



Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siret 831 689 419 00016

0556799851
contact@rpna.fr

Guide d'aide à la prise en charge des **IVG entre 14 et 16 SA** en Nouvelle Aquitaine



SOMMAIRE

▶ GLOSSAIRE	04
▶ CONTEXTE ET CADRE LÉGAL	05
▶ AVANT L'IVG	05
▶ Datation échographique de la grossesse entre 14 et 16 SA	05
▶ La consultation médicale et les prescriptions	06
Bilans à réaliser	06
À remettre à la patiente à l'issue de sa consultation	06
▶ LA MÉTHODE INSTRUMENTALE	07
1. Préparation au geste	07
1.1. Prémédication	07
▶ Préparation cervicale	07
▶ Antalgie	07
1.2. Prise en charge d'éventuels symptômes inconfortables avant le geste	07
▶ Gestion de la douleur	07
▶ Gestion des vomissements	08
▶ Gestion de l'anxiété	08
1.3. Cas particulier : dilatation compliquée	08
2. Technique de la dilatation-évacuation	09
2.1. Matériel nécessaire	09
2.2. Dilatation cervicale	09
2.3. Geste opératoire	10
3. Prise en charge associée	11
3.1. Place des antibiotiques	11
3.2. Anesthésie	11
3.3. Contraception	11
4. Surveillance post IVG	11
▶ LA MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE	12
1. Informations patiente	12
2. Déroulé de la procédure	12
2.1. Préparation du col	12
2.2. Description de la procédure	13
3. Devenir du produit d'expulsion	12
4. Surveillance post IVG	13
▶ ANNEXE 1 : Aide à la datation de grossesse	15
▶ ANNEXE 2 : Aide à l'évaluation du risque hémorragique	16
▶ ANNEXE 3 : Fiches information IVG 14-16 SA	17
Fiche informations IVG instrumentale entre 14 et 16 SA	17
Fiche informations IVG médicamenteuse entre 14 et 16 SA	19
▶ ANNEXE 4 : Fiche d'évaluation de la douleur type	21
▶ ANNEXE 5 : Technique de pose de Dilatateurs osmotiques cervicaux (DILAPAN-S)	22

GLOSSAIRE

- ▶ **IVG** : Interruption Volontaire De Grossesse
- ▶ **SA** : Semaines d'Aménorrhée
- ▶ **HAS** : Haute Autorité de Santé
- ▶ **CNGOF** : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français
- ▶ **LCC** : Longueur Cranio-Caudale
- ▶ **CFEF** : Collège Français d'Échographie Foetale
- ▶ **PC** : Périmètre Cranien
- ▶ **BIP** : Bipariétal
- ▶ **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ▶ **RAI** : Recherche d'Aglutinines Irrégulières
- ▶ **NFS** : Numération Formule Sanguine
- ▶ **PCR** : Réaction de Polymérase en Chaîne
- ▶ **IST** : Infections Sexuellement Transmissibles
- ▶ **PO** : Per Os
- ▶ **RDV** : Rendez-Vous
- ▶ **AINS** : Anti-inflammatoire non stéroïdien
- ▶ **PEC** : Prise En Charge
- ▶ **SSPI** : Salle De Soins Post-Interventionnelle
- ▶ **UI** : Unité Internationale
- ▶ **IVD** : Intra-Veineuse Directe
- ▶ **IVL** : Intra-Veineuse Lente
- ▶ **DIU** : Dispositif Intra-Utérin
- ▶ **VVP** : Voie Veineuse Périphérique
- ▶ **APD** : Anesthésie Péridurale
- ▶ **TV** : Toucher Vaginal
- ▶ **RAM** : Rupture Artificielle des Membranes
- ▶ **CCF** : Conseillère Conjugale et Familiale

CONTEXTE ET CADRE LÉGAL

Le présent guide d'aide à la prise en charge fait suite à la loi du 02 mars 2022 allongeant le délai maximal autorisé pour la réalisation des IVG jusqu'à 16 SA. Il vise à pallier l'absence actuelle de recommandations officielles pour la pratique clinique par les sociétés savantes et agences sanitaires. Il a été conçu afin d'aider les équipes et d'harmoniser les pratiques dans le territoire. Chaque centre reste libre de s'organiser selon ses habitudes, ses moyens humains et techniques.

Tous les établissements de santé doivent réfléchir à la manière de mettre en place dans leur territoire l'accès au droit à l'IVG jusqu'à 16 SA. En cas d'impossibilité, il est primordial d'adresser la patiente à un établissement qui pourra la prendre en charge sans perte de temps.

Le cadre financier et légal des IVG entre 14 et 16 SA est le même que celui qui s'applique pour des termes plus précoces. De même, l'anonymat reste toujours possible chez toute femme en demande.

AVANT L'IVG

► Datation échographique de la grossesse entre 14 et 16 SA

La méthode de référence de datation (recommandée par l'HAS et le CNGOF) est la mesure de la LCC avant 14 SA. Selon le CFEF, si la datation n'a pas pu être établie avant 14 SA, elle pourra être réalisée sur la mesure échographique du PC plutôt que celle du diamètre BIP [figure 1]. Cette méthode de datation, plus tardive, est cependant moins précise¹. ; figure 1.

