

Actualités Bibliographiques 2025

Philippe Faucher



Interruption volontaire de grossesse et violences faites aux femmes : quels signes d'alerte ?

Abortion and violence against women: What are the warning signs?

Alexia Duprez^{a,*}, Constance Devemy^a, Sylvie Cromer^b, Ghada Hatem^c, Damien Subtil^a,
Sophie Catteau-Jonard^a

^a *Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille, avenue Eugène-Avinée, 59000 Lille, France*

^b *Université de Lille, Lille, France*

^c *La maison des femmes, 1, chemin du Moulin Basset, 93200 Saint-Denis, France*

- Une étude rétrospective a été conduite au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Lille entre décembre 2022 et mai 2023
- Sur 358 dossiers analysés, 54 patientes (15,1 %) rapportaient des VFF récentes.

Signes d'alerte

- Séparation conjugale récente ou en cours
- Co-reponsable de la grossesse non informé de l'état gravidique
- Souhait d'IVG pour une grossesse initialement désirée ou bien acceptée
- Consultation d'IVG à un terme de ≥ 12 SA ou $> \geq 14$ SA
- IVG annulée ou reportée
- IVG répétées
- Comorbidités psychiatriques : syndrome dépressif, trouble anxieux, TSPT

Dépistage	<p>Demander à voir la patiente seule un moment : <i>« J'ai/ou a pour habitude de recevoir les patientes seules au moins à un moment de la consultation. Est-ce que vous seriez d'accord pour sortir quelques minutes ? »</i></p> <p>→ Le plus souvent : les patientes et l'accompagnant s'attendent à cette demande et l'accompagnant sort sans difficulté → Parfois cela peut inquiéter la patiente : la rassurer sur 1) L'absence d'examen clinique seule si elle ne le souhaite pas. 2) Le fait que l'on fera rentrer à nouveau l'accompagnant par la suite si elle le souhaite (notamment pour les explications du déroulé de l'IVG). → Si l'accompagnant est surpris par notre demande : réexpliquer que cette habitude concerne toutes les consultations. S'il ou elle ne souhaite pas sortir et insiste pour rester : ne pas se mettre en difficulté, mais avoir un point de vigilance/informer le reste de l'équipe pour questionner la patiente seule lors de la suite de la prise en charge.</p> <p>Explorer le contexte de la grossesse : <i>« Dans quel contexte cette grossesse est survenue ? »</i> <i>« Qui est le coresponsable de la grossesse ? / Avec qui cette grossesse est survenue ? »</i> <i>« Était-ce un rapport consenti / pour lequel vous étiez d'accord ? »</i></p> <p>Dépistage global des violences : <i>« Comment ça se passe à la maison ? » « Comment ça se passe avec votre famille/votre conjoint ? »</i> <i>« Est-ce qu'il a déjà été violent ? » « Verbalement ? » « Physiquement ? » « Est-ce que vous vous êtes déjà sentie obligée de faire quelque chose que vous ne vouliez pas faire ? » « Comment ça se passe s'il veut avoir un rapport sexuel et que vous non ? »</i></p>
Réagir face aux violences	<p>Réaction immédiate → permet aussi au professionnel de prendre un temps pour accueillir et intégrer les éléments de violences rapportés qui peuvent parfois être marquants ou difficiles): <i>« Merci de m'avoir confié tout ça/de me faire confiance, j'imagine/je vois bien que ça n'est pas facile d'en parler ».</i></p> <p>Nommer et condamner les violences : <i>« Ce que vous décrivez, ce sont des violences verbales/physiques/sexuelles »</i> <i>« C'est interdit par la loi. »</i> <i>« Je peux comprendre/j'imagine que ça n'est peut-être pas votre souhait aujourd'hui, mais sachez que vous pourriez porter plainte pour ça. »</i></p> <p>Orientation : <i>« Voilà le contact d'une association qui propose un accompagnement/ des groupes de paroles, cela peut être intéressant d'être accompagnée/de pouvoir échanger avec d'autres femmes dans votre situation, qu'est-ce que vous en pensez ? »</i></p> <p>Selon les modalités et conditions de rdv en UMJ : <i>« Voilà les coordonnées de l'Unité Médico-Judiciaire : les médecins peuvent vous recevoir et rédiger un certificat médical constatant les violences verbales/physiques. Cela ne vous oblige en rien à porter plainte, ni maintenant, ni plus tard, mais vous pouvez conserver ce document en cas de besoin ultérieur. »</i></p>

The impact of lifetime intimate partner violence on abortion method choice^{☆,☆☆}

Lauren Sobel^{a,b,c,*}, Madison Bernstein^c, Namita Arunkumar^c, Jennifer Fortin^c, Isabel Fulcher^{d,e}, Youri Hwang^c, Alisa B. Goldberg^{a,b,c}

Au total, 71 personnes (21 %) ont déclaré avoir été victimes de violence conjugale au cours de leur vie et 27 personnes (8 %) ont déclaré être actuellement victimes de violence conjugale, définie comme une violence survenue au cours des 12 derniers mois

Table 2

Type of abortion by lifetime and recent IPV at Planned Parenthood League of Massachusetts, Greater Boston Health Center from September 2021 to August 2022 (N = 336)

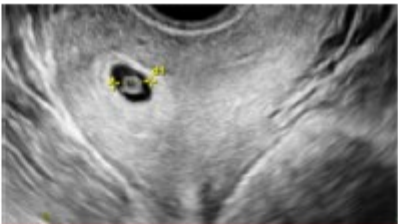
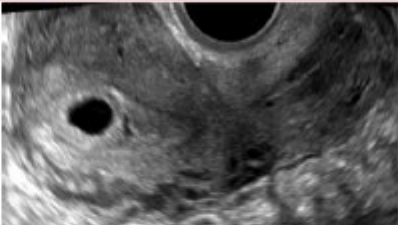


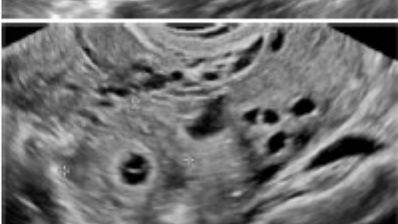
	Lifetime IPV			Recent IPV		
	No (n = 265)	Yes (n = 71)	χ^2	No (n = 274)	Yes (n = 27)	χ^2
Medication Abortion	140 (52.8%)	31 (43.7%)	0.244	141 (51.5%)	12 (44.4%)	1.534
Procedural Abortion	125 (47.2%)	40 (56.3%)		133 (48.5%)	15 (55.6%)	

IPV, intimate partner violence.

