



PRISE EN CHARGE DES IVG 14-16 SA

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1	14/11/2023	Création

Indexation : 2023_Ref_IVG_14_16SA, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr

Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

- ✓ **Animation :** M. Benjamin COPPEL, sage-femme coordinateur, pilote du pôle orthogénie, RPO
- ✓ **Rédaction :**
 - Mme Nouara ABDEL HAMID, Psychologue, CHU Montpellier
 - Mme Stéphanie ANDREU-SEIGNE, Sage-femme et conseillère conjugale et familiale, CD 31
 - Mme Isabelle ASSIE, Sage-femme, CHIC Castres-Mazamet
 - Dr Armelle BERTRAND, Gynécologue-obstétricienne, CHU Toulouse
 - Mme Sophie BOUCHARD, Sage-femme, CH Perpignan
 - Dr Manon BOUTOT, Gynécologue-obstétricienne, CH Carcassonne
 - Mme Dominique FOISSIN, Sage-femme coordinatrice, RPO
 - Dr Séverine FORGET, Gynécologue-obstétricienne, CH Perpignan
 - Mme Gwenaëlle FRIN, Psychologue, CHU Montpellier
 - Dr Fanette GALTIER, Gynécologue-obstétricienne, CH Béziers
 - Dr Marion GARBAY, Gynécologue médicale, CHU Montpellier
 - Mme Christelle GRAF, Sage-femme coordinatrice, CH Albi
 - Mme Lydia IDRI, Coordinatrice, REIVOC
 - Mme Laurence KOCHOYAN, Assistante de coordination, RPO
 - Mme Karine LACOMBE, Sage-femme, CSS Rodez
 - Mme Ingrid LEHUGEUR, Sage-femme, Villefranche-de-Rouergue
 - Mme Catherine MARBEZY, Sage-femme, CSS Albi
 - Dr Kathryn MILNS, Médecin généraliste, CSS Béziers
 - Dr Marie PORTES, Gynécologue-obstétricienne, CHU Nîmes
 - Dr Sylvie RIPART-NEVEU, Gynécologue-obstétricienne, CHU Nîmes
 - Dr Anne SAINT-MARTIN, Médecin généraliste et Présidente REIVOC, Toulouse
 - Dr Lori SAVIGNAC-KRIKORIAN, Médecin orthogéniste, CHU Toulouse
- ✓ **Relecture :**
 - Dr Jessie GRENIÉ, Médecin anesthésiste réanimateur, CHU Montpellier
 - Dr Mamadou BALDE, Médecin DIM, CHU Nîmes
 - Fédération régionale du Planning Familial Occitanie
 - Membres du Conseil Scientifique RPO
- ✓ **Validation :** Conseil scientifique RPO du 14/11/2023

Objet	Le référentiel décrit la prise en charge en établissement de santé des patientes lors d'une IVG entre 14-16 SA (IVG dite « tardive »)
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des établissements de santé. Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, il est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge du patient estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
Documents de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Cf bibliographie
Abréviations	<p>AG : Age gestationnel AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien ARS : Agence régionale de santé ATIH : Agence technique de l'information sur les hospitalisations BIP : diamètre bipariétal Centre de santé sexuelle DDG : Date des dernières règles IV : Intraveineuse IVG : Interruption volontaire de grossesse PC : Périmètre crânien PCR : Polymérase chain reaction PEC : Prise en charge PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information RPO : Réseau de périnatalité Occitanie SA : Semaines d'aménorrhées SSPI : Salle de surveillance post interventionnelle</p>

Table des matières

I. Eléments législatifs	4
II. Eléments préalables à la PEC	4
1. Préambule	4
2. Détermination de l'âge gestationnel	4
3. Prévention des complications infectieuses ()	4
4. Documents à rédiger	5
a) Documents administratifs	5
b) Prescription du bilan sanguin, le cas échéant	5
c) Ordonnances	5
5. Consultation préanesthésique	6
III. Parcours / information patiente	6
IV. Choix de la méthode	7
1. IVG instrumentale :	8
a) Préambule	8
b) Type d'hospitalisation et durée	8
c) Antalgie	8
Un protocole antalgique adapté doit être instauré en amont de la prise de misoprostol	8
d) Préparation cervicale	8
e) Technique D&E, selon REVHO	9
f) Surveillance post-opératoire et Anesthésie	10
2. IVG médicamenteuse	10
a) Préambule	10
b) Type d'hospitalisation et durée	10
c) Préparation cervicale	10
d) Antalgie	11
e) Technique	11
V. Sortie de la patiente	11
VI. Devenir des produits de conception	12
VII. Eléments administratifs	12
VIII. Consultation de suivi	12
IX. Accompagnement des équipes	13
X. Signalement des évènements indésirables	13