Le CNGOF recommande d'utiliser en pratique les courbes biométriques de l'OMS, disponibles dans l' ; figures 2 et 3.

Voici les correspondances biométries/percentiles pour 16 SA concernant le BIP et le PC².

Mesure en mm par percentile du BIP et du PC à 16 SA

	16 SA								
Percentiles	2,5	5	10	25	50	75	90	95	97,5
BIP en mm	29	30	30	32	33	35	36	37	38
PC en mm	108	111	114	118	123	128	132	134	137

Remarques :

- **La détermination du sexe fœtal ne fait pas partie des objectifs de l'échographie de datation.**
- **Penser à couper l'image de l'écran de répétition ainsi que le son de l'échographe sauf volonté contraire de la patiente.**

1: E. Verspyck a, *, G. Gascoin b, M.-V. Senat c, A. Ego d, L. Simon e, I. Guellec f, I. Monier g, h, J. Zeitlin g, D. Subtil i, C. Vayssiere j. Les courbes de croissance ante- et postnatales en France - recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) et de la Société française de néonatalogie (SFN)

2: CFEF. Quelle date de début de grossesse choisir ? Consultable sur : <https://www.cfef.org/fichiers/Texte01.pdf>

► La consultation médicale et les prescriptions

Les IVG entre 14 et 16 SA doivent être considérées comme des urgences. **Une patiente qui consulterait 24 à 48h avant la fin du délai légal français doit pouvoir être prise en charge et réaliser son IVG dans le respect de la loi.**

La consultation pré-IVG reprend le même interrogatoire que celui pour les moins de 14 SA avec la **proposition systématique d'un entretien psycho-social**. Il reste obligatoire pour les mineures. Le texte de loi a supprimé le délai de réflexion minimal de 48h pour confirmer une demande d'avortement après un entretien psychosocial.

La consultation pré-anesthésie doit être réalisée le plus rapidement possible.

Bilans à réaliser :

- 2 déterminations Groupe ABO-Rhésus
- RAI < 72h avant l'intervention
- NFS-plaquettes
- Bilan de coagulation en fonction de l'évaluation du risque hémorragique
- PCR chlamydia gonocoque très fortement recommandée (auto-prélèvement possible)

Il est également important de proposer un dépistage sanguin des autres IST.

À remettre à la patiente à l'issue de sa consultation :

- **1 comprimé de mifépristone 200 mg** à prendre PO 48 h avant l'intervention à domicile OU délivrance directement si la patiente consulte l'avant-veille de son bloc. En cas d'urgence, le délai entre la prise de mifépristone et l'intervention pourra être réduit à 24 h.
- **Convocations :**
 - Pour la consultation pré-anesthésie
 - Pour l'IVG avec la date/ le lieu d'hospitalisation
 - Pour RDV de suivi
- **Ordonnances :**
 - Du bilan biologique pré-IVG
 - D'antalgiques
 - De produit pour douche antiseptique
 - De la contraception choisie
- **Fiche information patiente détaillant :**
 - Déroulé de la procédure
 - Effets attendus des médicaments pour la préparation cervicale
 - Signes devant faire consulter en urgence
 - Contacts en cas d'urgence
 - Risques et complications de la méthode

LA MÉTHODE INSTRUMENTALE

Le type de méthode utilisé dépend du choix de la femme mais également des contraintes organisationnelles humaines et techniques des établissements du territoire.

1. Préparation au geste

1.1. Prémédication

► Préparation cervicale

- **Mifepristone 200 mg** à prendre 48h avant le geste opératoire, et si nécessaire le délai peut être éventuellement réduit à 24h.
- **Misoprostol 400 µg** 2h à 3h avant le début de l'intervention : à prendre par voie transmuqueuse orale à l'arrivée dans le service d'hospitalisation de préférence (Eviter de donner de misoprostol pour une prise au domicile du fait du risque d'expulsion en chemin). **Organisation propre à chaque établissement : horaire d'arrivée de la patiente à organiser pour permettre la prise de la prémédication de façon adaptée.**

Mises en garde

Contrairement aux termes de grossesse plus précoces où le misoprostol peut être donné 1/2 heure avant le geste, le délai de 2 heures d'action minimal est nécessaire.

Attention avec l'association mifépristone et misoprostol, une expulsion peut avoir lieu. Surveiller l'apparition de douleurs, et respecter l'heure de passage prévue au bloc opératoire.

► Antalgie

Le schéma de traitement optimal pour assurer le contrôle de la douleur lors d'un avortement du deuxième trimestre n'a pas été établi. Il se doit à chaque équipe de prévenir puis d'évaluer régulièrement la douleur et de la traiter rapidement si cela s'avère nécessaire afin d'améliorer le vécu.

Paracétamol et AINS systématiquement à associer à la prise du misoprostol, et à compléter éventuellement avec du nefopam ou autres anti-douleurs.