ORIGINAL ARTICLE

Randomized Trial of Very Early Medication Abortion

Karin Brandell, M.D., Tagrid Jar-Allah, M.D.,
John Reynolds-Wright, M.B., Ch.B., Ph.D., Helena Kopp Kallner, M.D., Ph.D.,
Helena Hognert, M.D., Ph.D., Frida Gyllenberg, M.D., Ph.D.,
Janina Kaislasuo, M.D., Ph.D., Anand Tamang, M.Phil., Heera Tuladhar, M.D.,
Clare Boerma, M.B., B.S., Karen Schimanski, M.H.Sc., Gillian Gibson, M.D.,
Mette Løkeland, M.D., Ph.D., Pia Teleman, M.D., Ph.D., Marie Bixo, M.D., Ph.D.,
Mette Mandrup Kjaer, M.D., Ervin Kallfa, M.D., Johan Bring, Ph.D.,
Oskari Heikinheimo, M.D., Ph.D., Sharon Cameron, M.D., and
Kristina Gemzell-Danielsson, M.D., Ph.D.,
for the VEMA (Very Early Medication Abortion) Study Group*

IUP	Intrauterine GS with a yolk sac or embryo (cardiac activity present or absent) implanted in a normal uterine location	
Probable IUP	Round or oval fluid collection in a normal uterine location	
PUL	No IUP or EP on transvaginal ultrasonography	
Probable EP	Inhomogeneous adnexal mass or extrauterine sac-like structure	
Definite EP	Extrauterine GS with a yolk sac or embryo (cardiac activity present or absent)	

EP, ectopic pregnancy; GS, gestational sac; IUP, intrauterine pregnancy; PUL, pregnancy of unknown location.

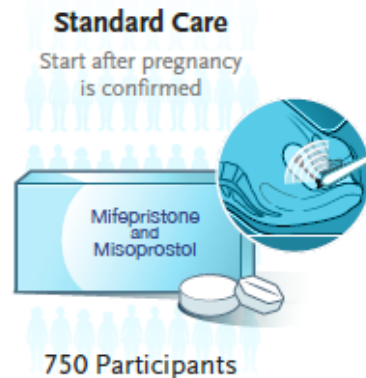
WHY WAS THE TRIAL DONE?

In places where medication abortion is available and there are no barriers such as mandatory waiting times and provider referrals, an increasing proportion of women present to abortion services even before a pregnancy can be visualized with ultrasonography. However, there is limited evidence on the efficacy of medication abortion when provided this early in gestation.



HOW WAS THE TRIAL CONDUCTED?

Women 18 years of age or older seeking early medication abortion who had an unconfirmed intrauterine pregnancy on vaginal ultrasound were randomly assigned to start the abortion immediately (early start) or to delay the start until a repeat ultrasound on trial day 7 or day 14 showed an intrauterine pregnancy (standard care). Women received mifepristone at a dose of 200 mg orally, followed 24 to 48 hours later by misoprostol at a dose of 800 μg administered vaginally, sublingually, or buccally. The primary outcome was complete abortion (noninferiority margin, 3.0 percentage points for the between-group difference).



PARTICIPANTS



WHO 1504 women

Mean age, 30 years

CLINICAL STATUS Maximum estimated gestational length, 42 days

Unconfirmed intrauterine pregnancy on vaginal ultrasound

No symptoms or signs of pathologic pregnancy

No known risk factors for ectopic pregnancy

Ultrasound finding — no./total no. (%)

Pregnancy of unknown location	241/741 (32.5)	261/723 (36.1)
Probable intrauterine pregnancy	500/741 (67.5)	462/723 (63.9)

TRIAL DESIGN

- RANDOMIZED
- CONTROLLED
- NONINFERIORITY
- LOCATION: 26 SITES IN NINE COUNTRIES

Table 2. Complete Abortion (Primary Outcome).*

Population and Outcome	Early Start (N= 729)	Standard (N= 715)	Primary Analysis†	
			Difference (95% CI)	Risk Ratio (95% CI)
	<i>n.o./total no. (%)</i>		<i>percentage points</i>	
Intention-to-treat population‡				
Complete abortion§	676/710 (95.2)	656/688 (95.3)	-0.1 (-2.4 to 2.1)	1.00 (0.98 to 1.02)¶
Ongoing pregnancy	21/710 (3.0)	1/688 (0.1)	2.8 (1.5 to 4.1)	20.35 (2.74 to 150.87)
Surgical intervention for incomplete abortion**	13/710 (1.8)	31/688 (4.5)	-2.7 (-4.5 to -0.8)	0.41 (0.21 to 0.77)
Per-protocol population				
Complete abortion§	664/693 (95.8)	546/574 (95.1)	0.7 (-1.6 to 3.0)	1.01 (0.98 to 1.03)

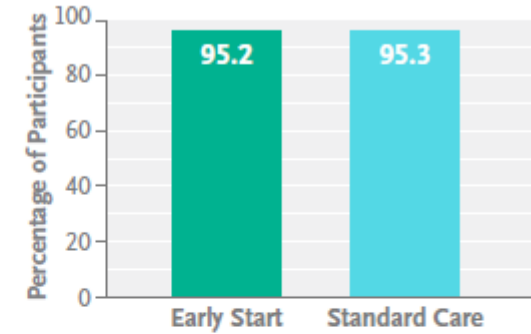
RESULTS

Early start of medication abortion was noninferior to standard care with respect to complete abortion.

Ectopic pregnancies occurred in 1.3% of the participants in the early-start group and in 0.8% of those in the standard group. The incidence of serious adverse events was similar in the two groups.

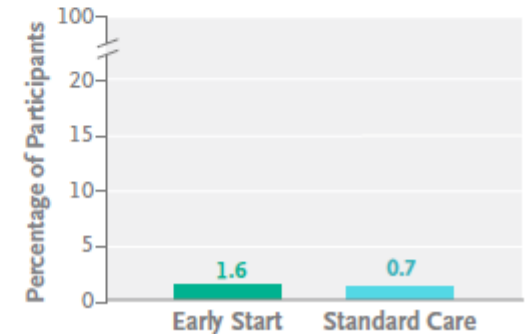
Complete Abortion

Difference, -0.1 percentage points (95% CI, -2.4 to 2.1)



Serious Adverse Events

P=0.10



Avortements complets

Supplemental Table 1. Sensitivity, specificity, and predictive values of hCG decline ($\geq 80\%$) for confirming complete abortion at 7 days (± 2) post-abortion

Change of s/p hCG	Complete Abortion		Total
	Yes	No	
$\geq 80\%$ decline	516	4	521
$< 80\%$ decline	17	51	68
Total	533	55	587

