

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

" La naissance n'est rien où la vertu n'est pas. "
Molière

ETHIQUE MÉDICALE - Item 08

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Épidémiologie

Prévalence = 14,9 IVG / 1 000 femmes entre 15 et 49 ans = 218 000 actes en 2016 (chiffre stable depuis 10 ans)

- Loi du Code de la Santé Publique : Article L. 2212 depuis le 17 janvier 1975 (Loi Veil)
- Entrave à l'IVG → Passible de poursuites.
- Les médecins et sages-femmes peuvent refuser de pratiquer une IVG, mais ils ont l'obligation d'orienter les femmes demandeuses.

PRISE EN CHARGE PAR
L'ASSURANCE MALADIE

Conditions

- **Grossesse < 14 SA** (< 12 semaines de gestation)
- Si mineur, il doit être accompagné d'une **personne majeure de son choix** (non obligatoirement titulaire de autorité parentale)
- **Entretien psychologique obligatoire chez les mineurs**
- Pas de condition de nationalité, ni de durée de régularité de séjour
- Il n'y a plus de notion de « détresse » depuis 2014
- Délai de réflexion d'une semaine a été supprimé depuis 2016 → **Délai de 48h OBLIGATOIRE**

DIAGNOSTIC PRÉNATAL

Généralité

Dépistage prénatal et diagnostic anténatal

- Loi du Code de la Santé Publique : Article L. 2131

Dépistage prénatal

- Echographies fœtales des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres
- Dosage des marqueurs sériques de la T21
- Mesure de la clarté nucale...

Diagnostic anténatal

- Echographie fœtale de 2^{ème} intention
- IRM fœtale
- Caryotype fœtal...

- Non obligatoire pour les parents
- Risques & Informations doivent être bien données (information claire, loyale et appropriée)
- +/- Interruption médicale de grossesse

INTERRUPTION MÉDICALE DE GROSSESSE

Généralité

- Loi du Code de la Santé Publique : Article L. 2213
- Prise en charge dans les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)
- Situations permettant l'IMG :

PATHOLOGIE MATERNELLE

PATHOLOGIE FOETALE

Conditions

- **Absence de limite de terme de grossesse**
- Mise en « **péril grave** » de la santé de la femme
- Existe une « **forte probabilité** » que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une « **particulière gravité** » reconnue comme incurable

DIAGNOSTIC PRÉ-IMPLANTATOIRE

Généralité

- 4 centres habilités en France
- Possibilité de diagnostiquer des maladies génétiques graves et incurables à un stade très précoce de l'embryogenèse *in vitro*
- Sélection HLA compatible si frère ou sœur en attente de greffe.

Condition

- Maladie génétique transmissible à l'enfant à naître (absence de liste exostive)

LIMITES DE LA VIABILITÉ

Généralité

- **Limite de la viabilité > 22 SA et/ou poids de naissance ≥ 500 g**

Décisions difficiles

- Âge gestationnel n'est pas le seul facteur pronostique à prendre en compte dans le choix d'entreprendre ou non la réanimation d'un enfant né à la limite de la viabilité
- Discussion collégiale
- En absence de réanimation, les soins de confort et soins palliatifs doivent être prodigués.

VIOLENCES SEXUELLES - Item 10



Définition

Abus sexuel = Violence criminelle

16% des femmes déclarent avoir subi des rapports forcés ou tentatives de rapports forcés au cours de leur vie

ABUS SEXUEL SANS VIOLENCE PHYSIQUE - Harcèlement - Appels téléphoniques - Exhibitionnisme

ABUS SEXUEL AVEC CONTACT CORPOREL - Attouchements - Baisers - Caresses

VIOLS

- Prévalence : 150 000 entre 2010 et 2011 - 50% des viols sont sur des mineurs

- Tout acte de pénétration sexuelle effectué contre la volonté de la personne par surprise, menace, violence ou contrainte.

- Le défaut de consentement peut résulter d'une violence physique ou morale

Législation - CODE PÉNAL

Art. 222-23

- « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Une pénétration orale peut être qualifiée de viol »

Art. 226-14

→ Concernant le secret professionnel, n'est pas applicable :

- Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République, les sévices qu'il a constaté dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que les violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises.

