

Prise en charge des interruptions volontaires de grossesse entre 12 et 14 SA en AuRA

Mise à jour décembre 2020

Rédacteurs : Groupe de travail IVG-ARS ; association PLEIRAA

1. Définition

L'IVG instrumentale peut être pratiquée jusqu'à la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhées (Bip 30 mm ou LCC 90 mm ; recommandations Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) 2016.

2. L'objectif

La structure de prise en charge, selon la HAS (Haute Autorité de Santé), doit assurer un accueil correct avec le respect de la confidentialité, dans des délais rapides avec un fonctionnement défini chaque semaine, sans interruption, pendant toute l'année et s'organisant de façon à pouvoir prendre en compte les recommandations médicales, techniques, sociales et psychologiques.

Au-delà de 12 SA, les IVG doivent être prises en charge dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être désignées et connues de tous les centres d'accueil des IVG au sein de chaque réseau.

3. Modalités pratiques

3.1 Accueil physique et/ou téléphonique de la demande d'IVG :

- La date des DDR ou la date de rapport estime une grossesse proche des 12 SA ou au-delà
- Échographie de datation à 12 SA ou plus

NB : **Attention particulière** aux mineures et situations de vulnérabilité (découverte tardive plus fréquente)

3.2 Prise en soins coordonnée et accélérée :

1. Réalisation en urgence d'une **échographie de datation** si elle n'a pas été réalisée
2. **Consultation de demande d'IVG en urgence**

La secrétaire prévoit un RDV rapidement afin que l'IVG puisse se faire dans le délai légal de 14 SA comme définit ci-dessus. En l'absence de RDV rapidement disponible, la secrétaire réfère

au praticien en charge de l'organisation de l'activité du service ou au cadre responsable du service.

3. Consultation médicale

4. **Entretien psychosocial** proposé pour les femmes majeures, obligatoire pour les femmes mineures (vigilance vis-à-vis de ces situations)

5. Consultation anesthésique

6. Examens de laboratoire :

- Groupe sanguin Rhésus (2 déterminations),
- RAI

7. Programmation au bloc

8. Confirmation de demande d'IVG

9. Prévoir la **consultation post-IVG** (recherche de complications, contraception adaptée, évaluation du ressenti de la femme)

Informations à la patiente

- **Attestation de 1ère consultation** (« pré IVG ») remise par médecin ou sage-femme.
- **Attestation de consultation psychosociale** (entretien proposé systématiquement, obligatoire si mineure ; délai de réflexion de 48 heures et remise consentement écrit si entretien réalisé).
- **Consentement écrit de demande d'IVG** + si mineure, consentement écrit d'un parent ou représentant légal. Si mineure souhaitant garder secret ou refus du consentement des parents, attestation désignant le choix de l'adulte accompagnant.
- Prévenir la patiente du **délai maximal de la réalisation de l'IVG** en fonction du terme de la grossesse et des possibilités de service.

3.3 Techniques médicale ou chirurgicale

Médicale :

La méthode IVG médicamenteuse n'est pas recommandée entre 9 et 14 SA (HAS Juin 2018).

Chirurgicale :

Les recommandations HAS concernant la préparation cervicale sont : « *La dilatation mécanique du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse. Lorsqu'elle est recommandée, la*

technique de préparation cervicale repose sur l'administration de :

- *Mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant aspiration (grade A) ;*
- *ou misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration (grade A).*

La préparation cervicale, quel que soit le produit utilisé, ne nécessite pas d'hospitalisation. »

3.4 Prise en charge de la douleur

Comme dans toute prise en charge de patient, la douleur doit être évaluée et tracée dans le dossier. La prise en charge de la douleur post-interventionnelle doit être anticipée. Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) ont fait la preuve de leur efficacité s'ils sont pris avant l'intervention. En post-opératoire, ni le Phloroglucinol, ni le Paracétamol ou « Paracétamol + codéine » n'ont fait la preuve de leur efficacité (RPC IVG CNGOF 2016).