Sensitivity of s/p hCG decline $> 80\%$ is $516/533 = 96.8\%$. Specificity is $51/55 = 92.7\%$.
Positive predictive value (PPV) of s/p hCG decline $> 80\%$ is $516/521 = 99\%$. Negative predictive value is $51/68 = 75\%$. Non-complete abortion included (8 cases with ectopic pregnancy, 18 cases with ongoing pregnancy, 29 incomplete abortions)

- J7 : 96,8 % ont une chute des HCG $> 80\%$
- Chez 17 patientes (3,2 %), les taux d'hCG n'ont pas suivi la baisse attendue :
 - Une patiente a présenté une augmentation initiale de 20 % de l'hCG avant une baisse progressive,
 - 16 autres ont présenté une baisse appropriée
- Tous les cas se sont résolus spontanément sans intervention et aucun n'a présenté de signes ou de symptômes d'avortement incomplet

Les GEU

(10, soit 1,3 %)

8 patientes sont revenues pour un suivi dans les 6 à 8 jours

7 sur 8 présentaient une augmentation des taux d'hCG,

avec une augmentation médiane de 177 % et un seul cas présentant une baisse par rapport au niveau de référence (-20 %).

Parmi les 2 patientes restantes :

* une patiente a manqué le test de suivi de la hCG

et s'est présentée aux urgences 25 jours après l'avortement

avec des douleurs abdominales,

ce qui a conduit à une chirurgie laparoscopique

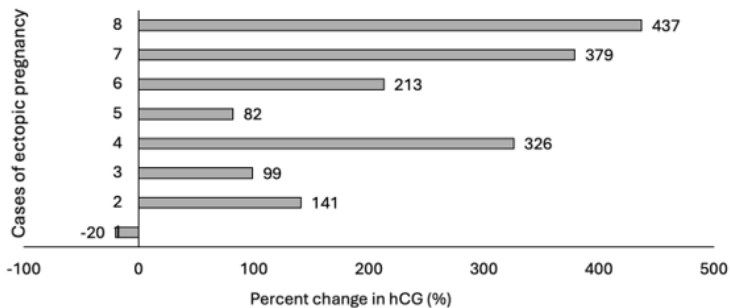
pour une grossesse extra-utérine rompue

* Une patiente a subi une chirurgie laparoscopique 4 jours

après l'avortement et avant la visite de suivi prévue

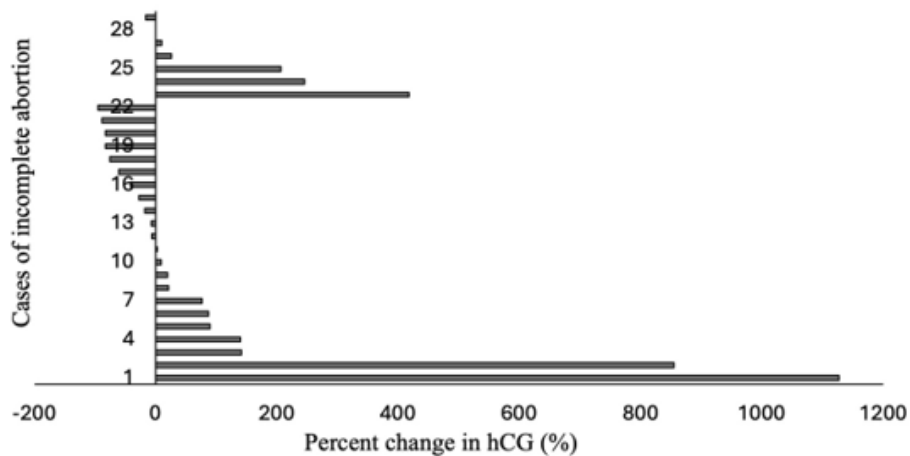
en raison de douleurs abdominales

Supplemental Figure 2. Percent change in hCG among patients with ectopic pregnancy (n=8)



Les avortements incomplets

(36 soit 4,8%)



* Les taux d'hCG ont présenté des variations variables, la majorité d'entre eux affichant une augmentation ou une baisse inférieure à 80 %.

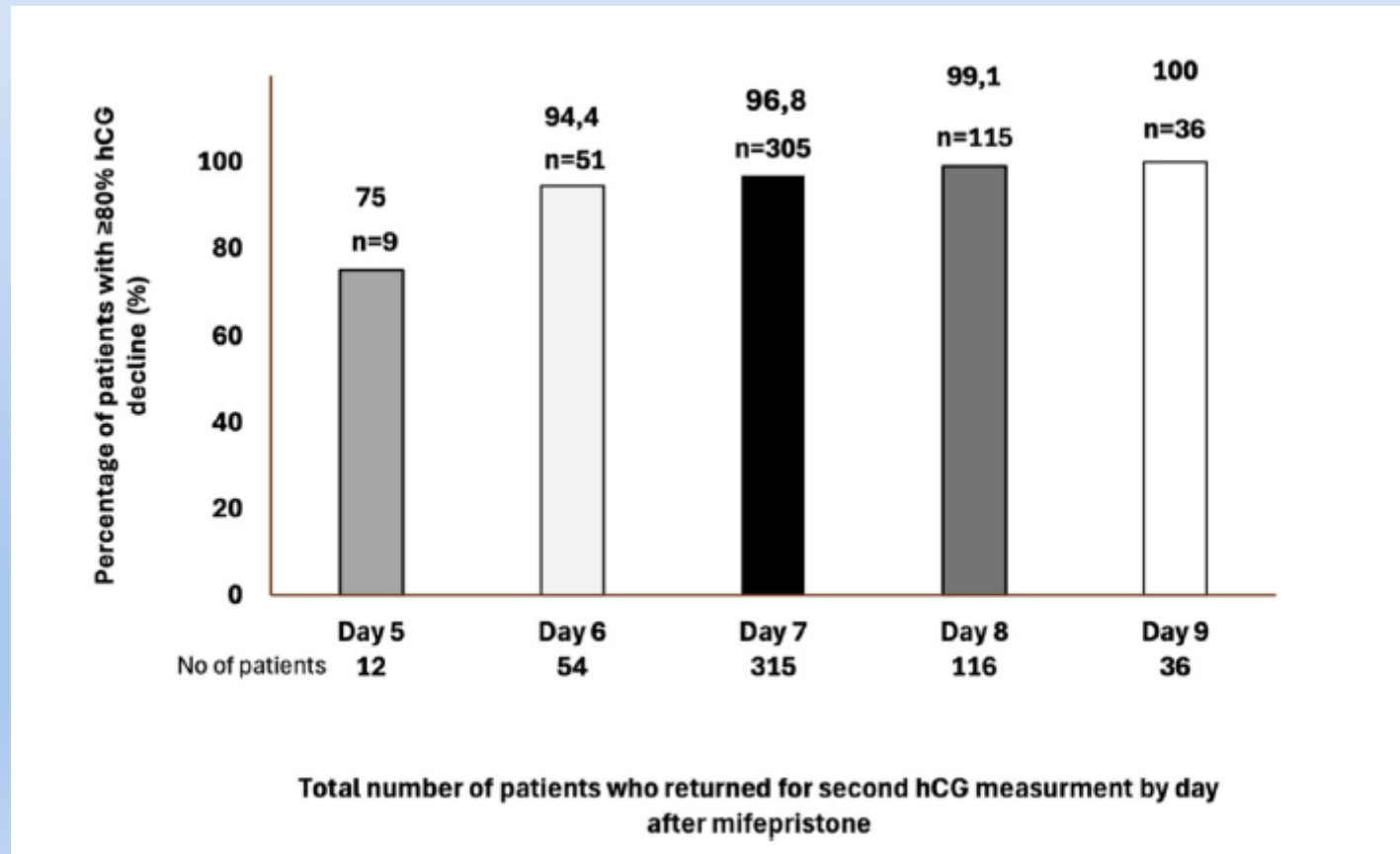
* Seuls trois cas ont présenté une baisse de l'hCG comprise entre 83 % et 88 %, tandis qu'un cas a affiché une baisse de 90 %

