

	IVG en intra-hospitalier		
	Réseau Périnatal de La Réunion	www.repere.re Onglet Protocoles GYN / Obst	Création novembre 2019, MAJ 29/04/2022 ; 21/05/2024 Validation : Club IVG 2019

Objectif – domaine d'application

Organisation et prise en charge des demandes d'IVG au sein des services d'orthogénie des établissements de santé de La Réunion.

Les documents utiles sont à retrouver sur le site du RePèRe : check list IVG, attestation de consultation pré IVG, formulaire de confirmation de demande, coordonnées régionales pour la réalisation de l'entretien psycho social et le dépistage « gratuit » des IST, fiche sur les idées reçues de l'IVG, les suites de l'IVG médicamenteuse, modèles d'ordonnances.

Abréviations - références

AG : âge gestationnel	EVA : échelle visuelle analogique	IST : infection sexuellement transmissible	LCC : longueur crano-caudale
BIP : diamètre bipariétal	FCU : frottis cervico-utérin	IVG : interruption volontaire degrossesse	PS : professionnel de santé
CAT : conduite à tenir	FDR : facteur de risques	IVGM : IVG par voie médicamenteuse	RAI : recherche d'agglutinines irrégulières
CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	GEU : grossesse extra-utérine	LARC : contraceptifs réversibles de longue durée d'action	SA : Semaines d'aménorrhée
DIU : dispositif intra-utérin	HAS : Haute Autorité de Santé		

Bibliographie complète à retrouver sur : Protocole IVGM en intra-hospitalier, texte long, Réseau Périnatal de la Réunion, juillet 2018.

MAJ de la HAS IVG par méthode médicamenteuse du 11/03/2021, du décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé, JO 20/02/2022 et de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'IVG, JO 03/03/2022.

MAJ février 2024 : Solène Vigoureux, Paul Maurice, Jeanne Sibuide, Charles Garabedian, Nicolas Sananès, Prévention de l'allo-immunisation anti-RH1 au premier trimestre de la grossesse: recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français, Volume 5229, Issue 1, 1/2024, Pages 1-62, ISSN 2468-7189, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2024.02.026>

1 – Définitions – Diagnostic

A – IVG :

- Les femmes doivent être informées des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes, médicamenteuse ou instrumentale, en fonction du terme et des effets secondaires afin de faire un choix éclairé en fonction de leur situation personnelle et de leur ressenti par rapport à la technique. Ne pas conseiller une méthode d'emblée et permettre un accès équivalent à chaque méthode.
- Un entretien psychosocial doit être systématiquement proposé. Cet entretien est obligatoire pour les mineures.
- Un dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles doit être proposé ; le dépistage du Chlamydiae Trachomatis est recommandé pour toute femme en demande d'IVG.
- Une information éclairée doit être donnée sur les différents types de contraception régulière et d'urgence.

Deux modalités d'interruption de grossesse sont accessibles après vérification échographique d'une grossesse intra utérine évolutive et de sa datation :

- **L'IVG médicamenteuse**, par protocole Mifépristone (Mifegyne®)-Misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®) ; proposée jusqu'à 9 SA hors établissement de santé par un PS conventionné et jusqu'à 16 SA en établissement de santé.
- **L'IVG chirurgicale ou instrumentale** se fait sous anesthésie locale, loco-régionale ou générale, jusqu'à 16 SA et se déroule au bloc opératoire en établissement de santé, en ambulatoire.

Toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Lors de l'appel de la patiente, si la datation de grossesse est estimée entre 14 et 16 SA, donner un RDV dans les 48H.

Seuls les centres d'orthogénie du **CHU (sites Nord et Sud), du CHOR et du GHER** prennent en charge les IVG tardives entre 14 et 16 SA.

B – IVG par voie médicamenteuse :

La méthode médicamenteuse est réalisable jusqu'à **16 SA**.