I. Éléments législatifs

Le présent référentiel fait suite à la Loi du 02 Mars 2022ⁱ visant à renforcer l'accès à l'IVG et prévoyant notamment l'allongement du délai légal de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), passant ainsi de 14 à 16 semaines d'aménorrhées (SA).

Il vise à proposer une recommandation régionale pour la prise en charge des IVG entre 14 et 16 SA, en l'absence de recommandation nationale de pratique clinique.

Il est rappelé que les établissements de santé sont tenus d'assurer la continuité des soins en matière d'IVG en effectuant la prise en charge ou en adressant les patientes dans un établissement adapté afin d'éviter toute perte de chance

II. Éléments préalables à la PEC

1. Préambule

Les interruptions de grossesse peuvent être associées à des situations de vulnérabilité (violences, addictions, précarité, ...) (ii).

Un repérage systématique de ces situations permettra d'identifier les besoins des femmes et de proposer une orientation adaptée le cas échéant.

Il conviendra par ailleurs de s'assurer d'une bonne compréhension de la patiente (en sollicitant un.e interprète si nécessaire).

Une attitude bienveillante est de rigueur tout au long de la prise en charge.

2. Détermination de l'âge gestationnel

Une échographie de datation réalisée entre 11 SA et 13+6 SA est le moyen le plus fiable de dater précisément la grossesse et doit être recherchée. Le délai maximal de réalisation de l'IVG sera établi en fonction de l'âge gestationnel déterminé par cette échographie.

En l'absence de mesure réalisée sur cet intervalle, et en particulier au-delà de 14 SA, la mesure de la longueur crânio-caudale (LCC) n'est plus utilisable. Il conviendra de se baser sur la mesure du périmètre crânien (PC) ou, à défaut, du diamètre bi-pariétal (BIP) (iii).

En l'absence de recommandations nationales, les biométries communément admises comme limite pour 16 SA se situent au 90ème percentile de ces mesures soit 132mm pour le PC et 38mm pour le BIP.

En cas de besoin, une décision collégiale doit être prise, et il peut être utile de faire une nouvelle échographie par un opérateur expérimenté.

3. Prévention des complications infectieuses (iv)

L'antibioprophylaxie n'est pas conseillée lors des IVG chirurgicales.

Un dépistage systématique d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae par PCR sur un auto-prélèvement vaginal (ou à défaut urinaire) est conseillé avant toute IVG chirurgicale.

Il est souhaitable que le résultat bactériologique du prélèvement vaginal soit disponible avant de réaliser une IVG chirurgicale afin de proposer un traitement antibiotique préalable adapté au germe identifié en cas de dépistage positif.

L'absence de résultat du prélèvement le jour de l'IVG ne doit pas retarder sa réalisation.

Dans le cas où le résultat d'un dépistage positif pour un agent d'IST 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, un traitement doit également être proposé au.x partenaire.s de la patiente.

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

- NEISSERIA GONORRHOEAE :
 - Ceftriaxone 500 mg en dose unique par voie IM ;

En cas d'allergie aux céphalosporines : Azithromycine 2 g en prise unique.

- CHLAMYDIA TRACHOMATIS :
 - Doxycycline 200 mg PO en 1 ou 2 prises quotidiennes pendant 7 jours.
 - Si besoin (patiente asymptomatique et risque de mauvaise observance), un traitement par Azithromycine 2 g en prise unique est envisageable
- MYCOPLASMA GENITALIUM :
 - Azithromycine 500 mg à J1 puis 250 mg par jour de J2 à J4, par voie orale

4. Documents à rédiger

a) Documents administratifs

Il conviendra de réaliser et de tracer dans le dossier médical de la patiente :

- Interrogatoire médical complet
- Attestation de consultation IVG
- Remise du dossier-guide IVGvi
- Consentement éclairé informant notamment sur les risques
- Recueil de l'identité et des coordonnées de la personne de confiance

b) Prescription du bilan sanguin, le cas échéant

- Groupe / rhésus en l'absence de carte de groupe (ou non valide)
- Recherche d'agglutinines irrégulières inférieures à 72 heures le jour du geste. Ce prélèvement pourrait être réalisé le jour de la prise de Mifégyne.
- Toute autre analyse, selon les pratiques en vigueur dans l'établissement : ainsi, certaines équipes préconisent de réaliser un bilan préopératoire afin de ne pas méconnaître un trouble de l'hémostase.