- Lorsque la victime est mineure ou vulnérable, son accord n'est pas nécessaire. »

Prise en charge d'une victime de violences sexuelles

EXAMEN MÉDICO-LÉGAL AVEC PRÉLÈVEMENTS EN VUE D'IDENTIFIER L'AGRESSEUR.

OPTIMISER L'ACCUEIL PSYCHO-MEDICO-SOCIAL ET INFORMER LA VICTIME	→ Équipe multidisciplinaire (psychologues, médecins, assistantes sociales) au sein d'un centre d'accueil ouvert 24h/24 : - Vérifier la notion de plainte : La victime a-t-elle porté plainte ? - Agression récente ou ancienne. - Apprécier les conséquences psychologiques initiales : Evolution, culpabilité, pression, ressenti... - Préparer la victime à l'examen médical (impératif & déroulement)
PRISE EN CHARGE MÉDICALE Adressé sur réquisition ou spontanément	- Interrogatoire : • Date, heure et personnes présentes - Qualité de l'entretien • Agression : date, heure, nombre d'agresseurs, lien de parenté, circonstances, déroulement (préservatif), signes fonctionnels, PC ou prise de toxique, comportement après agression (toilette, changement de vêtements) • ATCD médicaux, chirurgicaux, GO, activités sexuelles antérieures, contraception, tampons, DDR NB : Chez l'enfant : l'interrogatoire peut être enregistré et filmé (éviter sa répétition) - Examen clinique : Inscription + schéma daté des constatations anatomiques • Examen général avec description des lésions +/- anesthésie générale • Examen gynécologique APRÈS ACCORD DE LA VICTIME ✚ Inspection : face interne des cuisses, vulve, hymen, taille de l'orifice vaginal, périnée postérieur ✚ Spéculum : bords latéraux du vagin, culs de sac vaginaux, col ✚ Prélèvements : sperme + biologie moléculaire ✚ Toucher vaginal (1 ou 2 doigts) - Toucher rectal (facultatif) ✚ Chez l'homme : Examen de la verge, prépuce, orifice urétral, du scrotum, du pubis et examen buccal ✚ Chez l'enfant : Examen clinique non urgent si faits anciens
PRÉLÈVEMENTS	- Identifier l'agresseur : • Délai < 3 à 5 jours - Sans toilette préalable - Spéculum non lubrifié sur écouvillon de coton sec • Prélèvements PAIRS pour permettre la « contre-expertise » : étiquetés et numérotés dans l'ordre des prélèvements ✚ Recherche de spermatozoïdes - Recherche d'ADN
PRÉVENIR LES COMPLICATIONS	- Infectieux • Recherche : gonocoque, chlamydia, mycoplasma • Sérologies : Chlamydia, TPHA, VRDL, VHB et VHC, VIH1 et VIH2 +/- HTLV ✓ Si agression récente : Sérologie initiale + M ₁ + M ₃ + M ₆ ✓ Si agression > 6 mois : Sérologie unique • Recherche de toxique • Bilan pré-thérapeutique éventuel d'une thérapie anti-rétrovirale : NFS, plaquettes - Ionogramme - Créatinine - BHC • ATBthérapie prophylactique : Doxycycline x 8 jours +/- Thérapie antirétrovirale → Mise à jours des vaccinations : VHB & Tétanos - Grossesse : béta-hCG +/- Pilule du lendemain - Séquelles psychologiques : Accident de travail - Hospitalisation - Association d'aide aux victimes - Assistance sociale...
CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL Obligatoire	« Je soussigné, Docteur... certifie avoir examiné Mr ou Mme... le (date) à (heure), sur réquisition de ..., en présence de... - Mission - Circonstances médico-légales : Mr/Mme... déclare... - Doléances - Examen : taille, poids, examen général et génital - Prélèvements effectués : ... confiés à l'autorité judiciaire présente. - Conclusion : • Incapacité totale de travail : ... jours (sous réserves de complications) Dater & signer Remis aux autorités requérantes ou « remis en main propre à l'intéressé le jour de la consultation ». NB : Ne jamais conclure au viol qui est une qualification juridique