Contre-indications :

- Allergie aux produits,
- Anémie profonde,
- Troubles de la coagulation, traitement anticoagulant,
- Insuffisance surrénalienne chronique,
- Porphyrie,
- GEU confirmée ou suspectée.

Précautions d'emploi :

Pathologies graves, traitements par corticostéroïdes.

Pas de contre-indications ni de changement de protocole en cas d'allaitement, obésité, grossesse gémellaire, utérus cicatriciel.

C – IVG par voie instrumentale :

La méthode chirurgicale est réalisable jusqu'à 16 SA.

2 – Précisions sur la datation de grossesse :

L'échographie avant l'IVG : n'est pas obligatoire mais est recommandée, d'autant plus avant une IVG par voie instrumentale et/ou à l'approche du terme de 14SA.

L'échographie avant l'IVG :

- permet datation de grossesse => respect des délais de l'IVG,
- permet localisation de grossesse => diagnostic différentiel de GEU,
- permet de suivre évolutivité => diagnostic différentiel avec FCS,

En pratique :

- A l'échographie, avant l'apparition de l'embryon, la datation repose sur la mesure du sac ovulaire.
- A l'échographie, un sac ovulaire est une image arrondie anéchogène entourée d'une double couronne trophoblastique hyperéchogène localisée au sein de l'endomètre.
- Un sac ovulaire de plus de 10 mm doit normalement contenir une vésicule vitelline. La présence d'une vésicule vitelline dans le sac gestationnel signe le caractère endo-utérin de la grossesse.
- Un sac ovulaire de plus de 16 mm doit normalement contenir un embryon.
- Après l'apparition de l'embryon, la datation repose sur la mesure de la longueur crano-caudale LCC (**courbe de Robinson**) ou par la mesure du diamètre bipariétal (BIP) définie par le collège français d'échographie fœtale (CFEF) à partir de 11 SA (courbes Intergrowth).
- L'IVG peut être réalisée lorsque les mesures de LCC et/ou de BIP sont respectivement inférieures à 90 mm et/ou 30 mm pour 14SA => Par extrapolation, à 16 SA, BIP = 38 mm au 90^{ème} percentile, PC = 132 mm au 90^{ème} percentile.
- Un embryon de 4 mm ou plus doit normalement présenter une activité cardiaque.
- Si le taux d'hCG est >1500UI/L et l'œuf non visible en échographie endovaginale, la suspicion de grossesse extra-utérine l'emporte toujours.

La fiabilité de la mesure pour la datation est à +/- 5 jours.

Les méthodes de datation sont les mêmes en cas de grossesse gémellaire.

Au-delà de 14 SA, la mesure de la LCC ne permet plus de faire une datation fiable : les mesures du BIP, du fémur voire du pied sont utilisées. (cf annexe 5)

3 – Parcours de soins – descriptif de la procédure :

Les consultations sont réalisées en présentiel. Elles peuvent être réalisées en téléconsultation pour une ou l'ensemble des consultations, avec l'accord de la femme et si le médecin ou la sage-femme le juge possible.

A- 1^{ère} consultation, préalable à l'IVG :

- Réalisée par tout médecin ou toute sage-femme choisi(e) par la femme (consultation comprise dans le tarif forfaitaire IVG).
- Recueil de la demande d'IVG ; s'assurer de la liberté de choix de la femme.
- La femme doit être **informée** des différentes méthodes, des lieux de réalisation de l'IVG, du déroulement de l'IVG, des risques et des effets secondaires potentiels.
- Inviter la femme à prendre connaissance du « **dossier-guide IVG** » (remis ou téléchargeable sur https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/guide_ivg_2018.pdf et <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>), et éventuellement la fiche « **idées reçues et IVG** » (https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/IVG_Idees_recues_pour_pli.pdf)
- Proposer systématiquement l'**entretien psycho-social** (obligatoire si mineure, facultatif si majeure),
- Dépistage des vulnérabilités, des violences (conjugales, intrafamiliales) et orientations éventuelles,
- Prescrire un **bilan pré-IVG** (dosage hCG, groupe rhésus si absence de carte de groupe, +- RAI) +- prescrire Rhophylac® 200µg si rhésus négatif et grossesse > 12SA,
- Proposer un **FCU** selon les recommandations,
- Prescrire ou réaliser l'**échographie pré-IVG ; avec recherche de la vésicule vitelline ou mesure de la LCC**, sans image et sans son pour la patiente (sauf souhait femme/couple).