1.2. Prise en charge d'éventuels symptômes inconfortables avant le geste

► Gestion de la douleur

- Si malgré la prise de paracétamol, d'AINS, et de nefopam la patiente reste algique, lui donner un antalgique à base de morphine.
- Si le délai de prise en charge de la douleur ne peut attendre l'action de la morphine, contacter l'anesthésiste concerné pour un transfert et une prise en charge en urgence de la douleur en SSPI.
- L'usage d'une fiche d'évaluation de la douleur spécifique aux IVG pourrait permettre aux équipes d'être le plus optimales possible.

► Gestion des vomissements

- Vomissement des antalgiques (expulsion précoce des comprimés visualisés par la patiente moins de 15 minutes après la prise) :
 - Pose de VVP avec remplissage vasculaire
 - 8mg ondansétron en IVL
 - Antalgiques IV : perfalgan, ketoprofene, nefopam
- Patiente présentant des vomissements dans le service mais ayant gardé ses antalgiques :
 - 8mg ondansétron en IVL
 - Ou/ Ondansétron Sétofilm 8mg

► Gestion de l'anxiété

- Prescription d'anxiolytique à évaluer avec les anesthésistes en cas de besoin ressenti par la patiente
- Il est nécessaire d'évaluer le vécu et de proposer un accompagnement adapté dès l'accueil selon les moyens que disposent le service (psychologue, hypnose...)

1.3. Cas particulier : dilatation compliquée

- Dans certains cas où des difficultés de dilatation du col sont prévisibles (antécédents de conisation, col punctiforme, utérus multi-cicatriciel, IVG au 90^e percentile de 16 SA....) il est possible de recourir à des dilateurs mécaniques comme les Dilapan-s ou les laminaires. La procédure de mise en place est décrite en annexe par le guide de référence de l'IPAS.
- Les laminaires, dérivés d'algues séchées et compressées, augmentent de 3 à 5 fois leur diamètre en 4 à 12 heures. Les Dilapan-s, dilateurs synthétiques hydrophiles, se gorgent d'eau rapidement passant de 5 à 12 mm en 4 à 8 heures. La durée de pose ne doit pas dépasser 12 heures³.

Protocole Revho pour dilatation compliquée

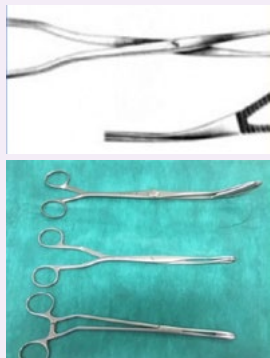
- 36 à 48 h avant 200 mg de Mifépristone
- Le jour de l'intervention :
 - H0 : Ibuprofène 600 mg + Néfopam 40 mg + Paracétamol 1gr
 - 30 mn plus tard pose de Dilapan-s, au moins 2 et idéalement 3
 - 1h avant le passage au bloc : 400 mg de misoprostol par voie transmuqueuse orale
 - Passage au bloc 3-4 h après la pose de Dilapan-s.-
- En cas d'échec de dilatation mis en évidence au bloc, le geste devra être reporté dans la journée après la pose de dilateurs. Ces dilateurs seront posés au bloc et le geste sera repris après un délai minimum de 3 heures post-pose. L'administration d'une nouvelle dose de misoprostol en plus de la pose des dilateurs pourra être discutée.

³ : Prévention des infections génitales hautes postopératoires ou associées aux soins. Faut-il proposer une antibioprophylaxie lors des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales pour prévenir les infections génitales hautes ? Conseils de bonne pratique du CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Volume 48, Issue 9, September 2020, Pages 646-648. B. Castan, J.-L. Brun, J.-P. Stahl, C. Martin, F. Mercier, X. Fritel, A. Agostini.

2. Technique de la dilatation-évacuation

2.1. Matériel nécessaire

- Échographe
- Aspirateur
- Set de bougies de Hégar jusqu'à 16 mm
- Canules d'aspiration jusqu'à 14 mm
- Tubulure d'aspiration de diamètre adapté
- Boîte de curetage comprenant notamment :
 - Pince de Pozzi (2 en positions latérales sur col souvent nécessaires pour dilatation à 13 et 16)
 - Matériel habituel (speculum, valves vaginales, pinces languettes, curettes...)
 - Pince en cœur
- Pince Mc Clintock de 24 cm ou équivalente (Foertser...)
- Sac de recueil gradué sous fessier
- Sonde urinaire évacuatrice



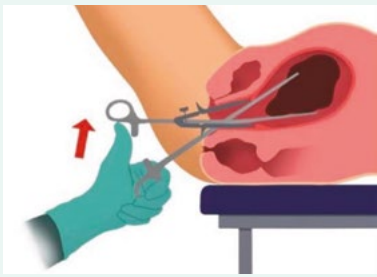
Pince de Mc Clintock 24

- ▶ Le type de pince recommandé est une pince Mc Clintock 24 cm
- ▶ C'est un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 12 et qui ne se démonte pas. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.