Si un bilan sanguin doit être prescrit, il est recommandé de le réaliser dans le même temps que la consultation d'information

c) Ordonnances

- Antalgiques (incluant à minima un AINS, en l'absence de contre-indication)
- Contraception
 - à débiter le soir ou le lendemain de l'IVG en cas de contraception orale ou de patch contraceptif
 - à poser au décours de l'IVG instrumentale en cas de dispositif intra-utérin ou d'implant contraceptif
 - A débiter au moins 7 jours après l'IVG en cas de contraception par progestatifs injectablesvii
- Immunoglobulines antiD (200 µg) si la patiente est de rhésus négatif
- Antibiothérapie éventuelle à poursuivre ou initier

5. Consultation préanesthésique

Une consultation préanesthésique est obligatoire dès lors qu'une anesthésie est envisagée au cours du geste viii.

Elle doit avoir lieu si possible

- Le jour de la consultation IVG
- Au moins 48 heures avant la réalisation de l'IVG, afin de respecter le délai légal de réflexion avant une anesthésie. En cas d'urgence (en particulier terme limite), et au cas par cas, ce délai peut être exceptionnellement raccourci.

La patiente mineure devra être accompagnée par un référent majeur choisi par la patiente (et à défaut un professionnel socio-éducatif, professionnel de santé, ...)

L'anesthésie, en fonction de la méthode d'IVG choisie (médicamenteuse ou instrumentale), peut-être une anesthésie :

- Générale, rachianesthésie, ou locale, en cas d'IVG instrumentale
- Péridurale, en cas d'IVG médicamenteuse

Dans le cas de l'IVG instrumentale, l'anesthésie locale, qui implique une durée de geste supérieure et une visibilité de l'échoguidage, ne devrait être proposée qu'en cas de :

- Choix de la patiente après information éclairée, et
- Opérateur.trice expérimenté

III. Parcours / information patiente

L'extension du délai légal de recours à l'IVG de 14 à 16 SA ne doit pas être l'opportunité de retarder la prise en charge d'une IVG à un terme plus précoce si une décision a déjà été prise par la patiente.

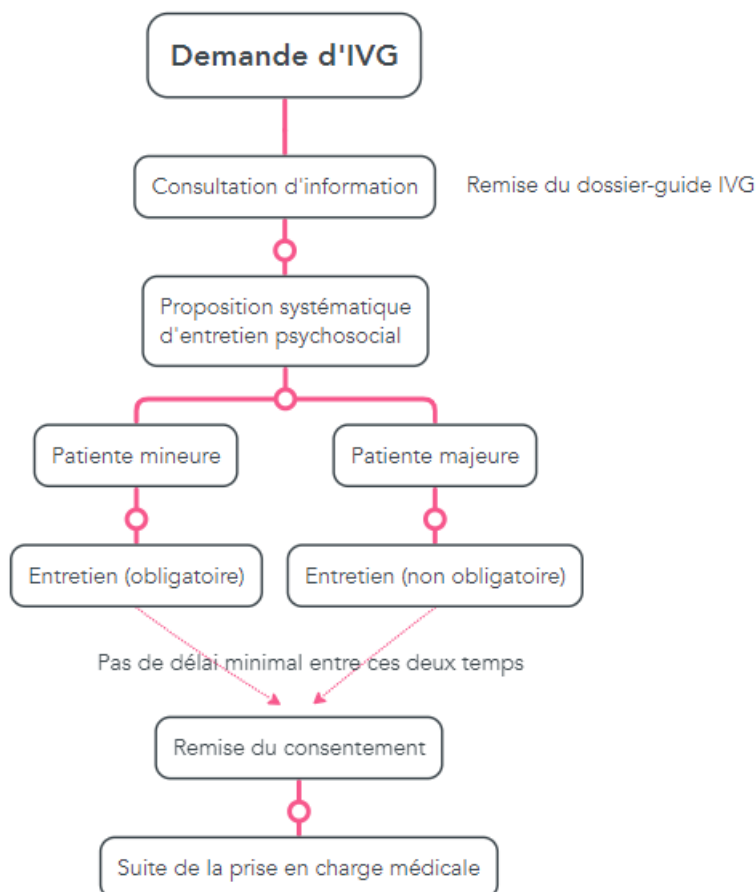
L'entretien psychosocial est proposé systématiquement avant l'IVGix. Il pourra également être proposé en post-abortum. Il est facultatif pour les patientes majeures, mais reste obligatoire pour les mineures. S'il n'est pas possible de le réaliser en intra-établissement, il conviendra de réorienter la patiente vers un Centre de Santé Sexuellex (CSS).