En cas d'approche du terme de 14 SA, la réalisation d'une échographie est recommandée pour définir une datation précise.

- Si la patiente est porteuse d'un DIU, retirer celui-ci, ou lors de la 2^{ème} consultation (avant la prise de la Mifépristone),
- Une **attestation de consultation de demande d'IVG doit être établie et remise à la patiente.**
- Lors de cette 1^{ère} consultation ou à tout moment dans le parcours de demande d'IVG, un dépistage des **IST** est proposé selon les recommandations (rappel : **dépistage du Chlamydia Trachomatis** recommandé dans le cadre de l'IVG),
- La prescription d'une contraception peut être abordée lors de cette 1^{ère} consultation ou à tout moment du parcours IVG, afin de permettre à la patiente de choisir la **contraception** la plus adaptée à sa vie sexuelle et son mode de vie (voir la fiche HAS « Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse IVG »).

Tous les médecins ou sages-femmes ne sont pas tenus de prendre en charge l'IVG. Ils doivent en revanche en informer immédiatement les femmes qui en font la demande et leur donner le nom de confrères susceptibles de réaliser l'IVG (voir cartographie de l'offre IVG à La Réunion sur www.repere.re).

B- L'entretien psycho-social

- Réalisé par une personne qualifiée (conseiller conjugal, assistant social qualifié...) qui apporte une assistance et des conseils appropriés à la situation.
- Il est obligatoire pour une femme mineure avant l'IVG et donne lieu pour elle à la remise d'une **attestation** indispensable pour procéder à l'IVG.
- Il doit être proposé systématiquement à toute femme majeure.
- Suppression du délai de réflexion de 48H après l'entretien avant la réalisation de l'IVG.
- Les coordonnées des Centres de Planification et d'Éducation Familiale, Association Planning Familial 974, Conseillères Conjugales et Familiales des établissements de santé de la Réunion sont à retrouver sur : https://repere.re/wp-content/uploads/FICHE-MEMO-COORDONNEES-ENTRETIEN-PRE-IVG_24022022.pdf
- Cet entretien psycho-social peut être réalisé à tout moment dans le parcours IVG.

C - La 2^{ème} consultation : confirmation et IVG :

Elle fait suite à la première consultation « pré-IVG », sans délai particulier si l'entretien psychosocial n'est pas réalisé et peut alors être réalisée le même jour. (Consultation comprise dans le tarif forfaitaire IVG).

- La femme **remet sa confirmation écrite et signée de demande d'IVG.**

- **Si la femme est mineure non émancipée**, la remise du consentement écrit d'un parent ou d'un représentant légal est nécessaire. Si la mineure souhaite garder le secret ou si elle n'obtient pas le consentement des parents, la mineure désigne un majeur référent l'accompagnant.

Principe : l'alinéa 3 de l'article L.2212-7 modifié du Code de la santé publique précise que " Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'a pas été obtenu, l'interruption de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, [demande] présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix ".

Conséquences : la mineure, préalablement informée sur les risques attachés à l'IVG, peut consentir seule à l'acte médical d'interruption volontaire de grossesse **ainsi qu'aux actes médicaux et de soins qui y sont directement rattachés, y compris en cas de complications.**

En tout état de cause, toute nouvelle intervention chirurgicale ou tout nouvel acte médical consécutif à une complication liée à l'interruption volontaire de grossesse, obligent le médecin à ne recueillir que le seul consentement de la mineure, préalablement et dûment informée des soins qu'elle devra subir.