2.2. Dilatation cervicale

- Penser à sonder la vessie si elle est pleine avant de débiter le geste.
- La procédure de Dilatation-Évacuation ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé. En effet, la dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus.
- Une dilatation insuffisante est source de prolongation excessive du geste et augmente le risque hémorragique.
- Pour permettre un geste plus rapide et aisé, une bougie d'un diamètre supérieur à l'âge gestationnel (sans dépasser la bougie numéro 16) peut être utilisée. Par exemple, si l'âge gestationnel est à 15 SA, la dilatation est possible jusqu'à 16 mm.

2.3. Geste opératoire

	Étapes	Précisions	Thérapeutiques
1	Aspiration du LA	Prendre la plus grosse canule disponible Importance de quantifier le LA pour évaluer les pertes sanguines	A la fin de l'aspiration du LA : 5 UI d'ocytocine en IVL (5 min) Favorise le décollement trophoblaste "Délivrance dirigée per abortum"
2	Extraire le trophoblaste si il se présente à l'orifice externe	Traction douce (pince en cœur)	
3	Introduire la pince de Mc Clintock dans l'utérus	<u>Sous contrôle échographique</u> La pince doit pouvoir s'ouvrir verticalement et non horizontalement	
4	Ouvrir la pince aussi largement que possible en abaissant la main et la pince vers le sol pour amener les mâchoires de celle-ci vers la partie antéro-inférieure de l'utérus		10 UI ocytocine/ 250 cc durant tout le geste : Permet la contraction de l'utérus, diminue le risque de perforation et les pertes sanguines
5	Évacuer les tissus, en fermant les mâchoires de la pince autour des tissus fœtaux et la faire pivoter de 90° avant de la retirer par traction douce avec des petits mouvements de droite/ gauche de la main	Pour ne pas saisir le myomètre avec la pince : maintenir la pince en bas et au milieu de la cavité utérine et ne pas aller au fond de la cavité utérine, (augmente le risque de perforation)	
6	Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste	Le recours à l'aspiration est utile pour ramener à la portée de la pince des fragments situés au fond de l'utérus	
7	Terminer le geste par une aspiration pour s'assurer de l'absence de tissus résiduels	Les vacuètes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles	Injection possible de 5 UI IVD d'ocytocine ou massage utérin pour ramener les fragments en bas de l'utérus
8	Faire une échographie finale confirmant la vacuité utérine	Vérifier l'absence clinique de saignements sub-normaux	

3. Prise en charge associée

3.1. Place des antibiotiques⁴

- L'antibioprophylaxie n'est pas conseillée.
- Un dépistage systématique d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae par PCR sur (auto)prélèvement vaginal est fortement recommandé.
- Il est conseillé que le résultat soit disponible avant de réaliser l'IVG afin de proposer si besoin un traitement antibiotique préalable. **L'absence de résultat du prélèvement le jour de l'IVG ne doit pas retarder sa réalisation.**
- En cas de suspicion clinique d'infection génitale un traitement pourrait être mis en place au moment de l'intervention.
- **Dans le cas où le résultat d'un dépistage positif ne serait disponible qu'après la réalisation de l'IVG, il est conseillé d'instaurer le traitement antibiotique dans les meilleurs délais.**
- En cas de dépistage positif, il est conseillé un traitement antibiotique du (des) partenaire(s).

3.2. Anesthésie

Elle peut être générale, locale ou loco-régionale.

- En cas d'anesthésie générale, éviter si possible les gaz halogénés qui favoriseraient l'atonie utérine.
- En cas d'anesthésie locale, il convient de s'assurer qu'il s'agit d'un choix éclairé de la patiente et de l'expérience suffisante de l'opérateur.

3.3. Contraception

Si un DIU est souhaité par la patiente, il peut-être inséré après le geste en per-IVG en l'absence de complication per-opératoire⁵.

4. Surveillance post IVG

- Proposition d'un accompagnement du vécu (passage d'un psychologue/CCF) pendant le temps d'hospitalisation et de consultation à distance
- Surveillance dans le service :
 - Constantes
 - Pertes sanguines et involution utérine
 - Reprise de la miction
 - Douleurs
- Injection d'immunoglobulines anti-D si patiente de rhésus négatif
- Sortie possible le jour même si bonne évolution

⁴ : HAS - Direction de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique. RECOMMANDATION RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE À TITRE DÉROGATOIRE DU MISOPROSTOL DANS LE CADRE D'UNE RECOMMANDATION TEMPORAIRE D'UTILISATION

⁵ : David A Grimes, Laureen M Lopez, Kenneth F Schulz, Nancy L Stanwood. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 28;2014(7)

- Consignes données :
 - Rappel des signes à surveiller et n° d'urgence
 - Rappel des modalités de prise de la contraception, du fonctionnement du dispositif mis en place et de leur délai d'efficacité.
- Documents remis :
 - Ordonnance antidouleurs
 - Carte du contraceptif posé
 - Arrêt de travail
 - Fiche d'information et des numéros d'urgence
 - Convocation consultation post-IVG
 - Compte rendu opératoire et courrier d'hospitalisation
 - Résultats des bilans biologiques réalisés

LA MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE

Le lieu d'accueil et de prise en charge de la patiente dépendra des moyens de chaque établissement.