Le délai minimal de réflexion entre l'entretien et la remise du consentement a été supprimé dans la Loi.

Le dossier-guide IVG doit être remis à toute femme reçue en consultation IVGxi (format papier ou dématérialisé). Les professionnels peuvent se procurer gratuitement ce livret auprès du Réseau de Périnatalité Occitanie (sur simple demande sur www.redcap.link/livrets)

Les consultations médicales réalisées pour effectuer une IVG sont l'occasion d'informer sur les méthodes contraceptives disponibles et d'échanger avec la patiente sur la contraception qui lui convient. Une grossesse pouvant survenir rapidement en post abortum, la méthode contraceptive choisie sera mise en place dès que possible après la réalisation de l'IVG.

Consultations & entretiens préalables à l'IVG - Logigramme



IV. Choix de la méthode

Le choix de la méthode devrait dépendre du choix de la femme, mais également des contraintes organisationnelles des établissements du territoire et de l'expérience des opérateurs. En cas d'incompatibilité entre la demande et l'offre proposée, tout doit être fait pour proposer à la patiente une prise en charge adaptée à sa volonté.

Les établissements s'efforceront de s'engager dans une démarche de formation des professionnels permettant de répondre aux demandes des femmes.

La grossesse gémellaire ne contre-indique pas la réalisation de l'IVG par méthode chirurgicale.

En cas de situation particulière, une discussion collégiale doit être privilégiée.

1. IVG instrumentale :

a) Préambule

La technique de référence pour la pratique des IVG au-delà de 14 SA est la technique dite de « dilatation-évacuation » telle que décrite dans la fiche technique établie par le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO)^{xii} et réalisée par un opérateur expérimenté dans la pratique des IVG plus précoces et notamment entre 12 et 14 SA.

Les points clés en sont les suivants :

- Une bonne préparation cervicale
- Une dilatation suffisante
- Un échoguidage
- Un geste sous Oxytocine

b) Type d'hospitalisation et durée

Sauf rare complication et/ou situation particulière, l'IVG instrumentale entre 14 et 16 SA bénéficie d'une prise en charge ambulatoire.

c) Antalgie

Un protocole antalgique adapté doit être instauré en amont de la prise de misoprostol

Exemple de protocole médicamenteux, à administrer (en l'absence d'allergie) 30min avant le misoprostol :

- Ibuprofène : 400 à 600mg
- Néfopam : 40mg
- Paracétamol : 1g
- Prémédication anxiolytique par Xanax 0,25 mg

d) Préparation cervicale

On associe mifépristone et misoprostol :

Mifépristone 200 mg par voie orale 36 à 48 heures avant le geste, en consultation ou à domicile (en ce cas, le comprimé sera donné à la patiente lors de la consultation IVG). En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans toutefois être inférieur à 24h.

Misoprostol 400 microgrammes 2 à 3 heures avant le geste par voie jugale (de préférence) ou per os, en intra-établissement.

Une vigilance doit être portée après la prise et repérer les signes d'alerte d'une expulsion (notamment dans les situations de grossesses tardives et parité élevée). De fait il est licite de prévenir le bloc opératoire en début de préparation cervicale au cas où une expulsion ait lieu, avec une nécessité d'aspiration en urgence.