PEINES ENCOURUES EN CAS DE VIOL

AGRESSIONS SEXUELLES Autres que viol (harcèlement, attouchements, caresses...)	- 5 ans de réclusion criminelle + Amende
VIOL (acte de pénétration sexuelle)	- 15 ans de réclusion criminelle
VIOL avec CIRCONSTANCES AGGRAVANTES	- 20 ans de réclusion criminelle
VIOL entraînant la MORT de la victime	- 30 ans de réclusion criminelle
VIOL avec actes de BARBARIE	- Perpétuité

ANOMALIES DU CYCLE MENSTRUEL – MÉTRORRAGIES - Item 34 Syndrome pré-menstruel (SPM)	
Epidémiologie	
Gène fonctionnelle la plus fréquemment signalée : 30 à 40% des femmes	
Physiopathologie	
- Dans les jours qui précèdent les règles - Disparaît au début des règles	→ Perméabilité capillaire avec <u>constitution d'un œdème tissulaire interstitiel</u> 2 nd à une HYPER-OESTROGENIE RELATIVE - Mammaire : Mastodynie - Cérébrale : Manifestations neuropsychologiques - Instabilité - Anxiété - Syndrome dépressif - Péritonéo-colique : Troubles abdomino-pelviens - Ballonnement
Clinique	
SEIN	- Mastodynie - Seins douloureux et tendus
DIGESTIF	- Ballonnement abdominal +/- prononcé, gênant - Trouble du transit - +/- ↑ poids de 3 à 4kg
PSYCHIQUE	- Anxiété - Irritabilité - Syndrome dépressif
Traitement	
RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES	- ↓ Excitants : café, tabac, OH - ↓ Sucres à élimination rapide au profil des sucres lents
DIURÉTIQUE	- Anti-aldostérone si œdèmes importants
PROGESTATIFS DE SYNTHÈSE	- Dèmegestrone, rétroprogestérone : 2 cpr /J, 2J avant le début des symptômes jusqu'à la veille des règles
OESTROGESTATIFS	- Éthinylestradiol < 30mg → Mise au repos de l'ovaire - ou Pilule monophasique en continu : 2 ou 3 mois d'affilée
ANTIDÉPRESSEURS Rare	- 1 ^{ère} intention : ISRS • Effets secondaires : nausées, fatigue, insomnies, sédation et trouble de la libido - Autres : Clomipramine ou Nortriptyline

CONTRACEPTION FÉMININE - Item 35

HAS 2013-2018



L'examen gynécologique COMPLET n'est pas nécessaire pour la 1^{ère} prescription de contraception chez l'adolescente → Systématique : **POIDS - TA - EXAMEN MAMMAIRE**
La prescription d'une contraception peut se faire de manière ANONYME & GRATUITE

CONTRACEPTIONS HORMONALES

OESTRO-PROGESTATIF (CEP)

Physiopathologie

- Progestatif & Œstradiol = Effet anti-gonadotrope au niveau de l'hypothalamus : **Anti pic de LH/FSH = Blocage de l'ovulation** - Confort et effet anti-folliculaire
- Progestatif = **Glaire cervicale imperméable - Atrophie de l'endomètre (impropre à la nidation)**

Associations oestro-progestatifs (CEP)

Associations oestro-progestatifs (CEP)		Femme avec FdR CV	Terrains à risque
CEP MONOPHASIQUE	- Dose 1 ^{ère} phase = dose 2 ^{ème} phase	-	- CEP dangereux
CEP BIPHASIQUE	- Dose 1 ^{ère} phase < dose 2 ^{ème} phase	- Post-partum	- + 3 semaines (21 jours) si absence de FdR - + 6 semaines (42 jours) plus sereinement - Baisse la production Lactée - Passage dans le lait
CEP TRIPHASIQUE	- Doses augmentent au cours du cycle	- Post-IVG	- Contraception hormonale le jour de l'IVG