Les équipes doivent s'organiser afin de garantir un accueil bienveillant et adapté à la demande d'IVG.

La clause de conscience permet au personnel du bloc obstétrical de refuser de pratiquer l'IVG. Dans ce cas, d'autres professionnels devront assurer l'accompagnement.

Veillez à anticiper et informer le personnel qui sera présent ce jour-là.

1. Informations patiente

- Expliquer à la patiente que l'hospitalisation de jour peut parfois être prolongée et qu'un **geste chirurgical peut être nécessaire pour assurer la vacuité utérine, en cas d'échec ou de complications.**
- Il n'y a pas de **préparation ni de présentation systématique du corps du fœtus** à la patiente, **excepté si elle en exprime le besoin.**
- **Aucune déclaration à l'état civil ni de délivrance de certificat d'accouchement n'est possible.**

2. Déroulé de la procédure

2.1. Préparation du col

1. **Prise de Mifepristone 200 mg** entre 48h avant l'IVG, si possible respecter 48h⁶.
2. **Possible pose de dilatateurs mécaniques** selon l'appréciation du médecin.
La prise d'antalgique (tramadol 100 mg par exemple) est conseillée avant la pose des dilatateurs.

2.2. Description de la procédure

	Étapes	Précisions	Thérapeutiques
1	Pose d'une VVP	18G si possible	
2	Prévention de la douleur	La douleur doit être évaluée et PEC tout au long de l'IVG	<ul style="list-style-type: none"> • Pose d'APD recommandée • Si APD impossible une autre méthode de lutte contre la douleur doit être mise en place (exemple : AINS + paracétamol + acupan)
3	TV : Evaluation du col ET	<ul style="list-style-type: none"> • Col ouvert : RAM immédiate • Col fermé : Pose de dilateurs possible 	Une antibiothérapie est conseillée en cas d'ouverture prolongée des membranes
4	Administration de la dose initiale de misoprostol	<ul style="list-style-type: none"> • Voie transmuqueuse orale • Diviser la dose par 2 en cas d'utérus cicatriciel 	Dose initiale de 400 µg de Misoprostol ⁷
5	Surveillance clinique	Évaluation de la douleur, des pertes sanguines, du col	Antiémétique si nausées Antidouleurs ou bolus APD RAM dès que possible si non réalisée antérieurement
6	Reprise de misoprostol en l'absence d'expulsion	<ul style="list-style-type: none"> • Au bout de 3-4h de la prise initiale • À renouveler ensuite toutes les 3-4h 	<ul style="list-style-type: none"> • Dose de 400 µg • Ne pas dépasser 1200 µg en 24h ou 600 µg si utérus cicatriciel
7	Vérification de la vacuité utérine	Par échographie	Si rétention : aspiration

- ▶ Une discussion entre l'équipe médicale et la patiente est ouverte afin d'envisager une alternative chirurgicale ou bien le renouvellement du protocole médicamenteux le lendemain.

3. Devenir du produit d'expulsion

- Il s'agit d'une pièce anatomique d'origine humaine reconnaissable par un non spécialiste. Ainsi, la prise en charge préconisée par la direction générale de la santé est une incinération par la chambre mortuaire. Le fœtus doit être collecté dans un emballage rigide à usage unique et étanche. Ne pas identifier avec le nom de la patiente afin d'assurer la confidentialité due au circuit des IVG (mais possibilité d'utiliser un numéro fictif noté dans le dossier de la patiente pour assurer la traçabilité)⁸.

⁷ : Webster D, Penney GC, Templeton A. A comparison of 600 and 200 mg mifepristone prior to second trimester abortion with the prostaglandine misoprostol. Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996 ; 103 : 706-9. (Evidence Grade: I)

⁸ : HAS. COMMISSION DE LA TRANSPARENCE RECOMMANDATION RENDUE DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE DE PRISE EN CHARGE DÉROGATOIRE PRÉVUE AUX ARTICLES L.162-17-2-1 ET R.163-26 ET SUIVANTS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (CSS) 8 septembre 2021

