans le projet de la loi de santé 2015, il n'y a pas de proposition pour améliorer l'application des entretiens psychosociaux et définir de façon plus précise leurs contenus et objectifs.

Dans l'objectif d'améliorer la prise en charge de l'IVG et d'éviter la répétition, de nouvelles études sont nécessaires. Par exemple, il serait instructif de réaliser une étude qualitative concernant les femmes qui ont recours à des IVG itératives, ayant pour objectifs de déterminer les barrages à l'utilisation d'une méthode contraceptive fiable et /ou l'interaction avec les professionnels de santé lors de la prescription d'un moyen contraceptif.

## **B. Les limites**

Dans cette revue systématique de la littérature, les études qualitatives ont pour la plupart un niveau de preuve faible et sont anciennes (la plus récente dont les résultats sont exploitables, date de 2005). Pour les études quantitatives, le principal défaut est que les objectifs sont souvent très larges et beaucoup de critères sont étudiés. De plus, les femmes qui ont recours à des IVG multiples sont comparées à des femmes qui subissent une première IVG et qui sont susceptibles elles-mêmes de répéter. On peut aussi remarquer que les études quantitatives tentent d'établir un « profil » de la femme qui a recours à plusieurs IVG. Et dans la discussion, pour comprendre la répétition, les auteurs s'appuient sur les études qualitatives.

Pour ce travail, la principale limite est qu'il n'y ait qu'un seul chercheur, l'auteur de cette thèse. Il peut donc y avoir un biais d'identification, de sélection des études. Le biais de sélection a été réduit en demandant l'avis d'un tiers sur l'éligibilité des études en cas de doute. Le biais d'identification a été réduit en reprenant de façon systématique la bibliographie de tous les articles traitant des IVG itératives. Le fait que deux travaux de thèses n'ont pas pu être consultés ne semble pas un biais majeur car ce sont des travaux anciens et toutes les thèses écrites avant 2000 ont été exclues. Un biais de recueil des données est aussi possible du fait des nombreuses données à recueillir pour chaque étude.

## V. CONCLUSION

Cette revue de la littérature systématique a permis partiellement de comprendre la répétition de l'IVG. En effet, il peut être établi, par cette étude, que les femmes qui ont recours à des IVG itératives présentent plus souvent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : un âge jeune à la première IVG, des difficultés économiques, des difficultés relationnelles et conjugales. Cependant, comme cela a été évoqué dans la discussion, ce travail ne permet pas de répondre à des questions essentielles pour comprendre la répétition ; par exemple : les femmes sont-elles plus victimes de violence dans l'enfance ? Pourquoi n'adhèrent-elles pas à une méthode contraceptive efficace ?

Devant ce constat, il est donc nécessaire de continuer les recherches sur le sujet et de commencer des travaux pour prendre des mesures afin d'améliorer la prévention.

En tant que médecin en soin primaire, ce travail nous a permis d'acquérir la méthodologie de revue systématique de la littérature, outil indispensable pour l'analyse critique de nos pratiques en médecine générale. Plus précisément sur les IVG itératives, notre pratique peut-être améliorée dès à présent. Il faut rechercher systématiquement les antécédents d'IVG chez les femmes. Si l'IVG a eu lieu à un âge précoce, nous savons que c'est un risque de répéter l'avortement. C'est donc à nous d'adapter notre prise en charge en proposant, par exemple, une consultation pour aborder la contraception. Devant les difficultés que peuvent avoir les femmes qui ont recours à des IVG itératives, il faut savoir rester attentif, vigilant et à leur écoute. Dans l'avenir, nous espérons que des recherches supplémentaires seront menées et qu'une conduite à tenir pour la prise de l'IVG sera disponible afin de réduire le nombre des IVG répétées.