Il est toutefois possible de consigner par écrit les coordonnées de ses parents/représentants légaux. Ces renseignements sont mis dans une enveloppe cachetée mise dans le dossier pour lui être rendue à la sortie s'il n'y a eu aucun souci grave pour elle. Dans le cas contraire, l'accord du Procureur de la République est obligatoire pour lever la scellée et informer les parents.

- Établir le calendrier de l'IVG.

4- PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :

- Prise du 1^{er} médicament : **MIFEPRISTONE 200mg** (Mifegyne[®] ou Miffée[®]) par voie orale par la patiente en présence ou non du PS.
- Si > 12 SA, administration du Rhophylac[®] 200µg si rhésus négatif et RAI (anti D) négatives.
- Au-delà de 14 SA, prévoir une consultation d'anesthésie. La prise en charge se fera en SDN.
- **RDV D'HOSPITALISATION** : 36-48h après cette 1^{ère} prise de médicament.
- Si la méthode contraceptive choisie est l'implant progestatif, celui-ci peut être posé par le PS.

36- 48 h après la prise de la Mifépristone :

- Accueil de la patiente dans le service d'orthogénie ou en SDN si AG entre 14 et 16 SA ; patiente non à jeun. Par la suite, la patiente peut prendre des boissons claires sans particules si elle en ressent le besoin.
- Rappel des informations données sur le déroulement de la journée : prise des médicaments, saignements et douleurs, surveillance et contrôle post IVG.
- Prise de l'antalgique (AINS [*ibuprofène, flurbiprofène*] ou palier II [*paracétamol codéiné, tramadol*]), et de l'antiémétique,
- Attendre 30 minutes, puis prise du Misoprostol (Gymiso[®] ou MisoOne[®]) par voie transmuqueuse orale (*laisser fondre entre la joue et la gencive et avaler les fragments résiduels au bout de 30 min*) ou sublinguale (hors AMM).

< 7 SA	7 - 9 SA	9 - 16 SA
400µg Misoprostol	800µg Misoprostol	800µg Misoprostol
Gymiso® (2 cp de 200µg) ou MisoOne® (1cp de 400µg)	Gymiso® (4cp de 200µg) ou MisoOne® (2cp de 400µg)	Gymiso® (4cp de 200µg) ou MisoOne® (2cp de 400µg)
<u>Voie transmuqueuse orale ou sublinguale</u> (hors AMM).	<u>Voie transmuqueuse orale ou sublinguale</u> (hors AMM).	<u>Voie transmuqueuse orale ou sublinguale</u> (hors AMM).
Renouvellement éventuel 3 heures après : Dose 400µg misoprostol	Renouvellement éventuel 3 heures après : Dose 400µg misoprostol	<u>Renouvellement toutes les 3 heures jusqu'à expulsion</u> : Dose 400 µg misoprostol Jusqu'à 5 doses supplémentaires si nécessaire
		Au-delà de 9 SA, répéter systématiquement les prises de misoprostol