Dans certaines situations, une difficulté dans la dilatation du col est prévisible :

Antécédent de conisation

Col punctiforme

Utérus multi cicatriciel

Biométries au 90ème percentile de 16 SA (BIP proche de 38mm et/ou PC proche de 132mm)

En ce cas, il est recommandé d'y associer une préparation mécanique par dilatateurs osmotiques (à minima 2, idéalement 3), sous couvert d'une antalgie suffisante (analgésie inhalatoire notamment). Ces dilatateurs pourront être posés 1h après la prise de Misoprostol, un passage au bloc étant proposé 3 ou 4 heures après.

Selon la situation, le recours à un toucher vaginal permettra d'évaluer la nécessité de recours aux dilateurs osmotiques.

e) Technique D&E, selon REVHO

• Dilatation

La procédure ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé.

La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante.

Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel.

- Entre 14 et 15 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 14 ou n° 15
- Entre 15 et 16 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16
- Si le col peut admettre une bougie d'un diamètre supérieur, utiliser des bougies plus grandes sans dépasser la bougie n°16.

En pratique : évaluer l'efficacité de la préparation cervicale en début du geste. Si la dilatation est difficile et en fonction de la dilatation souhaitée, il peut être nécessaire d'administrer une dose supplémentaire de misoprostol ou mettre en place des dilateurs osmotiques. Le geste sera repris plus tard : 1 heure au moins après une nouvelle dose de misoprostol, 3 heures après la pose de dilateurs cervicaux.

• L'évacuation de l'utérus

- Commencer par une aspiration intra-utérine (prendre la plus grosse canule disponible) et aspirer le liquide amniotique.
- Demander l'injection de 5 unités d'Oxytocine par voie intraveineuse lente à la rupture de la poche des eaux qui peut être poursuivie par une perfusion de 10 UI durant toute la procédure. L'Oxytocine provoque la contraction de l'utérus qui :
 - Favorise le décollement du trophoblaste (« délivrance dirigée per abortum »)
 - Diminue le risque de perforation
 - Diminue les pertes sanguines
- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.
- Réaliser la procédure de Dilatation Evacuation sous contrôle échographique à l'aide d'une pince

La pince de Mc Clintock nécessite une dilatation cervicale importante, jusqu'à la bougie N°15 voire N°16. Si cette pince n'est pas disponible, ou si la dilatation ne permet pas son utilisation, il est possible d'utiliser une pince à faux germes.

- Introduire la pince sous contrôle échographique
- Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement.
- Dès le passage de l'orifice cervical interne, 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 antéroinférieure de l'utérus.
- Evacuer 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, ce qui augmente le risque de perforation.
- Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste.

Un échoguidage tout au long de la procédure peut en faciliter la réalisation.

3 conseils pratiques :

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

- 5 nouvelles unités d'oxytocine en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.
- Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels (celle-ci nécessite parfois l'utilisation d'une canule de plus petite taille compte-tenu de la rétraction utérine) ainsi qu'une échographie finale de vérification de la vacuité utérine

NB : La prévention du risque hémorragique par Acide tranexamique (Exacyl® 1g IVL en début de geste) en l'absence de contre-indications peut être proposée (en particulier pour les âges gestationnels supérieurs à 15 SA)

f) Surveillance post-opératoire et Anesthésie

La durée minimale recommandée en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est d'une heure.

Un protocole d'analgésie post opératoire et de gestion des nausées et vomissements postopératoires doit être établi.

Exemple :

- Néfopam 20mg (IV)
- Ondansétron 4mg (IV)

En postopératoire, une surveillance est instaurée : constantes, douleur (EVA), nausées et vomissements, miction spontanée, saignements.

Un traitement médicamenteux doit être proposé, le cas échéant :

Exemple :

- Néfopam 20mg per os
- Tramadol 50mg per os
- Ondansétron 4mg per os

2. IVG médicamenteuse

a) Préambule

Le Misoprostol est un médicament bénéficiant d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) dans son utilisation pour l'IVG médicamenteuse au-delà de 14 SA, validée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) (xiii). Il conviendra d'en respecter le cadre.

b) Type d'hospitalisation et durée

- La réalisation de l'IVG médicamenteuse pourra se faire en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire selon le contexte et les organisations de services. Une hospitalisation conventionnelle ne contre indique pas une sortie le jour même.
- Il est recommandé d'informer la patiente qu'un geste chirurgical peut être nécessaire en cas d'échec ou de complication de la méthode médicamenteuse.