Vu Le Président du Jury

Toulouse le 30.04.15

~~Professeur~~ **LE GUEVAQUE**  
 Chef de service  
 Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
 Clinique Générale et Gynécologique  
 CHU TOULOUSE Hôpital RANGUEIL  
 1, avenue Jean Poulhès - TSA 50032  
 31059 TOULOUSE CEDEX 9

Vu permis d'imprimer.  
 Faculté de Médecine  
 Toulouse-Rangueil  
 Le Doyen,  
 E. SERRANO

## VI. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Alouini S, Uzan M, Méningaud JP, Hervé C. 2002. Knowledge about Contraception in Women Undergoing Repeat Voluntary Abortions, and Means of Prevention. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 2002; 104 (1): 43-48.
- [2] Aussilloux MT, Mattauer B, Peyrot D. Approche psychologique de l'interruption volontaire de grossesse. *Annales Medico-Psychologiques*. 1982; 140 (8): 896-923.
- [3] Avortementivg.com. L'IVG à répétition augmente chez les moins de trente ans en France. 2013. Disponible: [www.avortementivg.com/node/1220](http://www.avortementivg.com/node/1220).
- [4] Bajos N, Lamarche-Vadel A, Gilbert F, Ferrand M, COCON Group, Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? ». *Human Reproduction*. 2006; 21 (11): 2862-2867.
- [5] Bajos N, Moreau C, Leridon L, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés*. 2004 décembre; 407.
- [6] Bajos N, Prioux F, Moreau C. L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2013; 61 (4): 291-98.
- [7] Birrien S. Démarches d'IVG répétées: Essai de compréhension. Analyse psychosociale de 16 entretiens de femmes au Centre de Planification Familiale du Centre Hospitalier de Quimper en 2002 [thèse médecine], France: Université de Bretagne occidentale; 2004.
- [8] Blayo.C. Le point sur l'avortement en France. *Population et Sociétés*. 1997 juin; 325.
- [9] Blayo C. L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. *Population*. 1995; 50 (3): 779-810.
- [10] Chabuet Broggio M. Les IVG à répétition [thèse médecine]. France: Lyon 1; 1988.
- [11] Chapurlat C. Interruptions volontaires de grossesse itératives: étude des caractéristiques d'une population donnée [mémoire de sage-femme]. France: Lyon 1; 2014.
- [12] Cohen D. Les répétitions d'interruption volontaire de grossesse: analyse des résultats d'un centre et revue de la littérature en vue de l'élaboration d'un protocole prospectif de réduction de ces répétitions [thèse médecine]. France: Paris 6, Saint Antoine; 1996.
- [13] CSIS. Rapport sur l'organisation du système de soins en matière d'IVG - Revue de presse. 2011. Disponible: <http://docireps971.canalblog.com/archives/2011/08/01/21712880.html> .

- [14] Curtis C, Huber D, Moss-Knight T. Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique. Numéro spécial de 2011: 31-36.
- [15] Dormoy B. Approche psychologique des interruptions volontaires de grossesse répétées: à propos de 25 cas examinés au centre d'orthogénie [thèse médecine]. France: Clermont-Ferrand 1; 1983.
- [16] Douvier S, Lordier-Huynh-Ba C, Rousseau T, Reynaud I. 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 grossesse itératives. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2001; 29 (3): 200-210.
- [17] Duffay E. Interruption volontaire de grossesse à répétition: pourquoi ? [mémoire de sage-femme]. France: Caen; 2007.
- [18] Dugourd L. Interruptions volontaires de grossesse itératives: recherche d'un profil socio-économique [mémoire de sage-femme].France: Grenoble 1; 2009.
- [19] Duprez D. 1977. Avortement à répétition. Contraception Fertilité Sexualité. 1977; 5 (1): 35-42.
- [20] En bref : Actualités Vie-publique.fr. Avortement : un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. 2015 janvier 16.  
Disponible: [www.vie-publique.fr/actualite/alaune/avortement-recours-moindre-ivg-mais-plus-souvent-repete-20150116.html](http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/avortement-recours-moindre-ivg-mais-plus-souvent-repete-20150116.html).
- [21] Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français. Contraception Fertilité Sexualité. 1996; 24 (1): 72-77.
- [22] Garel M, Crost M, Kaminski M. Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG répétées: étude épidémiologique sur le risque de répétition de l'IVG. In: P. Cesbron, auteur. Vingt ans d'interruption de grossesse en France: bilan et perspectives. Paris Flammarion sous presse; 1997. p. 101-04.
- [23] Garel M, Crost M, Kaminski M. 2001. IVG répétées, précarité sociale, précarité affective. In: Joubert M et al., auteurs. Précarisation, risque et santé. les éditions Inserm; 2001. p. 137-43.
- [24] Gaspard E. Y a-t-il un lien entre les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse pour une femme et l'existence de violences conjugales au sein de son couple ? [thèse médecine]. France: Tours; 2011.
- [25] Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 2015; 15 (157): 50-54.