4. Surveillance post-IVG

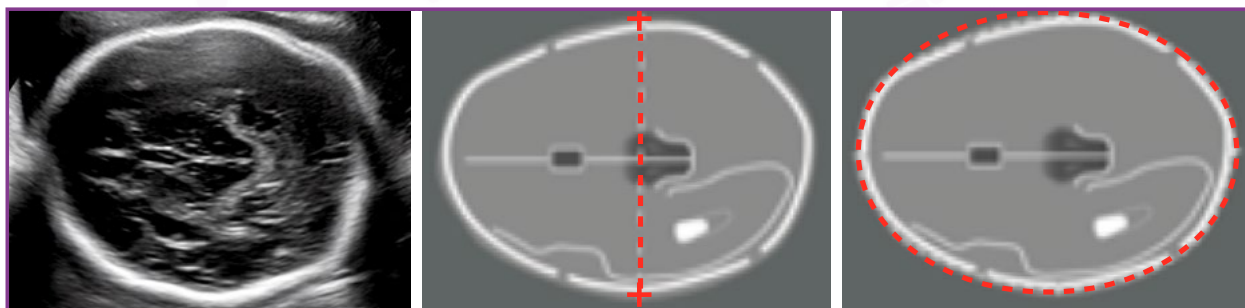
- Proposition d'un accompagnement du vécu (passage d'un psychologue/CCF) pendant le temps d'hospitalisation et de consultation à distance
- Surveillance pendant **2 heures** à la suite de l'expulsion complète :
 - Constantes
 - Pertes sanguines et involution utérine
 - Bloc sensitivo-moteur en cas d'APD
 - Reprise de la miction
 - Douleurs
 - Autres symptômes inconfortables
- Injection d'immunoglobulines anti-D si patiente de rhésus négatif
- Sortie possible le jour même si bonne évolution
- Consignes données:
 - Rappel des signes à surveiller et des numéros d'urgence
 - Rappel des modalités de prise de la contraception, du fonctionnement du dispositif mis en place et de leur délai d'efficacité.
- Documents remis :
 - Ordonnance antidouleurs
 - Carte du contraceptif posé
 - Arrêt de travail
 - Fiche d'information et des numéros d'urgence
 - Convocation consultation post-IVG
 - Courrier d'hospitalisation

ANNEXE 1 : Aide à la datation de grossesse

Figure 1 : Mesure du BIP et du PC CFEF

Grille de lecture CFEF 2021

Diamètre Bi-Pariétal et Périmètre Céphalique



	Thalami	Symétrie	Cervelet	Cavuum	Zoom	Calipers	Ellipse
Correct	Les thalami sont visibles	Equi-distance entre la ligne médiane et les pariétaux Symétrie des structures cérébrales	Coupe ne passant pas par le cervelet	Visualisation de la cavité septale avec une rupture de la ligne médiane au 1/3 antérieur	La coupe occupe plus des 2/3 de la hauteur du cône de l'image écho	Les 2 calipers sont bien ajustés à l'extérieur des tables osseuses	L'ellipse est bien ajustée à l'extérieur des tables osseuses
Incorrect	Les thalami ne sont pas visibles	Equi-distance douteuse entre la ligne médiane et les pariétaux	Coupe passant par le cervelet	Non visualisation de la cavité septale	La coupe occupe moins des 2/3 de la hauteur du cône de l'image écho	Les 2 calipers ne sont pas bien ajustés à l'extérieur des tables osseuses	L'ellipse n'est pas bien ajustée à l'extérieur des tables osseuses

Figure 2 : Mesure du BIP selon les courbes OMS

Growth chart for fetal outer-inner biparietal diameter

Gestional Age (weeks)	Biparietal Diameter (mm) by Percentile								
	2,5	5	10	25	50	75	90	95	97,5
14	23	24	24	26	27	28	29	30	31
15	26	27	27	29	30	31	32	33	34
16	29	30	30	32	33	35	36	37	38

Figure 3 : Mesure du PC selon les courbes OMS

Growth chart for fetal head circumference

Gestional Age (weeks)	Head Circumference (mm) by Percentile								
	2,5	5	10	25	50	75	90	95	97,5
14	86	88	91	95	100	104	107	110	112
15	97	99	102	106	111	115	119	122	124
16	108	111	114	118	123	128	132	134	137

ANNEXE 2 : Aide à l'évaluation du risque hémorragique

Questionnaire HEMSTOP de dépistage du risque hémorragique lié au patient

Les items suivants peuvent évoquer la possibilité d'un trouble de l'hémostase	NON	OUI	Situation jamais rencontrée
1. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou onhabituel par exemple un saignement de nez ou petite coupure ?			
2. Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?			
3. Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?			
4. Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale par exemple opération pour les végétations ou les amygdales ou après une circoncision ?			
5. Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants par exemple une maladie de Willebrand, hémophilie ?			
6. POUR LES FEMMES			
a. Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes par exemple contraception orale («pilule»), traitement par fer, médicament pour coaguler le sang comme l'Exacyl ?			
b. Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?			
Score établi sur le nombre de OUI obtenus sur ces 6 questions			

ANNEXE 3 : Fiches information IVG 14-16 SA

FICHE INFORMATIONS IVG INSTRUMENTALE ENTRE 14 ET 16 SA

Vous allez réaliser une interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie instrumentale. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par l'équipe médicale afin de vous expliquer les conditions et les modalités de cet acte ainsi que les complications potentielles.

Avant l'intervention

Le à h..... **Vous prendrez un comprimé de mifépristone 200 mg.**

Ce médicament bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse et favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col. Il n'y a habituellement pas de réactions importantes après la prise de ce médicament et vous pouvez mener vos activités normalement. Vous pouvez parfois saigner légèrement et présenter quelques douleurs au ventre. Dans ce cas, n'hésitez pas à prendre les antidouleurs prescrits. Si les saignements deviennent abondants et/ou les douleurs s'intensifient malgré la prise des antidouleurs, consultez les urgences gynécologiques.