- Pas de changement de protocole en cas d'allaitement, obésité, grossesse gémellaire ou utérus cicatriciel.
- Demander à la patiente de marcher +++
- Évaluation de la douleur (EVA), renouvellement du traitement antalgique : 2 cp de paracétamol codéiné 500mg, ou Acupan 20mg per os (1 ampoule 2ml sur un sucre) ou 2 cp Ixprim 37,5mg per os.
Si EVA ≥ 7, Nubain 20mg IVL dans 100ml de sérum physiologique sur 30 minutes (ou Nubain 10mg si poids < 50kg).
Discuter avec le MAR de la possibilité d'une analgésie péridurale.
- Surveillance des paramètres toutes les 2 heures (TA, pouls, t°), des saignements/ de l'expulsion, des nausées/vomissements.
- Dans le cas où la patiente est hyperalgique malgré les traitements antalgiques : faire une échographie pour situer le sac gestationnel => le plus souvent, le sac se situe au niveau de l'isthme cervical avec un aspect en sablier. Mettre en place un spéculum, désinfecter à la Bétadine et retirer délicatement le sac gestationnel avec une pince de Bengoléa sous échoguidage. Ce geste calme instantanément les douleurs ressenties ; le trophoblaste s'expulse par la suite, en général dans l'heure qui suit.
- **Expulsion : utilisation chaise percée si possible. Entre 14 et 16 SA, le fœtus expulsé sera mis dans un sachet jaune étiqueté avec le NIP de la patiente et adressé pour incinération (ou collecteur des déchets médicaux).**
- **Entre 9 et 16 SA** : contrôle échographique de la vacuité utérine dans l'heure qui suit l'expulsion ou à H6 ?
 - Si absence sac gestationnel et métrorragies maîtrisées : retour à domicile autorisé.
 - Si présence sac gestationnel/absence d'expulsion du fœtus : renouvellement des doses de misoprostol (cf. tableau ci-dessus) et hospitalisation si besoin en service de gynécologie. Prévoir alors une consultation d'anesthésie si non faite et programmer une prise en charge chirurgicale par aspiration le lendemain si la présence du sac gestationnel est toujours confirmée par échographie, ou reprendre le protocole misoprostol 12H après la dernière prise.

5- PROTOCOLE INSTRUMENTAL :

- Expliquer comment va se dérouler l'hospitalisation : accueil (lieu, heure,...), prévoir un accompagnant pour le retour à domicile (pas de conduite de véhicule pendant 24H suite à l'anesthésie générale).
- Prescrire ou réévaluer la méthode contraceptive choisie selon les besoins de la patiente (l'implant progestatif ou le DIU peut être posé le jour de l'intervention).
 - La veille de l'intervention, la patiente doit prendre une douche antiseptique avant le coucher. Prémédication si prescrite par l'anesthésiste. Rappel des règles de jeûne : solide 6 h avant l'intervention, liquide clair (café, thé, jus de fruits sans pulpe, boissons sucrées non gazeuses) 2h avant l'intervention. Pas de vernis, ni bijoux, ni piercing, ni lentilles de contact, ni maquillage.
- **Adjonction de 200 mg de mifépristone 24 à 48 heures avant le geste** pour les grossesses comprises entre 12 et 16 SA.

Le jour de l'intervention :

- Accueil de la patiente et installation en chambre (avec accompagnateur majeur si mineure),
- Vérification du dossier de la patiente : attestation 1^{ère} consultation pré IVG, +- attestation entretien psycho-social, consentement écrit et signé de demande et confirmation d'IVG, détermination du groupe sanguin rhésus phénotypée, consultation pré anesthésique +- bilan pré opératoire (RAI), résultats du dépistage CT et NG.
- Préparation pour le passage au bloc opératoire : blouse, charlotte, surchausses, perfusion, bracelet d'identification, prémédication si prescrite.
- Prise de l'ibuprofène à dose antalgique et de l'anti émétique, 30 minutes avant la prise du Misoprostol,
- **Préparation cervicale : 3-4h avant le geste, Misoprostol 400µg** (2 comprimés à 200 µg de Gymiso[®] ou 1 comprimé de 400µg MisoOne[®])
- **Cas particuliers : utilisation des dilateurs osmotiques (Dilapan-S[®])**
Si crainte de dilatation cervicale difficile (atcd conisation, col punctiforme, utérus multi-cicatriciel, IVG au 90^{ème} percentile de 16SA (BIP=38mm) => pose de Dilapan[®] 1h après le misoprostol. Passage au bloc 3-4h après la pose de dilapan[®].
- **Au bloc opératoire, par le médecin :**
 - Vérifier le groupe sanguin rhésus,
 - En cas d'anesthésie locale ou loco-régionale, proposer si possible un accompagnement dédié (limiter les effets sonores avec un casque à musique par exemple),
 - La dilatation cervicale doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments.