- [26] Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015; 15 (157): 39-44.
- [27] Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*. 2015; 15 (157): 34-38.
- [28] Guerci S. Facteurs de récurrence d'interruption volontaire de grossesse: réflexion à partir de 60 entretiens [thèse médecine]. France: Nancy 1; 1992.
- [29] HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique; état des lieux. 2013. Disponible: [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- [30] Kaminski M, Crost M, Garel M. Les IVG répétées en France: analyse des bulletins statistiques d'IVG. *Contraception Fertilité Sexualité*. 1997; 25 (2): 152-58.
- [31] Lachcar P. Interruptions volontaires de grossesses répétées: aspects sociaux et psychologiques. In: Pons J.C., Venditteli F., Lachcar P., auteurs. *L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention*. Masson, Paris; 2004. p. 167-72.
- [32] Lacroux MO. Les IVG répétées: problème social, psychologique et contraception difficile [mémoire de sage-femme]. France: Poitiers; 1998.
- [33] Lafaysse M. Caractéristiques psychosociales des femmes réalisant des IVG itératives: enquête auprès de 813 femmes en Aquitaine en 2009 [thèse médecine]. France: Bordeaux 2; 2010.
- [34] Lang F, Berger M, Pellet J, Debout M, Marcon M. A propos de la personnalité des femmes ayant recours à des interruptions volontaires de grossesse répétées. *Annales Médico-Psychologiques*. 1980; 138 (8): 992-1002.
- [35] Lang F. L'avortement, la répétition: manie, tragédie ou effets narcissiques [thèse médecine]. France: Lyon, Université Claude Bernard; 1979.
- [36] Le Moulec A. Les interruptions volontaires de grossesse itératives au centre hospitalier de Lorient: étude sur dix années 1976-1985 [thèse médecine]. France: Rennes 1; 1988.
- [37] Le Quotidien du médecin. Augmentation du recours à l'IVG répétée en France, en particulier chez les moins de 30 ans. 2014. Disponible: [www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/augmentation-du-recours-l-ivg-repetee-en-france-en-particulier-chez-les-moi](http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/sante-publique/augmentation-du-recours-l-ivg-repetee-en-france-en-particulier-chez-les-moi).
- [38] Libération. Le recours à l'avortement diminue, mais se répète plus souvent. 2015. Disponible: [www.liberation.fr/societe/2015/01/15/le-recours-a-l-avortement-diminue-mais-se-repete-plus-souvent\\_1181011](http://www.liberation.fr/societe/2015/01/15/le-recours-a-l-avortement-diminue-mais-se-repete-plus-souvent_1181011).
- [39] Lignon B. Les interruptions volontaires de grossesses itératives [thèse médecine]. France: Nantes; 1980.