* Parmi les 36 cas d'avortement incomplet :



- 12 ont nécessité une intervention chirurgicale (trois avaient déjà reçu du misoprostol et un avait répété le traitement d'avortement médicamenteux)
- 16 ont reçu uniquement une nouvelle dose de misoprostol
- 6 ont reçu à la fois une nouvelle dose de mifépristone et de misoprostol
- 2 cas n'ont reçu aucun traitement

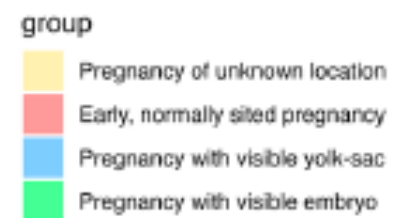
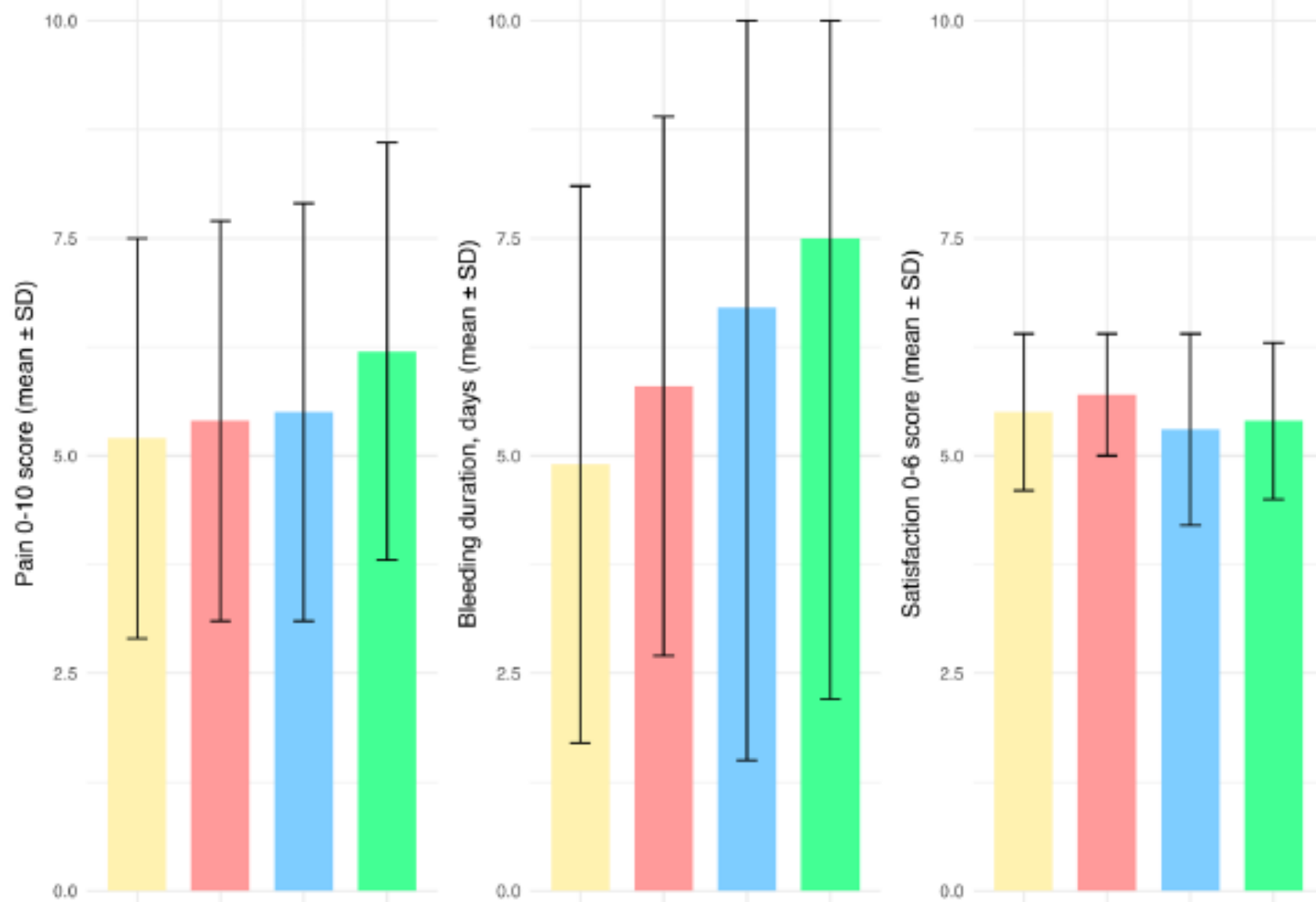
Change in hCG levels after very early medication abortion for pregnancy of unknown location or probable intrauterine pregnancy^{☆,☆☆}

Tagrid Jar-Allah ^{a,*}, Karin Brandell ^{b,c,d}, Frida Gyllenberg ^{e,f}, Janina Kaislasuo ^g,
Helena Kopp-Kallner ^h, Kristina Cederblad ^{b,c}, Oskari Heikinheimo ^g,
Kristina Gemzell-Danielsson ^{b,c}, Helena Hognert ^a, On behalf of the VEMA (Very Early
Medication Abortion) Study Group





Differences in pain, bleeding, and satisfaction during medical abortion at very early gestations

Frida Gyllenberg^{1,2,3}  | Karin Brandell^{4,5}  | Tagrid Jar-Allah⁶ | Helena Kopp Kallner^{7,8} |
John Reynolds-Wright^{9,10} | Clare Boerma¹¹ | Sharon Cameron^{9,10} | Helena Hognert⁶  |
Oskari Heikinheimo¹  | Janina Kaislasuo¹ | Kristina Gemzell-Danielsson^{4,5} 