Le à h..... **Vous entrerez à jeun dans le service de**

Il vous sera délivré **un comprimé de misoprostol** dès votre arrivée ainsi que des **médicaments anti-douleurs**.

Le misoprostol permet de préparer l'ouverture de votre col pour le geste instrumental. Il génère des contractions utérines pouvant provoquer des douleurs au ventre. La prise systématique d'antalgique permet de prévenir ces sensations.

Vous **passerez ensuite au bloc opératoire quelques heures après** la prise du misoprostol. Votre confort sera évalué régulièrement par l'équipe soignante, n'hésitez pas à signaler d'éventuels symptômes tels la douleur, la nausée, l'apparition de saignements. Des cas exceptionnels d'expulsion de la grossesse avant le passage au bloc sont possibles.

Déroulement de l'intervention

La méthode de l'IVG instrumentale consiste à aspirer le contenu de l'utérus après dilatation du col. Une canule de calibre adapté au stade de la grossesse est introduite dans l'utérus pour aspirer son contenu. L'intervention dure une quinzaine de minutes.

L'anesthésie

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. Vous choisissez, avec le professionnel de santé le mode d'anesthésie le mieux adapté à votre situation. Vous rencontrerez le médecin anesthésiste en consultation avant votre IVG.

Surveillance post-IVG

Le plus souvent, une surveillance de quelques heures après le geste est suffisante vous permettant de sortir le jour même.

Pour votre sortie et la nuit suivant votre IVG, **il faudra impérativement être accompagnée d'une personne majeure**. Il est interdit de conduire soi-même un véhicule.

En cas de survenue de complications, si votre état de santé le nécessite, la sortie sera reportée au lendemain.

Contraception

Une contraception vous sera proposée dès la réalisation de l'IVG. Si vous avez choisi un dispositif intra-utérin ou un implant contraceptif, il pourra être mis en place dès la fin du geste quand vous êtes encore endormie.

Complications éventuelles

Comme toute intervention, une IVG peut présenter certains risques rares qui sont :

- La perforation utérine et/ou la déchirure du col de l'utérus
- L'hémorragie nécessitant parfois une transfusion sanguin en cas de risque vital
- L'infection utérine
- La rétention de fragments de la grossesse
- Très exceptionnellement, des plaies des organes internes de l'abdomen

Certaines des complications précédemment décrites peuvent dans de rares cas entraîner des difficultés pour être à nouveau enceinte. Cela reste des situations exceptionnelles.

Ces situations sont rares, cependant, dans les jours suivant l'intervention, si vous présentez :

- De la fièvre, avec une température supérieure à 38 °C
- D'importantes pertes de sang (si vous devez changer de serviette taille maxi pour les règles toutes les 30 minutes pendant 2 heures)
- De nombreuses et fortes douleurs dans le bas du ventre
- Un malaise

Vous devez alors rapidement contacter l'établissement où a eu lieu votre IVG ou à défaut le service d'urgences le plus proche de vous, car cela peut être un signe de complication.

Numéros de contact en cas d'urgence :

.....

Rendez-vous de contrôle post-IVG le

Ce rendez-vous est obligatoire afin de réaliser une évaluation à distance de votre état de santé post-IVG et de s'assurer de l'absence de survenue de complications.

FICHE INFORMATIONS IVG MÉDICAMENTEUSE ENTRE 14 ET 16 SA

Vous allez réaliser une interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par l'équipe médicale afin de vous expliquer les conditions et les modalités de cet acte ainsi que les complications potentielles.

Avant l'IVG

Le à h..... Vous prendrez un comprimé de mifépristone 200 mg

Ce médicament bloque l'action de l'hormone nécessaire au maintien de la grossesse et favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col. Il n'y a habituellement pas de réactions importantes après la prise de ce médicament et vous pouvez mener vos activités normalement. Vous pouvez parfois saigner légèrement et présenter quelques douleurs au ventre. Dans ce cas, n'hésitez pas à prendre les antidouleurs prescrits. Si les saignements deviennent abondants et/ou les douleurs s'intensifient malgré la prise des antidouleurs, consultez les urgences gynécologiques.

Le à h..... Vous serez hospitalisée dans le service de

Déroulement de l'IVG

Des médicaments vous seront administrés pour évacuer la grossesse par les voies naturelles. Ils peuvent parfois engendrer de la nausée et/ou des vomissements.

Le sac amniotique sera en général rompu lors d'un examen gynécologique afin d'accélérer la procédure. Des dilatateurs placés au niveau du col de l'utérus pourront être insérés si besoin.

Des saignements, souvent plus abondants que des règles, se joignent systématiquement à l'expulsion de la grossesse. Durant cette étape, le personnel soignant sera présent à vos côtés et s'occupera d'évacuer avec discrétion le produit d'expulsion.

Accompagnement

Vous pourrez, si vous le souhaitez, être accompagnée par une personne de votre choix.

L'équipe soignante évaluera régulièrement la bonne avancée de la procédure et prendra en charge vos éventuels symptômes inconfortables.