- [40] Mattauer B, Peyrot D, Aussilloux MT. Etude sur les demandes répétées d'IVG: fonction de la grossesse et problématique d'identité dans les IVG répétitives. *Contraception Fertilité Sexualité*. 1984; 12 (5): 679-83.
- [41] Mattauer B, Peyrot D, Aussilloux MT. Etude sur les demandes répétées d'IVG: mise en évidence de quelques facteurs caractéristiques, socio-culturels et psychologiques dans les répétitions des interruptions de grossesse. *Contraception Fertilité Sexualité*. 1984; 12 (4): 573-80.
- [42] Mazuy M, Toulemon L, Baril E. Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété. *Population et Sociétés*. 2015 janvier; 518.
- [43] Morgny C, Fiet. C. Interruptions volontaires de grossesse (IVG) : tenter de comprendre la répétition. Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne. 2005. Disponible: [www.ors-bourgogne.org/publication/interruptions-volontaires-de-grossesse-ivg-tenter-de-comprendre-la-repetition/](http://www.ors-bourgogne.org/publication/interruptions-volontaires-de-grossesse-ivg-tenter-de-comprendre-la-repetition/).
- [44] Morgny C, Taque R, Fromaget J. Interruptions volontaires de grossesse. Tenter de comprendre la répétition. *ADSP*. 2005 mars; n° 53-54.
- [45] Mouradian L. Seconde interruption volontaire de grossesse et dépression [thèse médecine]. France: Paris 13; 1988.
- [46] Novaes S. Les récidivistes. *Revue Française de Sociologie*. 1982; 23 (3): 473.
- [47] Pascal C. L'interruption volontaire de grossesse: étude des facteurs de risque de récurrence [thèse médecine]. France: Université d'Aix-Marseille II; 2001.
- [48] Pettex K. Interruptions volontaires de grossesse itératives: quel sens donner à ces grossesses impossibles? [mémoire de sage-femme]. France: Université Claude-Bernard Lyon 1; 2012.
- [49] Rossier C, Toulemon L, Prioux F. Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005. *Population*. 2009; 64 (3): 495-529.
- [50] Schiano A. Interruptions volontaires de grossesse itératives: étude transversale du comportement vis-à-vis de la contraception et d'autres facteurs chez les femmes ayant une IVG du rang 1 au rang « n » dans un centre de gynécologie sociale marseillais [mémoire de sage-femme]. France: Aix-Marseille; 2012.
- [51] Tamian-Kunegel I. L'interruption de grossesse à répétition. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*. 2000; 28 (2): 137-40.
- [52] Tietze C, Jain AK. Les règles mathématiques de l'IVG répétée : Analyse de sa progression. *Contraception, Fertilité, Sexualité*. 1980; 8 (2): 129-38.
- [53] Uguen-Mars C. Incidence de la violence dans l'enfance sur les demandes répétées d'interruption volontaire de grossesse et application en médecine générale [thèse médecine]. France: Université François Rabelais Tours; 2002.

- [54] Vermersch M. LCA. Médecine. Vernazobres-Grego. 2013.
- [55] Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG: diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. 2011; 1 (1): 116-47.
- [56] Vilain A, Mouquet MC. Les interruptions volontaires de grossesse en 2012. *Etudes et résultats, DREES*. 2014 juin; 884.
- [57] Weitten M. Les interruptions volontaires de grossesse répétées au centre hospitalier de Mulhouse et leur prévention [thèse médecine]. France: Université de Strasbourg; 2009.
- [58] Wong Chi Man C. IVG à répétition: facteurs de risque et réflexion sur les moyens de prévention [thèse médecine]. France: Université de Montpellier I; 2009.

## ANNEXE

### Contraception et IVG : la loi

**La loi n 67-1176 du 28 décembre 1967**, relative à la régulation des naissances, également appelée Loi NEUWIRTH, autorise la contraception et supprime des dispositions législatives antérieures (1920) qui l'interdisaient.

**La loi n 74 - 1026 du 4 décembre 1974**, portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances, autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer à titre gratuit et anonyme des contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineures qui désirent garder le secret. Par décret du 6 août 1992, ils sont autorisés à assurer, sous la responsabilité d'un médecin, le dépistage et le traitement de certaines infections sexuellement transmissibles et le dépistage de l'infection par le VIH. Depuis 2000, les activités de dépistage et de traitement réalisées dans les centres de planification concernent l'ensemble des infections sexuellement transmissibles.

**La loi n°75-17 du 17 janvier 1975, dite loi Veil** a autorisé l'IVG en France et fixé les grands principes régissant sa pratique :

- l'IVG est décidée par la femme enceinte concernée lorsqu'elle estime que sa grossesse la place dans une situation de détresse ;
- l'intervention est soumise à des conditions de délai : elle doit être réalisée avant le fin de la 10<sup>ème</sup> semaine de grossesse ;
- l'acte est réalisé par un médecin, dans un établissement de santé ;
- le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience : ils ne sont pas obligés de pratiquer l'intervention ;
- la femme doit réaliser des démarches obligatoires destinées à son information et à sa réflexion, préalablement à l'intervention :
  - 2 consultations médicales (un délai de réflexion d'une semaine est prévu entre les 2 consultations)
  - 1 consultation psycho-sociale ;

**La loi n°2000-1209 du 13 décembre 2000** relative à la contraception d'urgence ne soumet plus à prescription obligatoire les médicaments ayant pour but la contraception d'urgence

qui ne sont pas susceptibles de présenter un danger pour la santé. Elle autorise la délivrance de la contraception d'urgence, dans des conditions définies par décret, aux mineures désirant garder le secret dans les pharmacies. Enfin elle autorise l'administration de la contraception d'urgence par les infirmières, aux élèves mineures et majeures des collèges et lycées, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisée. Dans ce cas, les infirmières s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical.