Forme des contraceptifs oestro-progestatifs

ORAUX	<ul style="list-style-type: none"> - Durée de 21 jours → 1^{ère} intention : Œstradiol de synthèse = ETHINYL-OESTRADIOL (15 à 50µg) ou naturel - 1^{er} jour de traitement = 1^{er} jour des règles ou jour de l'IVG. - Tous les 21 jours : Arrêt pour hémorragie de privation • 1^{ère} G : CEP triphasique 21 cpr : noresthérone & lynestérol (Triella) • 2^{ème} G : progestatif = lévonorgestrel & norgestrel → Remboursé = 1^{ère} intention minidosé monophasique • 3^{ème} G : Progestatif : gestodène, norgestimate ou désogestrel → Risque MTEV : Non remboursé, ne pas prescrire en 1^{ère} intention • 4^{ème} G - Avantages : Baisse l'incidence de certains cancers : OVAIRE - ENDOMÈTRE (maturation et desquamation cyclique) - CCR - Inconvénient : Augmentation de l'incidence du cancer du col & sein - Risque si FdR CV - Risque MTEV
PATCH	<ul style="list-style-type: none"> - Durée : 1 patch / semaine x 3 → Évite le passage hépatique - Norelgestromine & éthylestradiol (20µg) (Evra) → Non remboursé ≈ 3^{ème} G. (risque MTV/EP) - Ne pas prescrire en 1^{ère} intention
ANNEAU VAGINAL	<ul style="list-style-type: none"> - Durée : 1 anneau vaginal / 21 jours → Évite le passage hépatique - Etonogestrel & éthinyloestradiol (30µg) (Nuvaring) → Non remboursé ≈ 3^{ème} G. (risque MTV/EP) - Ne pas prescrire en 1^{ère} intention

EN CAS D'OUBLI DE PILULE OESTRO-PROGESTATIVE

OUBLI < 12h	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre le comprimé immédiatement - Prendre le suivant à l'heure habituelle - Si il reste moins de 7 pilules sur la plaquette → Enchaîner directement la plaquette suivante - Si il reste plus de 7 pilules sur la plaquette → Respecter l'arrêt habituel entre les 2 plaquettes
OUBLI > 12h	- Idem supra - Contraception mécanique pendant 7 jours

Contre-indications

Absolues	Relatives
<ul style="list-style-type: none"> - Tabac > 15 cigarettes /jour après 35 ans - ATCD PERSONNEL de MTV/EP PROFONDE artérielle ou veineuse - Prédisposition héréditaire ou acquise de MTV/EP artérielle ou veineuse (SAPL) - Lupus évolutif - Connectivites - Porphyrie - ATCD de migraine avec AURA - CANCER du SEIN - Affections vasculaires, cardiaques, cérébrales ou oculaires - Valvulopathie - Trouble du rythme thrombogène - HTA non contrôlée - Diabète compliqué de micro- ou macroangiopathie - Tumeur maligne connue/suspectée du sein ou autre « hormono-dépendante » - Affection hépatique sévère ou récente - Hémorragie génitale non diagnostiquée - +/- Tumeurs hypophysaires - Crises d'épilepsie répétées 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabagisme & Âge < 35 ans - Diabète non compliqué - Dyslipidémie - Obésité - HTA traitée - Migraine sans aura - Otosclérose - Tumeur bénigne du sein ou de l'utérus - Insuffisance rénale - Cholestase récurrente ou prurit récidivant lors d'une grossesse antérieure - Hyperprolactinémie sans diagnostic étiologique - Allaitement - Inducteur enzymatique : Rifampicine - Anti-comateux - Barbiturique - Ritonavir - Millepertuis - Drépanocytose, maladie inflammatoire chronique (MICI) - Dépression sévère.

Si dyslipidémie sous oestro-progestatif, contre-indication à vie
→ Prescrire des microprogestatifs

Effets secondaires

GÉNÉRAUX	- Nausée, vomissement - Jambes lourdes - Mastodynies - Acnés, hirsutisme - Migraine
MÉTABOLIQUES	- Hypertriglycéridémie - Altération du métabolisme glucidique : Hyperglycémie - Modification cholestérol
HÉMOSTATIQUES	<ul style="list-style-type: none"> - Active la coagulation - Hyper-fibrinolyse - MTV/EP : RR = 2 (Oraux) à 4 (Anneau ou patch)
VASCULAIRES	- Hypertension → RR si tabac = 11
CANCEREUX	- Augmentation de l'incidence du cancer : COL - SEIN - FOIE