c) Préparation cervicale

La Mifépristone 200 mg sera prise 36 à 48 heures avant le geste, en consultation ou à domicile (en ce cas, le comprimé sera donné à la patiente lors de la consultation IVG)

Des dilatateurs osmotiques pourront être posés, selon les habitudes de service, sous couvert d'une prémédication adaptée

Exemple de prémédication, à donner 30' avant la pose de dilateurs cervicaux (si la patiente n'est pas déjà sous anesthésie péridurale)

- Atarax 25mg
- Tramadol 50mg
- +/- analgésie inhalatoire

d) Antalgie

Une analgésie péridurale est recommandée pour la procédure. De façon exceptionnelle, une autre antalgie peut être envisagée selon les antécédents médicaux de la patiente ou son souhait.

Il conviendra de s'assurer de la prescription d'antalgiques à la sortie du bloc obstétrical.

e) Technique

La procédure se déroule dans une salle de naissance (si possible dédiée à la réalisation d'IVG/IMG), avec l'accompagnement d'une sage-femme.

Réaliser un partogramme en notant les heures où sont réalisés les actes médicaux et les prises de thérapeutiques.

Le travail est déclenché par la prise de comprimés de misoprostol.

Procédure

- En cas d'utérus sain, 400 µg de misoprostol toutes les 3 à 4h par voie jugale (maximum 3 prises soit 1200 µg /24h)
- Réaliser une rupture artificielle des membranes dès que la dilatation cervicale le permet.
- Si pas d'expulsion 3-4h après la 3^e prise, discuter le retour en chambre pour renouveler la procédure le lendemain.

NB : en cas d'utérus cicatriciel, les doses de misoprostol administrées doivent être divisées par deux, soit 200 µg par prise, sans excéder 600 µg / 24h)

- Après l'expulsion réaliser systématiquement l'injection de 5 UI d'oxytocine en IV.
- Réaliser une échographie de vérification de la vacuité utérine systématiquement.
- Recourir à l'aspiration endo-utérine douce en salle d'accouchement si rétention placentaire (partielle ou complète) après l'expulsion du fœtus. Il est souhaitable de s'organiser pour que cette aspiration puisse avoir lieu dans cette même salle (aspiration mobile par exemple).
- Une antibioprofylaxie systématique n'est pas recommandée

V. Sortie de la patiente

La validation de la sortie doit être réalisée par un médecin sénior, si possible le jour même.

Un compte rendu d'hospitalisation sera remis à la patiente ainsi que les ordonnances adaptées (antalgie, contraception, ...).

Il conviendra, en cas de patiente de rhésus négatif, de s'assurer qu'une injection d'immunoglobulines Anti-D a été réalisée avant la sortie.

Une consultation post-IVG sera programmée avec la patiente

VI. Devenir des produits de conception

Les produits de conception issus d'une IVG sont considérés comme des pièces anatomiques et doivent donc être incinérés dans un crématorium autorisé (xiv).

A ce titre un circuit d'acheminement doit être établi au sein de l'établissement, en respectant l'anonymat de la patiente.

Une attention particulière doit être portée dans le cas de pièces anatomiques aisément reconnaissables, afin de préserver le personnel.

VII. Eléments administratifs

Le cadre financier (forfait IVG) et légal des IVG entre 14 et 16 SA est le même que celui qui s'applique pour des âges gestationnels plus précoces. Y déroger compromettra l'anonymat de la patiente.

La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), en collaboration avec l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), a émis des recommandations en matière de codage PMSI en périnatalité, qu'il conviendra de suivre, en particulier concernant l'IVG. Ainsi il est d'usage d'utiliser les codes suivants (xv) :

- JNJD002 Évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre (+ activité 4 si anesthésie), ou
- JNJP001 Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre
- Si les suites en cours d'hospitalisation ne sont pas simples (IVG incomplète ou complication), selon les situations : JNMD001 Révision de la cavité de l'utérus après avortement (+ activité 4 si anesthésie)

En effet, même si les libellés semblent en restreindre l'utilisation au premier trimestre de la grossesse, ces actes doivent continuer à être codés pour les IVG entre 14 et 16 SA car ils permettent l'orientation des séjours dans les forfaits ad-hoc.