Early medical abortion before missed menses: outcomes of abortion at less than 30 days from last menstrual period

Elizabeth April Wheate ¹, John Joseph Reynolds-Wright ^{2,3}
Sharon T Cameron ^{2,3}

1. Etude rétrospective
2. Edimbourg
3. Mars 2020 à Décembre 2023
4. Sur 13 565 femmes , 78 (0,6%) se sont présentées pour une IVG avec un test de grossesse positif à moins de 30 jours de leurs dernières règles
5. 63/78 (81%) ont fait une IVG médicamenteuse (Mifépristone –Misoprostol)

Table 2 Outcomes of abortion in those who had a pre-abortion ultrasound and those who did not

Outcome	Whole cohort (N=63) (81%) n (%)	Ultrasound (N=31) (49%) n (%)	No ultrasound (N=32) (51%) n (%)
Complete abortion	58 (92)	28 (90)	30 (94)
Ongoing pregnancy	4 (6)	3 (10)	1 (3)
Incomplete abortion	1 (2)	0	1 (3)

Les 4 femmes avec une grossesse évolutive persistante ont refait un protocole médicamenteux avec 100% de succès

Safety and efficacy of early medical abortion at home between 10+0 and 11+6 weeks' gestation: a retrospective review

Jacqueline Quinn ^{1,2} John Joseph Reynolds-Wright ^{1,2}
Karen McCabe,^{1,2} Sharon T Cameron ^{1,2}

Table 2 Outcomes for women having medical abortion by home and hospital group

Outcome	Home (N=258) n (%)	Hospital (N=113) n (%)	P-value
Abortion outcome			
Complete abortion	251 (97)	110 (97)	1.0
Incomplete abortion	4 (2)	3 (3)	0.44
Ongoing pregnancy	3 (1.2)	0 (0)	0.32
Total non-complete	7 (3)	3 (3)	1.0
Serious complications			
Haemorrhage requiring transfusion	1 (0.4)	0 (0)	0.44
Infection requiring intravenous antibiotics	3 (1)	0 (0)	0.56
Unscheduled contact			
Telephone only	28 (11)	5 (4)	0.04
Emergency attendance	12 (4)	3 (3)	0.57
Return to clinic	19 (7)	2 (2)	0.03
Total	59 (23)	10 (9)	<0.01



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

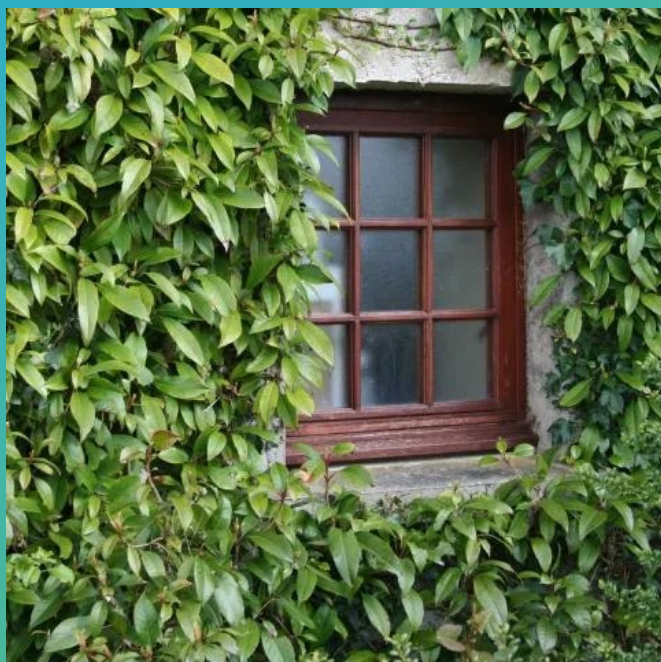
The use of telemedicine services for medical abortion (Review)

Cleeve A, Lavelanet A, Gemzell-Danielsson K, Endler M

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	N° of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with in-clinic care	Risk with post-abortion telemedicine models				
Successful abortion assessed with: terminated pregnancy without the need for surgical intervention follow-up: 6 weeks	925 per 1000	925 per 1000 (916 to 934)	RR 1.00 (0.99 to 1.01)	5069 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊖ Moderate ^{a,b}	Post-abortion telemedicine models likely result in little to no difference in successful abortion.
Continuing pregnancy assessed with: continuing viable pregnancy after intake of abortion medications follow-up: 6 weeks	12 per 1000	10 per 1000 (6 to 17)	RR 0.81 (0.48 to 1.36)	5069 (4 RCTs)	⊕⊕⊖⊖ Low ^{a,b,c}	Post-abortion telemedicine models may result in little to no difference in continuing pregnancy.
Blood transfusion assessed with: blood transfusion for reasons related to the abortion follow-up: 6 weeks	2 per 1000	1 per 1000 (0 to 17)	RR 0.33 (0.01 to 8.07)	933 (1 RCT)	⊕⊖⊖⊖ Very low ^{d,e}	The evidence is very uncertain about the effect of post-abortion telemedicine models on blood transfusion.
Hospitalisation assessed with: hospitalisation for reasons related to the abortion follow-up: 6 weeks	0 per 1000	0 per 1000 (0 to 0)	RR 4.95 (0.24 to 102.76)	933 (1 RCT)	⊕⊖⊖⊖ Very low ^{b,d,e}	The evidence is very uncertain about the effect of post-abortion telemedicine models on hospitalisation.
Emergency visit assessed with: emergency visit to a healthcare facility for reasons related to the abortion follow-up: 6 weeks	One retrospective cohort study (n = 167) and one prospective cohort study (n = 118) with unadjusted analysis.			285 (2 non-randomised studies)	⊕⊖⊖⊖ Very low ^f	The evidence is very uncertain about the effect of post-abortion telemedicine models on emergency visits.
Adherence assessed with: adherence to allocated intervention follow-up: 6 weeks	803 per 1000	924 per 1000 (908 to 948)	RR 1.15 (1.13 to 1.18)	5235 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊖ Moderate ^{b,d}	Post-abortion telemedicine models likely result in slightly higher adherence to follow-up.
Satisfaction assessed with: reporting being somewhat satisfied, satisfied, or very satisfied with the abortion care service follow-up: 6 weeks	756 per 1000	635 per 1000 (582 to 696)	RR 0.84 (0.77 to 0.92)	933 (1 RCT)	⊕⊖⊖⊖ Very low ^{b,g,h}	The evidence is very uncertain about the effect of post-abortion telemedicine models on satisfaction.