Surveillance biologique

ABSENCE DE FACTEUR DE RISQUE	-	Cholestérol total + TG + Glycémie à jeun + 3 à 6 mois après le début du traitement puis /5 ans
PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUE	-	Cholestérol total + TG + Glycémie à jeun avant la prescription puis contrôle à 3-6 mois puis /5 ans

« L'ASTUCE du PU »
Les contraceptions oestro-progestatives en forme non-oral (anneau ou patch) sont aussi à risque de MTV/EP. Contrairement au THM, ces formes ne sont pas à risque de MTV/EP (car dose plus faible)

PROGESTATIF	
Physiopathologie - Glaire imperméable aux spermatozoïdes - Atrophie de l'endomètre +/- Anti-gonadotrope - Contre-indication formelle = ATCD d'accident thrombo-embolique	
Indication :	
Si contre-indication au CEP	
Formes des contraceptifs progestatifs	
MICRO-PROGESTATIF	- Oraux 1 comprimé /jour à la même heure EN CONTINU - Implant SC x 3 ans (2,5 ans si surpoids - 2 ans si obèse) : Glaire imperméable & atrophie de l'endomètre (Nexplanon) - Dispositif intra-utérin délivrant un progestatif (DIU) : Miréna x 5 ans ou Jaydess x 3 ans pour nullipare = 2 ^{ème} intention après DIU au cuivre
MACRO-PROGESTATIF	- Oraux → 1 ^{er} comprimé : 5 ^{ème} jour du cycle - Injectable / 3 mois
EN CAS D'OUBLI DE PILULE PROGESTATIVE	
MICRO-PROGESTATIF OUBLI > 3h	- Contraception mécanique pendant 7 jours - Sauf « Cerazette » : protocole CEP
MACRO-PROGESTATIF	Idem pilule œstro-progestative (Cut-off : 12h)
Contre-indications	
- Cancer du sein - Cancer de l'endomètre - Insuffisance hépato-cellulaire - MTV/EP VEINEUX RÉCENTS - Méningiome - Macroprogestatif : ATCD de thrombose veineuse et artérielle (EP, SCA et AVC)	Effets secondaires MICRO-PROGESTATIF - Spotting - Irrégularité menstruelle - Aménorrhée - +/- aspect folliculaire des ovaires - Augmente le risque de grossesse extra-utérine MACRO-PROGESTATIF - Hypo-œstrogénie avec conséquence sur la minéralisation osseuse - Atrophie de l'endomètre : Spotting - Aménorrhée
DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN AU CUIVRE	
Physiopathologie - Effet gamétotoxique local du cuivre - Anti-nidatoire par inflammation sur l'endomètre	
Indication : Si contre-indication aux contraceptions hormonales - Désir de la patiente Contraception de 1 ^{ère} intention (nullipare ou multipare) - Durée : 4 à 10 ans	
POSE	- Pendant les règles - Post-partum + 4 semaines - Jour de l'IVG - Bilan infectieux si facteur de risque d'IST (ATCD d'IST ou IGH - Âge < 25 ans - Partenaires multiples) : PV PCR Chlamydia - Culture gonocoque - Efficace immédiatement → Persistance des règles - Surveillance /an - NB : Utilisable en contraception d'urgence jusqu'à 5 jours après le rapport !
CONTRE-INDICATIONS	- MST < 3 mois ou en cours - Infection péri-partum - ATCD de BK génitale - Malformations utérines (utérus bicorne) - Cancer du col et de l'endomètre
EFFETS SECONDAIRES	- Modification du cycle menstruel - Règles abondantes . - Contraction utérine - Expulsion spontanée - Perforation utérine - Infections (salpingites) - Pseudo-tumeur : Acitomycose - Stériorité tubaire
ABSENCE DE DISPOSITIF UTÉRIN CHEZ UNE PATIENT VIERGE (progestatif ou cuivre)	
BARRIÈRES	STÉRILISATION
- Préservatifs féminins et masculins - Capes cervicales et diaphragme	4 juillet 2001 Réflexion : 4 mois Consentement écrit +/- CECOS (le consentement du partenaire n'est pas nécessaire)
MOYENS NATURELS	Coelioscopie : • Ligature des trompes sous anesthésie générale → Efficacité immédiate. • Voie inguinale → Vasectomie : Efficace + 3 mois Hystérocopie : • Micro-implant en nickel à la partie proximale de la trompe sous anesthésie locale avec contrôle ASP ou échographique après la pose : Efficace + 3 mois • Clip de Hulka sur les trompes ou anneau de Yoon, Pomeroy & Fumbriectomie

CONTRACEPTION de 1^{ère} INTENTION (hors population à risque)

- Contraception œstro-progestative ORALE de 2^{ème} génération
- Dispositif intra-utérin au CUIVRE sauf si patiente vierge.