Corrélation entre dilation et âge gestationnel :

Entre 14 et 15 SA : au moins bougie n°14 ou n°15

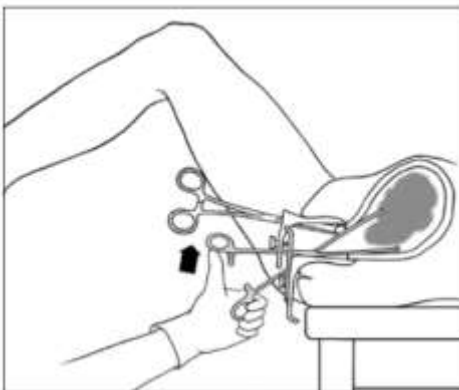
Entre 15 et 16 SA : au moins bougie n°15 ou n°16

Inutile et déconseillé de dépasser la bougie n°16.

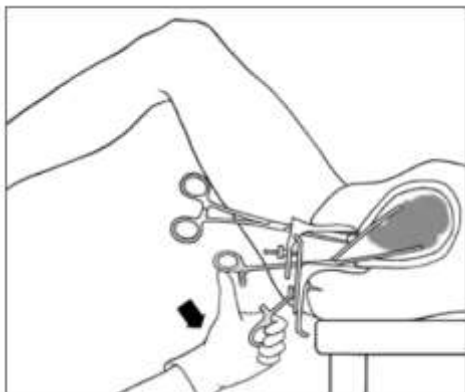
- Vérifier la pression d'aspiration (au maximum 80mmHg), éviter l'utilisation de toute curette,
- Commencer par une aspiration intra-utérine pour aspirer le LA avec la plus grosse canule,



- Demander l'injection de 5UI de Syntocynon[®] en IVL, puis 10 UI dans une poche de 250 ml pendant le reste de la procédure.
- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.
- Réaliser la procédure D&E sous contrôle échographique à l'aide d'une pince de Mac Clintok 24 cm ou pince-forceps de Sopher.



Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement.
Dès que l'orifice cervical interne est franchi, ouvrir la pince aussi largement que possible, en abaissant la main et la pince en direction du sol pour amener les mâchoires de celle-ci dans la partie antéro-inférieure de l'utérus.



Pour évacuer les tissus, fermer 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, maintenir la pince vers le bas et au milieu de la cavité utérine. Répéter l'opération jusqu'à élimination complète des tissus fœtaux et pratiquer une aspiration pour éliminer les tissus résiduels.

Conseils pratiques :

5 nouvelles UI de Syntocynon® en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.

Les vacuettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides, peuvent être utiles.

Recourir à l'aspiration en cours de geste est très utile pour amener à portée de la pince les fragments situés au de l'utérus.

- Vérifier la contraception prévue et si possible, poser le DIU ou l'implant contraceptif au décours de l'aspiration,
 - Faire le compte-rendu opératoire type IVG (préciser si complications, hémorragie, mise en place contraception au long cours,...)
 - Surveillance post-opératoire immédiate assurée en SSPI.
- Au retour du bloc opératoire :
 - Relevé des transmissions du bloc opératoire,
 - Surveillance des constantes (TA, pouls, conscience), surveillance des saignements, de la douleur, de l'anxiété,
 - Collation, premier lever en présence d'un professionnel de santé,
 - Vérification d'une miction spontanée pour la patiente,
 - Prévention de l'iso immunisation Rhésus chez les patientes de groupe RH négatif : **injection intraveineuse de Rhophylac® 200µg.**

D – Traitement des IST :

En cas de dépistage positif pour un agent responsable d'IST, antibiothérapie adaptée au germe identifié et traitement proposé au(x) partenaire(s) de la patiente :

GONOCOQUE (Neisseria gonorrhoea):

Ceftriaxone 500 mg en dose unique par voie IM, ½ heure de surveillance.

Si CI aux bêta-lactamines : gentamicine 240 mg par voie IM en dose unique.