**La loi n 2001-588 du 4 juillet 2001**, relative à l'IVG et à la contraception, modernise la loi de 1975, en tenant compte des évolutions tant médicales que sociales mais ne remet aucunement en cause ses grands principes :

- le délai de recours à l'IVG est allongé : il est porté à 12 semaines de grossesse. Cette disposition facilite l'accès des femmes à l'IVG et aligne la législation française sur celle de la plupart des pays européens ;
- la loi prévoit la possibilité de pratiquer des IVG en médecine de ville ;
- les mineures peuvent avoir accès à l'IVG sans autorisation parentale : l'autorisation parentale demeure la règle, toutefois l'IVG des mineures pour lesquelles le consentement parental n'a pas pu être recueilli peut être réalisée. Dans ces situations, la mineure choisit un adulte majeur pour l'accompagner dans ses démarches. Le médecin est habilité par la loi à réaliser l'ensemble des actes relatifs à l'intervention, notamment l'anesthésie ;
- les conditions de recours aux consultations psycho-sociales sont modifiées :
  - une consultation psycho-sociale préalable est proposée à toutes les femmes. Toutefois, le caractère obligatoire de cette consultation est supprimé pour les femmes majeures, mais maintenu pour les mineures ;
  - une 2<sup>ème</sup> consultation psycho-sociale est proposée à toutes les femmes après l'intervention.

Par ailleurs, la loi du 4 juillet 2001 reprend les dispositions contenues dans la loi du 13 décembre 2000, et ne soumet plus la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux mineurs au consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal.

**La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique** fixe dans le domaine de la contraception et de l'IVG des objectifs quantifiés susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années : l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

**La loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012** de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit une prise en charge à 100% des IVG par l'assurance maladie.

**HENGY Gabrielle**

---

Interruptions volontaires de grossesse : comprendre la répétition. Revue de la littérature systématique

*Toulouse 22 mai 2015*

---

**Objectif** : Les études réalisées en France métropolitaine nous permettent-elles de comprendre pourquoi les femmes subissent des IVG itératives ?

**Matériel et méthodes** : Revue systématique de la littérature des études réalisées en France métropolitaine de 1975 à 2015 concernant les femmes qui ont recours à des IVG répétées.

**Résultats** : 16 études ont été sélectionnées : 5 études qualitatives et 11 études quantitatives types cas-témoin. Les femmes qui subissent des IVG itératives peuvent présenter une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : plus âgées, âge précoce de leur première grossesse et première IVG, conditions de vie difficiles (un niveau de preuve fort); étrangères ou originaires d'Afrique sub-saharienne, enfance difficile, problèmes relationnels, victimes de violences conjugales (niveau de preuve intermédiaire).

**Conclusion** : Ce travail permet partiellement de comprendre la répétition. Cependant il est nécessaire de continuer les recherches et de débiter des travaux pour améliorer la prévention afin de diminuer le risque de répéter l'IVG.

---

Voluntary abortion; understanding the repetition / systematic review

*Toulouse May 22<sup>nd</sup> 2015*

---

**Objective:** With the help of research, carried out in Metropolitan France, to understand why women undergo repeat abortions.

**Material & methods:** Systematic review, during the years 1975-2015, of women that have had pregnancies terminated.

**Results:** 16 cases were selected, 5 qualitative and 11 case control studies. The women who seek repeat abortions tend to present one or more of the following characteristics:

With a high level of proof: Women over 35 or under 18, difficult living conditions.

With a medium level proof: Foreign or native Sub-Saharan African, difficult childhood, relationship problems, victims of domestic violence.

**Conclusion:** these studies help to partially understand the repetition, however further research is required and work is needed to improve the prevention and decrease the risk of repetitive abortion.

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

**Mots-Clés** : IVG-itérative-répétition-revue littérature- France

---

Faculté de Médecine Rangueil-133 Route de Narbonne-31400 Toulouse Cedex-France

---

**Directeur de thèse** : QUENTIN Virginie

**2015 TOU3 1040**