3.5 Prévention des complications infectieuses

Selon les recommandations conjointes de la SFAR (anesthésistes) du CNGOF (gynécologues-obstétriciens) et SPILF (infectiologues) – 2020 :

L'antibioprophylaxie n'est pas recommandée lors des IVG instrumentales

Un dépistage systématique d'une infection à Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae par PCR sur auto-prélèvement vaginal doit être réalisé avant toute IVG chirurgicale.

Le résultat de ce prélèvement doit être disponible avant de réaliser une IVG instrumentale afin de proposer un traitement antibiotique préalable adapté au germe identifié en cas de dépistage positif.

Dans le cas où le résultat d'un dépistage positif pour un agent responsable d'IST ne serait disponible qu'après la réalisation de l'IVG le traitement devra être instauré dans les plus brefs délais.

En cas de dépistage positif, un traitement doit également être proposé aux partenaires de la patiente.

Le traitement recommandé en fonction du ou des germes identifiés à l'occasion du dépistage est le suivant :

- **NEISSERIA GONORRHOEAE :**

- Ceftriaxone 500 mg en dose unique par voie IM ;

En cas d'allergie aux céphalosporines :

- Azithromycine 2 g en prise unique ou gentamicine 240 mg par voie IM ou SC en dose unique. La ciprofloxacine 500 mg en dose unique ne doit être utilisée qu'après vérification de la sensibilité sur l'antibiogramme.

- **CHLAMYDIA TRACHOMATIS :**

- Doxycycline 200 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes pendant 7 jours.

- **MYCOPLASMA GENITALIUM :**

- Azithromycine 500 mg à J1 puis 250 mg par jour de J2 à J4

3.6 Au-delà de 14 SA

Lorsque la patiente présente une grossesse au-delà de 14 SA, l'IVG ne peut plus être réalisée. Un RDV doit lui être proposé rapidement afin d'évaluer la situation et les possibilités de prise en charge. Il faut essayer de connaître le degré d'acceptabilité pour la patiente de la poursuite de sa grossesse et lui exposer les autres possibilités que sont l'accouchement sous X ou le recours à l'IMG pour cause maternelle psycho-sociale. Le numéro vert 0 800 08 11 11 est un recours qu'il convient de rappeler à la patiente.

Liste des CIVG prenant en charge les demandes entre 12 et 14 SA sont disponibles auprès du réseau périnatal dont vous dépendez

Période de fermeture (estivale) : disponible sur le n° vert : **0800 08 11 11**

4. Textes de références :

CIRCULAIRE N°DGOS/R3/DGS/SPI/2016/243 du 28 juillet 2016 relative à l'amélioration de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'élaboration de plans régionaux

ANAES. Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14SA. Recommandation pour la pratique clinique ; avril 2001.

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception

Guide IVG 2017 www.ivg.socialsante.gouv.fr

IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter, BON USAGE DU MÉDICAMENT, HAS, Février 2015 – Mise à jour juin 2018

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-06/cteval351_fiche_bum_ivg_medicamenteuse.pdf

Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse, Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016

http://www.cngof.fr/pratiquescliniques/recommandations-pour-la-pratiqueclinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804

Prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse jusqu'à 14 SA, HAS, mars 2001 revue en décembre

2010

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf

Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) (2017) :

http://sfar.org/wpcontent/uploads/2017/09/Antibioprophylaxie-version-2017-CRC_CA_MODIF.pdf