INDICE DE PEARL

Il n'y a pas d'implant œstro-progestatif

Nombre de grossesses non souhaitées sur une durée de 100 année-femme

Méthode - Ordre croissant	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Implant sous-cutané au progestatif	0,05	
DIU au Lévonorgestrel	0,2	0,2
Oestro-progestatif : Oral - Patch - Anneau	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
DIU au cuivre	0,6	0,6
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Préservatifs masculins	2	15
Diaphragme et spermicide	6	16
Spermicide	18	29
Capot cervical	9 à 26	16 à 32


SITUATIONS PARTICULIÈRES

DIABÈTE	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{ère} intention : DIU au cuivre - Autre : œstro-progestatif, progestatif > 40ans
DYSLIPIDÉMIE	<ul style="list-style-type: none"> - Pilule faiblement dosée en œstrogène - Préférer les micro- ou macro-progestatifs - Contre-indications des CEP : TG > 2g/L et CT > 3g/L, tabac ou > 35 ans et dylipidémie
ATCD MTV/EP ou ANOMALIE DE L'HÉMOSTASE	<ul style="list-style-type: none"> - Acétate de chlormadione (Lutéran) - Acétate de cyprotérone (Androcur) - Lévonorgestrel (Microval) - Patch aux œstrogènes naturels
HTA	<ul style="list-style-type: none"> - Si absence de facteur de risque associé (tabac) : Contraception œstro-progestative faiblement dosée - HTA contrôlée sans FdR : Contraception œstro-progestative

CONTRACEPTION D'URGENCE

+ 5,6% en 2012

CONTRACEPTION D'URGENCE HORMONALE PRESCRIPTION FACULTATIVE. Contraception d'urgence utilisable même en présence d'un antécédent personnel de cancer du sein	DANS LES 3 JOURS	<ul style="list-style-type: none"> - Dose unique de Lévonorgestrel (Norlevo) - Délivrance anonyme - Gratuite pour les mineurs - Sans ordonnance aux mineures - Si délivrance sur ordonnance, remboursée à 65%
	DANS LES 5 JOURS	<ul style="list-style-type: none"> - Dose unique d'ulipristal acétate à 30mg (Ellaone) - Si délivrance sur ordonnance, remboursée à 65%
Dispositif intra-utérin au CUIVRE en URGENCE	- ORDONNANCE OBLIGATOIRE (SF ou Médecin) - Remboursée à 60%: DANS LES 5 JOURS suivant le rapport.	