La ciprofloxacine 500 mg en dose unique ne doit être utilisée qu'en milieu spécialisé, après étude de sa sensibilité sur l'antibiogramme.

CHLAMYDIAE (Chlamydiae Trachomatis) :

Doxycycline 200 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes pour une durée de 7 jours.

Si patiente symptomatique (lymphogranulomatose vénérienne) : Doxycycline 200 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes pour une durée de 3 semaines.

Si CI doxycycline ou si risque dysobservance : Azithromycine 1g dose/minute.

MYCOPLASMA GENITALIUM :

Traitement si patiente symptomatique. Azithromycine 1g à J1 puis 500 mg à J2 et J3.

En cas d'échec de ce traitement, adresser en centre spécialisé (traitement de choix : moxifloxacine 400 mg par jour pendant 10 jours).

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.

Une évaluation au cas par cas du bénéfice/risque à faire une antibioprofylaxie est toujours possible.

E - Gestion de la sortie :

- Gestion de la sortie avec l'accord du gynécologue (score de Chung ≥ 9 , consignes de sortie, RDV de contrôle

entre J14 et J20).

- Prescription et éducation sur la contraception.
Si DIU non posé ce jour, effectuer la prescription et fixer un rendez-vous de pose après le premier cycle de contraception. Insister sur la nécessité d'une contraception relais avant la pose du DIU.
Si prescription d'une contraception hormonale orale, insister sur le début du traitement le jour même de l'IVG.
Pose de l'implant contraceptif avant la sortie.

Rappeler que seuls les préservatifs protègent des IST. **Préservatifs externes (« masculins ») et internes (« féminins ») remboursés, prescrits** sans distinction de genre (homme ou femme) ou **gratuits en pharmacie sans ordonnance pour les moins de 26 ans.**

- Vérification de la sortie avec un accompagnant adulte pour les mineures.

F - Consultation post-IVG :

- Une consultation de suivi est recommandée pour s'assurer du succès de la méthode.
- En l'absence d'échographie en cours d'hospitalisation, rappeler à la patiente que les saignements suite à la prise des médicaments ne sont pas synonymes de réussite de l'IVG ; le dosage de l'hCG ou l'échographie post IVG sont indispensables.
- Au-delà de 9SA, l'échographie étant réalisée de façon systématique en post IVG immédiat, la consultation post IVG demeure indispensable afin de s'assurer de l'absence de complications et de faire le point sur la méthode de contraception choisie (adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la femme, compréhension et bonne utilisation).
- A cette occasion, un entretien psycho social post IVG est aussi proposé ou d'autres relais éventuels.

Évaluation du succès de l'IVG :

- Dosage sérique hCG : diminution de 80% du dosage initial 15 jours après l'IVG médicamenteuse,
- Ou autotest urinaire semi-quantitatif adapté à L'IVGM à domicile, 15 jours après l'IVG, combiné à un suivi téléphonique,
- Ou échographie, à réaliser vers le 21^{ème} jour post IVG.

6 – Contraception post IVG :

L'ovulation reprend rapidement après l'IVG ; 1 femme sur 4 a des rapports sexuels non protégés avant la visite post-IVG.

Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action (**LARC**) tels que l'implant et les DIU, semblent plus efficaces pour éviter la répétition des IVG.

Le choix de la méthode contraceptive doit être en accord avec les attentes et le mode de vie de la femme ; information claire, objective et personnalisée avec respect des contre-indications.

Suite à une IVG médicamenteuse :

- Les **œstro-progestatifs oraux et les patchs** peuvent être débutés le jour même ou le lendemain de la prise de prostaglandines Misoprostol,
- L'**anneau vaginal** peut être inséré dans la semaine suivant la prise de Mifépristone,
- Les **pilules microprogestatives** peuvent être débutées le jour même ou le lendemain de la prise de prostaglandines Misoprostol,
- L'**implant** peut être inséré le jour de la prise de Mifépristone,
- Les **DIU** peuvent être insérés dans les 10 jours suivant la prise de Mifépristone, après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (pas plus d'expulsions, d'infections, de perforations ou de saignements).