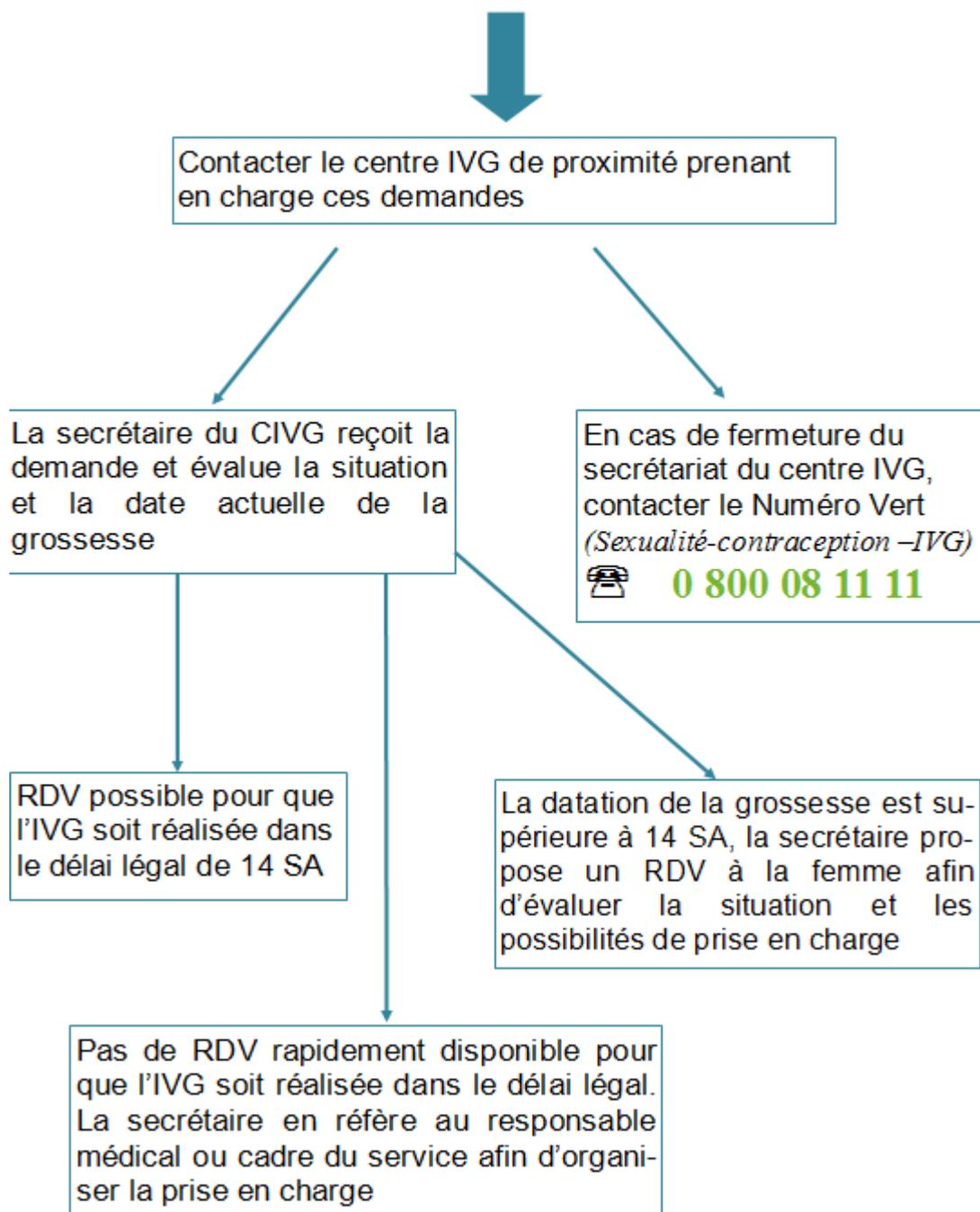
<http://sfar.org/antibioprophylaxieen-chirurgie-et-medecine-interventionnelle-patients-adultes-2017/>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis

Prevention of postoperative or associated of care pelvic inflammatory diseases. Is there a need for antibiotic prophylaxis for first trimester surgical-induced abortion to prevent pelvic inflammatory diseases? CNGOF good practice points B. Castan ^a, J.-L. Brun ^{b,*}, J.-P. Stahl ^c, C. Martin ^{d,1}, F. Mercier ^e, X. Fritel ^f, A. Agostini ^g



Demande d'IVG entre 12 et 14 SA



janvier 2020