**Outcomes of medical abortion with an
intrauterine device *in situ*: a retrospective review**

Kiara Marsh & Sharon T. Cameron



- Sur les 18 436 cas présentés pour un avortement, 98 (0,53 %) ont avaient un DIU en place
- Parmi ceux-ci, 61 cas (76 %) ont bénéficié d' un avortement médicamenteux(< 12 semaines)
- Dans 46/61 cas (75 %),le DIU a été retiré avant l'avortement
- Dans 15/61 cas (25 %), il n'a pas pu être retiré
- Un avortement complet a été obtenu dans tous les cas où le DIU a été retiré et dans 14/15 cas (93 %) où le DIU a été laissé en place
- Une grossesse s'est poursuivie (groupe avec DIU en place)
- Quand le DIU a été laissé en place , il a été expulsé en même temps que la grossesse dans environ 50% des cas

Table 1. Outcome and serious complications of medical abortion < 12weeks with IUD *in situ* and IUD removed pre abortion.

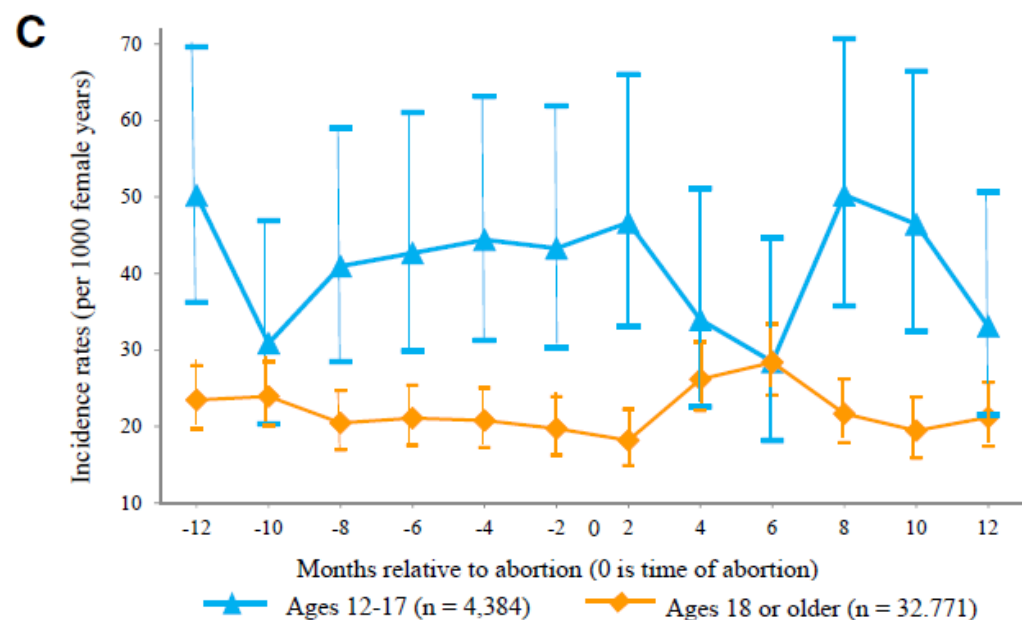
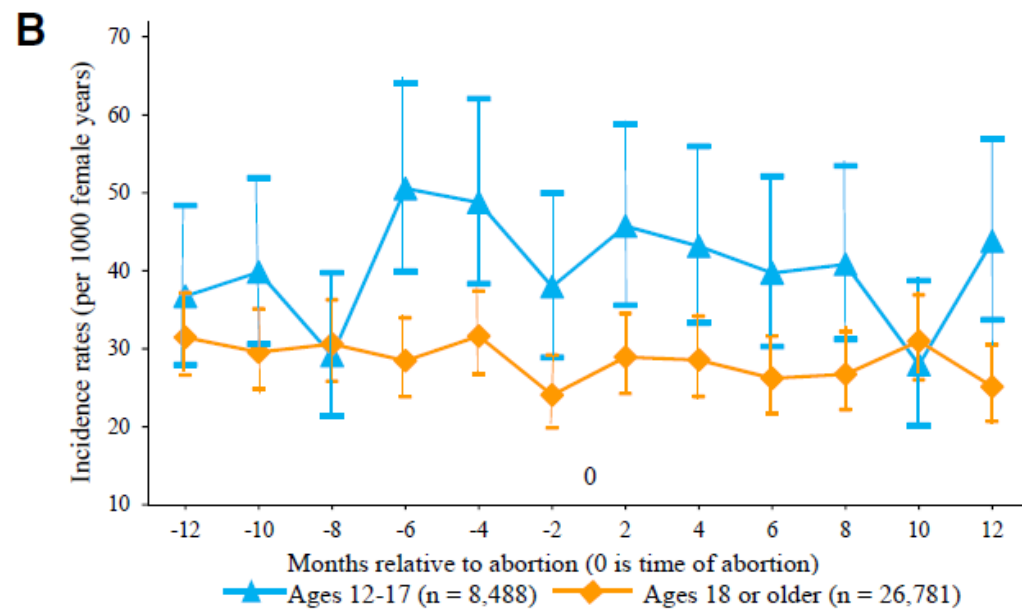
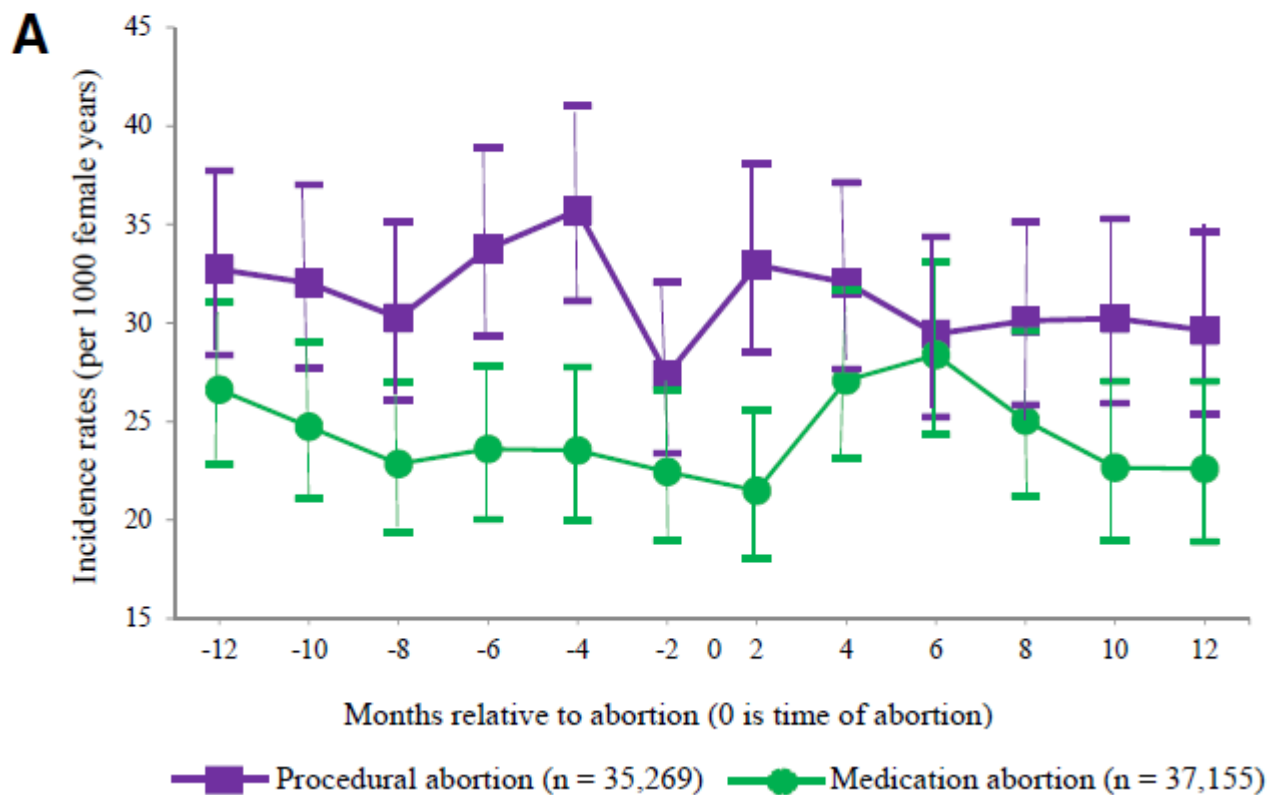
	IUD left <i>in situ</i> N= 15 N(%)	IUD removed N= 46 N(%)
Medical abortion < 12 weeks N=59		
Complete abortion	14 (93%)	46 (100%)
Incomplete abortion (requiring surgical evacuation)	0	0
Ongoing pregnancy	1 (7%)	0
Haemorrhage	0	0
Infection receiving iv antibiotics	0	0