Rappeler que seuls les préservatifs protègent des IST. **Préservatifs externes (« masculins ») et internes (« féminins ») remboursés, prescrits** sans distinction de genre (homme ou femme) ou **gratuits en pharmacie sans ordonnance pour les moins de 26 ans.**

RAPPEL : CONTRACEPTION et PRÉVENTION pour les femmes et les hommes de moins de 26 ans

⇒ **Prise en charge à 100% de certains actes dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais (DAF)**

La 1^{ère} consultation de contraception (cotée CCP, tarif à 57€ en outre-mer),

Une consultation de suivi la 1^{ère} année d'accès à la contraception,
 Une consultation annuelle, en lien avec la contraception, à partir de la 2^{ème} année de contraception, jusqu'à 25 ans révolus,
 Les actes liés à la pose, au changement, ou au retrait d'un dispositif contraceptif.
 Les contraceptifs remboursables (pilules 1^{ère} et 2^{ème} génération, DIU, implant contraceptif).
 Certains examens de biologie médicale si nécessaire (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides), dans la limite d'une fois par an.

7 – Annexes :

Annexe 1 : Détermination de l'âge gestationnel (mesures par échographie) :

Tableau 1 : Estimation de l'âge gestationnel en fonction de la mesure du diamètre bipariétal.

DIAMÈTRE BIPARIÉTAL (cm)	ÂGE GESTATIONNEL (semaines)
2,6	13,9
2,7	14,2
2,8	14,5
2,9	14,7
3,0	15,0
3,1	15,3
3,2	15,6
3,3	15,9
3,4	16,2
3,5	16,5
3,6	16,8
3,7	17,1
3,8	17,4
3,9	17,7
4,0	18,0

Tableau 2 : Estimation de l'âge gestationnel en fonction de la longueur du fémur.

LONGUEUR DU FÉMUR (cm)	ÂGE GESTATIONNEL (semaines)
1,0	12,8
1,1	13,1
1,2	13,4
1,3	13,6
1,4	13,9
1,5	14,2
1,6	14,5
1,7	14,8
1,8	15,1
1,9	15,4
2,0	15,7
2,1	16,0
2,2	16,3
2,3	16,6
2,4	16,9
2,5	17,2
2,6	17,6
2,7	17,9

Tableau 3 : Estimation de l'âge gestationnel en fonction de la longueur du pied.

ÂGE GESTATIONNEL (semaines)	LONGUEUR DU PIED EN MILIEU DE SEMAINE (mm)	PLAGE DE LONGUEUR DU PIED (mm)
12 à <13	10	8 à 11
13 à <14	13	12 à 14
14 à <15	16	15 à 17
15 à <16	20	18 à 21
16 à <17	23	21 à 24

Annexe 2 : Score de Chung

Critères de sortie : Score de Chung Chung et al., Anesth Analg, 1995

Paramètres vitaux (TA, Pulsations, Respiration, T°)	
- Variations < 20% par rapport à la valeur préopératoire	2
- 20% < variations < 40%	1
- Variations > 40%	0
Déambulation	
- Démarche assurée, sans vertige	2
- Marche possible avec aide assistance	1
- Impossible	0
Nausées et/ou vomissements	
- Absents	2
- Modérés	1
- Sévères malgré traitement	0
Douleurs	
- Minimales : EVA<3	2
- Modérés : 3<EVA<5	1
- Sévères : EVA>5	0
Saignement chirurgical	
- Minime	2
- Modéré	1
- Sévère	0
Total :	

Interprétation du score de Chung :

Pour sortir, le patient doit avoir un score de Chung \geq à 9

- *En cas d'AL pure, sortie de suite si score \geq à 9,*
- *En cas d'AL et sédation, le patient reste minimum 1h même si score \geq à 9,*
- *En cas d'AG, le patient reste minimum 3h même si score \geq à 9.*