La douleur

L'IVG par voie médicamenteuse se déroule habituellement sous anesthésie péridurale (APD). Vous serez en conséquence consciente et réveillée pendant toute la durée de votre IVG, mais vous ne ressentirez pas de douleur.

Vous rencontrerez le médecin anesthésiste en consultation afin de connaître vos antécédents médicaux. Si vous présentez une contre-indication à l'APD, d'autres alternatives de lutte contre la douleur vous seront proposées.

Durée de la procédure

Elle dure généralement plusieurs heures. Si à la fin de la journée l'expulsion ne s'est pas réalisée, le médecin évaluera avec vous la situation. Une alternative chirurgicale pourrait vous être présentée.

Surveillance post-IVG

Le plus souvent, une surveillance de quelques heures après le geste est suffisante vous permettant de sortir le jour même.

Pour votre sortie et la nuit suivant votre IVG, il faudra impérativement être accompagnée d'une personne majeure. Il est interdit de conduire soi-même un véhicule.

En cas de survenue de complications, si votre état de santé le nécessite, la sortie sera reportée au lendemain.

Complications éventuelles

Comme toute intervention, une IVG médicamenteuse peut présenter certains risques qui sont:

- L'échec de la méthode médicamenteuse
- La rétention de fragments de la grossesse : une aspiration vous sera proposée sous anesthésie..
- L'hémorragie nécessitant parfois une transfusion sanguine en cas de risque vital
- L'infection utérine

Certaines des complications précédemment décrites peuvent dans de rares cas entraîner des difficultés pour être à nouveau enceinte. Cela reste des situations exceptionnelles.

Ces situations sont rares, cependant, dans les jours suivant l'intervention, si vous présentez :

- De la fièvre, avec une température supérieure à 38 °C
- D'importantes pertes de sang (si vous devez changer de serviette taille maxi pour les règles toutes les 30 minutes pendant 2 heures)
- De nombreuses et fortes douleurs dans le bas du ventre
- Un malaise

Vous devez alors rapidement contacter l'établissement où a eu lieu votre IVG ou à défaut le service d'urgences le plus proche de vous, car cela peut être un signe de complication.

Numéros de contact en cas d'urgence :

Rendez-vous de contrôle post-IVG le

Ce rendez-vous est obligatoire afin de réaliser une évaluation à distance de votre état de santé post-IVG et de s'assurer de l'absence de survenue de complications.

ANNEXE 4 : Fiche d'évaluation de la douleur type

ÉVALUATION DE LA DOULEUR (IVG INSTRUMENTALES)

Date

Préparation cervicale

- MIFEPRISTONE 200mg prise le : à h.....
- MISOPROSTOL voie transmuqueuse orale pris à h.....

Antalgiques

..... pris à h.....

..... pris à h.....

..... pris à h.....

..... pris à h.....

Nausées / Vomissements

- N/V antérieurs
- N/V uniquement depuis le réveil ce jour

Moment	EN	Heure	N/V	Thérapeutiques éventuels
À l'admission				
À l'arrivée au bloc				
Au retour de bloc				
Deuxième passage				
Autres passages éventuels				
À la sortie				

ANNEXE 5 : Technique de pose de Dilatateurs osmotiques cervicaux (DILAPAN-S)

MISE EN PLACE DE DILATATEURS OSMOTIQUES

Fournitures nécessaires

- Povidone iodé ou autre antiseptique similaire
- Gants (propres)
- Pince de Bozeman, pince circulaire ou pince Foerster
- Pince de Pozzi à une seule dent ou tenculum coudé atraumatique
- Compresses de gaze de 10x10 cm, ouate stérile ou gros écouvillon ouaté de 40 cm de long
- Dilatateurs osmotiques
- Spéculum à autorétention
- Fournitures pour bloc paracervical

Mise en place des dilatateurs

- Demander à la patiente de vider sa vessie si nécessaire avant de passer dans la salle d'examen.
- Procéder à un examen bimanuel (cet examen a éventuellement déjà été réalisé pour la détermination de l'âge gestationnel)
- Insérer le spéculum
- Nettoyer le col de l'utérus avec un antiseptique.
- Utiliser une technique sans contact lors de l'insertion de l'extrémité de la pince de Bozeman ou de Foerster et du dilatateur osmotique.
- Mettre en place la pince de Pozzi pour stabiliser le col de l'utérus.
- Un bloc paracervical est utile, en particulier s'il est nécessaire de recourir à une dilatation mécanique pour insérer les dilatateurs.
- Mettre en place les dilatateurs osmotiques de l'orifice cervical externe vers l'orifice cervical interne.
S'assurer qu'ils ont traversé l'orifice cervical interne.
Placer chaque dilatateur supplémentaire à côté du précédent et jamais bout à bout.
- Retirer tous les instruments et assurer l'hémostase.
- Noter dans le dossier médical le nombre de dilatateurs insérés dans le col de l'utérus.
- Expliquer à la patiente ce à quoi elle doit s'attendre après la mise en place des dilatateurs et quels sont les signes d'alerte.