GYNECOLOGY

Medication and procedural abortions before 13 weeks gestation and risk of psychiatric disorders

Julia R. Steinberg, PhD; Thomas M. Laursen, PhD; Øjvind Lidegaard, MD, DMSc; Trine Munk-Olsen,

FIGURE 1
Incident rate of any psychiatric diagnosis from 1 year before to 1 year after an abortion by method of and age at abortion



Repeat induced abortion: what are the risk factors? A systematic review

D.Bazaran Paredes^a, N. Sachs-Guedj^{a,b,*}, V.L. Crofts^a, M. Yaron^a

^a Department of Woman, Child and Adolescent Medicine, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

^b Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain

D.Bazaran Paredes et al.

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 318 (2026) 114895

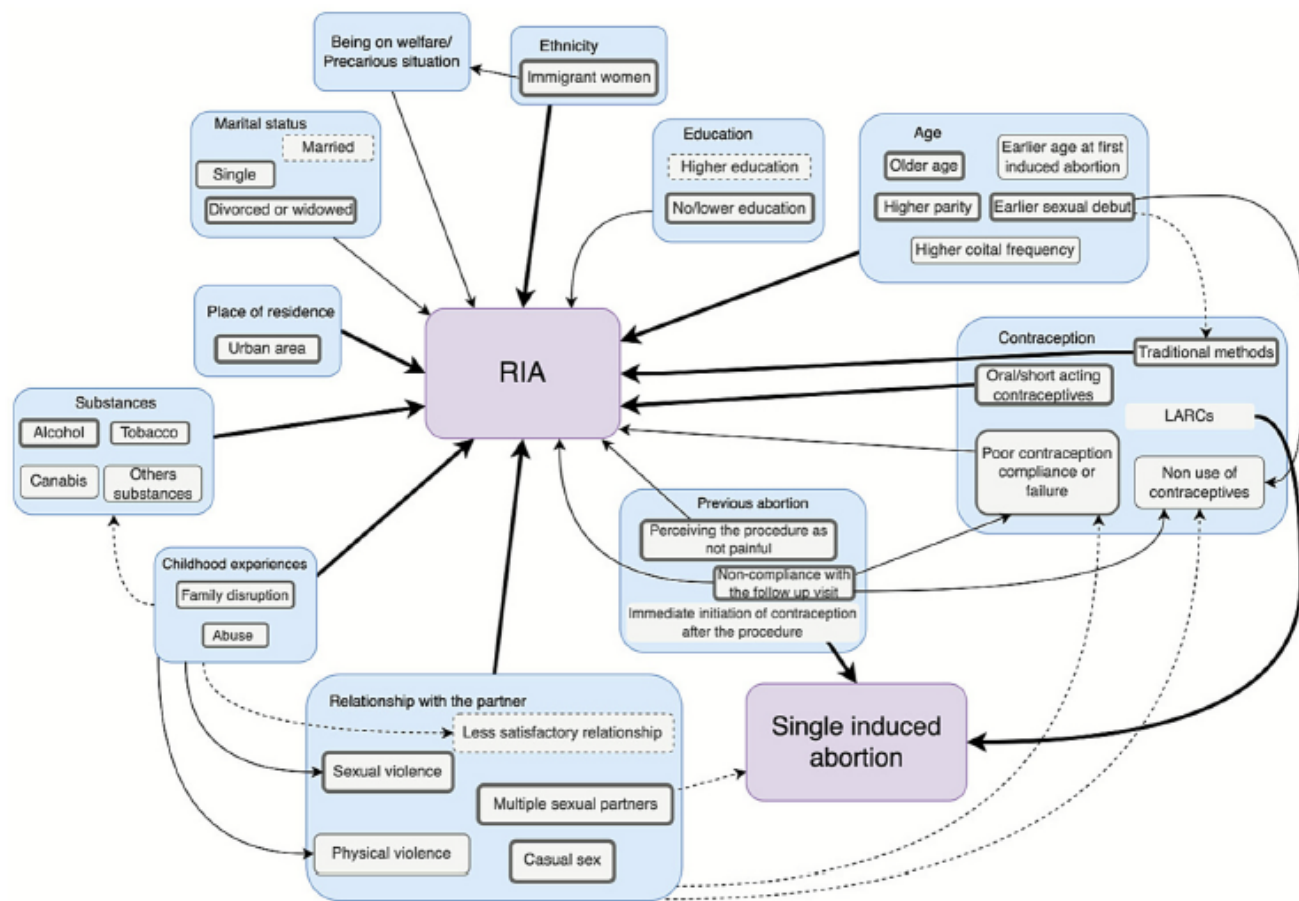


Fig. 2. Node graph with risk factors identified, their link with RIA, a single induced abortion and links between them.