La date des dernières règles (DDG-13 jours) et l'AG doivent être renseignés (seule méthode pour différencier les IVG tardives des IVG plus précoces).

VIII. Consultation de suivi

La consultation post IVG se déroule 14 à 21 jours après l'IVG (parfois plus tôt selon les circonstances), idéalement par le professionnel ayant réalisé la consultation d'information. Elle peut se faire en téléconsultation.

Elle est l'occasion de réaborder la contraception avec la patiente.

Un nouvel entretien psychosocial ou une consultation par un.e psychologue peut être proposé à cette occasion.

IX. Accompagnement des équipes

Outre le vécu des femmes, celui des équipes doit également être considéré.

Tout professionnel impliqué dans la prise en charge des IVG doit idéalement le faire sur la base du volontariat, et doit à minima pouvoir être accompagné si nécessaire (compagnonnage, formation, reprise de situations complexes, soutien psychologique ...).

Le groupe de travail recommande que les IVG chirurgicales soient réalisées par des opérateurs expérimentés dans la pratique des IVG plus précoces, et notamment entre 12 et 14SA. Si des professionnels en cours de formation doivent être sollicités, il revient aux responsables de service de s'assurer de leur bon vécu psychologique et de leur formation technique suffisante.

Une discussion d'équipe doit pouvoir être possible pour échanger sur ces prises en charges spécifiques.

X. Signalement des évènements indésirables

Tout évènement indésirable en lien avec une IVG doit être obligatoirement signalé :

- Au service qualité/gestion des risques de l'établissement, selon la procédure habituelle
- A l'Agence Régionale de Santé Occitanie, en cas d'évènement indésirable grave, selon la procédure en vigueur (xvi)

De plus, le pôle Gestion des risques du RPO, en collaboration étroite avec le pôle Orthogénie, se met à votre disposition pour recueillir anonymement tout EI en lien avec les IVG tardives et permettre de faire bénéficier aux acteurs de l'orthogénie de points de vigilance identifiés.

Nous vous invitons donc à recenser tout EI (grave ou non) sur la plateforme sécurisée du RPO : www.redcap.link/EIASRPO

ⁱ Article L. 2212 du Code de la Santé Publique

ⁱⁱ C. Embersin-Kyprianou et Al., Grossesses non prévues, violences sexuelles et contraception chez les femmes consommant du cannabis ou d'autres substances psychoactives illégales en Île-de-France : données du Baromètre Santé 2016

ⁱⁱⁱ Johnsen SL, Rasmussen S, Sollien R, Kiserud T. Accuracy of second trimester fetal head circumference and biparietal diameter for predicting the time of spontaneous birth. J Perinat Med. 2006;34(5):367-70. doi: 10.1515/JPM.2006.074. PMID: 16965222.

^{iv} B. Castan, J.-L. Brun, J.-P. Stahl, C. Martin, F. Mercier, X. Fritel, A. Agostini, Prévention des infections génitales hautes postopératoires ou associées aux soins. Faut-il proposer une antibioprofylaxie lors des interruptions volontaires de grossesse chirurgicales pour prévenir les infections génitales hautes ? Conseils de bonne pratique du CNGOF, 2020

^v Haute Autorité de santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. HAS ; 2018.

^{vi} Article L2212-3 du Code de la Santé Publique

^{vii} <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=62429736&typedoc=R>

^{viii} Articles D6124-91 et D6124-92 du Code de la Santé Publique

^{ix} https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006687529

^x <https://ivg.gouv.fr/annuaire-des-centres-de-sante-sexuelle>

^{xi} https://ivg.gouv.fr/sites/ivg/files/2023-02/Guide%20IVG%202023_WEB.pdf

^{xii} <http://revho.fr/wp-content/uploads/2022/02/IVG-par-me%CC%81thode-instrumentale-entre-14-et-16-SA-Conseils-techniques-VF-siteV2.pdf>

^{xiii} www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/misoprostol_rtu_reco_autosaisine_has_sem_cteval538.pdf

^{xiv} https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Dasri_BD.pdf

^{xv} <https://ffrsp.fr/wp-content/uploads/2022/07/Fiches-de-codage-PMSI-en-perinatalite.pdf>

^{xvi} <https://www.occitanie.ars.sante.fr/signaler-alerter-declarer-1>