LMP-SURE: A Patient-Administered Tool Developed to Assess Eligibility for Medication Abortion Without Pretreatment Ultrasonogram

Question	Response
1. When was the first day of your last menstrual period? (If you are not completely sure but have some idea of it, enter your best guess.)	
2. How sure are you about the date of your last menstrual period?	Certain (exact day) Fairly certain (within 1 week) Unknown or unsure*
3. Have you used an intrauterine device (IUD) in the past 3 months?	No Yes*
4. Do you have regular, monthly periods (every 21–35 days)?	Yes No*
5. Have you had an ectopic pregnancy (pregnancy outside the uterus) in the past?	No Yes*

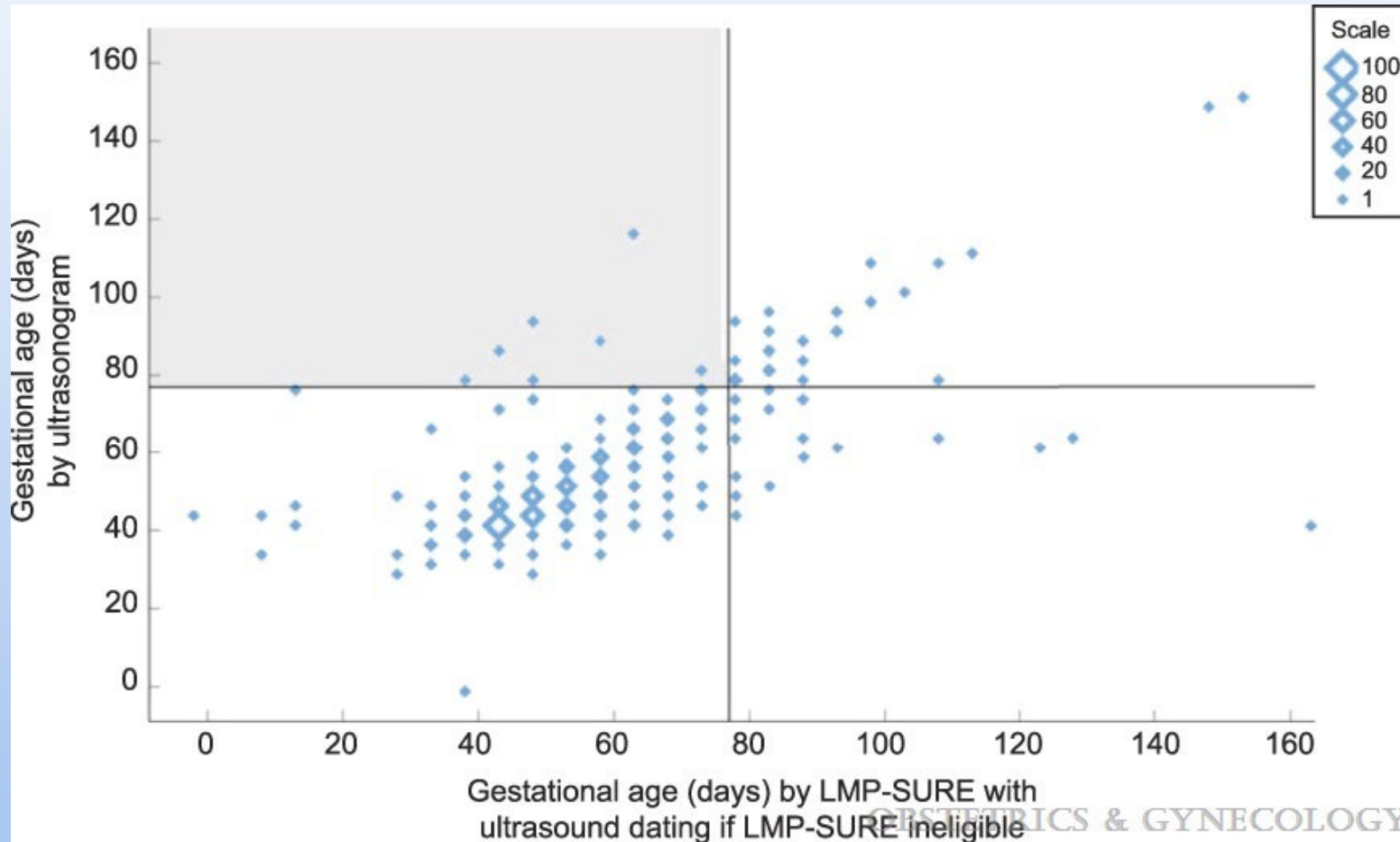
* If this response is chosen, patient requires an ultrasonogram.

OBSTETRICS & GYNECOLOGY

[Self-Determination of Eligibility for Medication Abortion Without Ultrasonography Using a History-Based Tool: LMP-SURE](#)

Kerestes, Courtney; Tschann, Mary; Pearlman Shapiro, Marit; Berry, Erin; Gawron, Lori; Soon, Reni; Kaneshiro, Bliss

Obstetrics & Gynecology 144(4):457-463, October 2024.



Gestational age by LMP-SURE predictive model vs by ultrasonogram. In the predictive model, last menstrual period is used for dating if LMP-SURE criteria are met; ultrasonogram is used if they are not. Reference lines at 77 days. The highlighted left upper quadrant indicates those who would be eligible for medication abortion by the LMP-SURE tool but not by ultrasonogram.

[Self-Determination of Eligibility for Medication Abortion Without Ultrasonography Using a History-Based Tool: LMP-SURE](#)

Kerestes, Courtney; Tschann, Mary; Pearlman Shapiro, Marit; Berry, Erin; Gawron, Lori; Soon, Reni; Kaneshiro, Bliss

Obstetrics & Gynecology 144(4):457-463, October 2024.

Table 4. Ratio of Pregnancy-Related Mortality to Abortion-Related Mortality Using Pregnancy Mortality Surveillance System Data to Measure Both Abortion- and Pregnancy-Related Mortality, 2018-2021*

Year	Pregnancy-related deaths, No.	Births (live births and still births), No.	Pregnancy-related mortality rate, No. per 100 000 births	Abortion-related deaths, No.	Abortions, No.	Abortion-related mortality rate, No. per 100 000 abortions	Ratio
2018	655	3 814 053	17.2	2	885 800	0.226	76.1
2019	661	3 768 908	17.5	4	916 460	0.436	40.2
2020	904	3 634 363	24.9	6	930 160	0.645	38.6
2021	1222	3 685 247	33.2	5	930 160	0.538	61.7
Total	3442	14 902 571	23.1	17	3 662 580	0.464	49.8



Merci pour votre attention