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE < 14 SA (< 12 SG) - Item 36		
HAS 2016		
Épidémiologie		 2016-2018
Déclaration obligatoire à l'ARS Incidence = 212 000 IVG en France /an = 14 IVG /1000 femmes de 15 à 49 ans 40% des femmes (quel que soit le milieu social) auront recours à l'IVG dans leur vie		
Historique des Lois Françaises encadrant l'avortement		
5 octobre 1953 : Interruption médicale de grossesse (IMG) 28 juin 1974 : Loi Veil, libéralisation de la contraception 29 novembre 1974 : Dépénalisation de l'IVG 30 novembre 1979 : IVG autorisée 31 décembre 1982 : Remboursement de l'IVG par la sécurité sociale	4 juillet 2001 : IVG < 14 SA, pas d'obligation d'autorisation parentale pour les mineurs 9 janvier 2002 : Délivrance gratuite (pharmacie) de la « pilule du lendemain » aux mineurs 25 mars 2013 : Prise en charge par l'assurance maladie de l'IVG 24 janvier 2014 : suppression de la notion de « détresse » pour réaliser l'IVG	
Structure de prise en charge → Seul le médecin peut pratiquer une IVG (exception, sage-femme pour IVG médicamenteuse)		
Centre d'accueil	- Echographie - Sonde vaginale	
IVG < 7 SA	- Cabinet libéral (ou CHU, clinique privée, ambulatoire...)	
IVG 9 à 12 SA (84 jours)	- AMBULATOIRE : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique (privé ou public) • +/- Etablissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'IVG et ses complications 	
IVG > 12 SA	- Structure disposant d'un plateau technique chirurgical → NB : Etablissements publics ne peuvent refuser la pratique de l'IVG	
Déroulement de la prise en charge : x 4 consultations		
1 ^{ÈRE} CONSULTATION	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenue en < 5 jours après la demande de RDV - Informations claires et précises apportées sur la procédure, anesthésie, temps de réflexion... - Document écrit avec toutes les informations : dossier guide <ul style="list-style-type: none"> • Entretien psycho-social non obligatoire SAUF POUR LES MINEURS • Préciser l'âge gestationnel de la grossesse : Echographie pelvienne de datation NON OBLIGATOIRE • Dépistage des IST (dont le VIH) + réalisation d'un FCV NON OBLIGATOIRE • Mode de contraception ultérieure - Délai de réflexion supprimé depuis 2016 - Prise de sang : Groupe - Rhésus - RAI OBLIGATOIRE - Prélèvement cervical à la recherche des Chlamydia et Gonocoque (Recommandations 2016) - Remise d'un Certificat initial de demande d'IVG (même si refus de réalisation de l'acte) 	
2 ^{ÈME} CONSULTATION	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmation de l'intervention volontaire de grossesse : <ul style="list-style-type: none"> • Confirmation par écrit de la demande d'IVG par la patiente → Formulaire de consentement signé • Mineur → Délai de 48h après entretien psycho-social & Remise d'attestation de l'entretien psychosocial • +/- consultation pré-anesthésie si IVG chirurgicale 	
3 ^{ÈME} CONSULTATION	<ul style="list-style-type: none"> - Realisation de l'interruption volontaire de grossesse : Technique : cf. infra • Prévention de l'allo-immunisation Rh : Gamma-globulines anti-D le jour de la prise de mifépristone (anti-progestérone) - Contraception → Prescrite et démarrée dès le lendemain : Contraception orale - Stérilet post aspiration 	
4 ^{ÈME} CONSULTATION	<ul style="list-style-type: none"> - Post- interruption volontaire de grossesse conseillée mais NON OBLIGATOIRE + 14 à 21 jours de l'IVG <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'arrêt des métrorragies • Contrôle de la vacuité utérine : clinique + βhCG ou échographie • Vérifier la bonne compréhension et utilisation de la contraception 	
Techniques d'IVG en fonction de l'âge gestationnel		
< 7 SA (< 49 jours)	7 SA + 1 jour à 9 +/- 12 SA (50 à 63 jours)	9 SA + 1 jour à 14 SA (64 à 98 jours)
MÉDICALE ou chirurgicale Élargissement de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 SA		CHIRURGICALE Possible dans tous les cas
IMMUNOGLOBULINES ANTI-D si Rhésus « - » Le jour de la prise de mifépristone (anti-progestérone)		
<ul style="list-style-type: none"> - MifépristONE : Anti-progestérONE • Nécrose déciduale avec détachement de l'œuf - Augmente les contractions utérines • Modification cervicale - Misoprostol : Analogue de prostaglandine : <ul style="list-style-type: none"> • Augmente les contractions utérines - Provoque une maturation cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation cervicale <ul style="list-style-type: none"> • Médicamenteuse : <ul style="list-style-type: none"> • Mifépristone : 200mg PO 36-48h avant l'aspiration • Misoprostol : 400µg PO ou vaginale 3-4h avant l'aspiration • Mécanique : Dilatateurs hydrophiles : laminaires - Aspiration du contenu utérin : <ul style="list-style-type: none"> • Canule reliée à un système d'aspiration • Examen macroscopique du produit d'aspiration • Si aspect incomplet : contrôle échographique - ATB prophylaxie si ATCD d'infection génitale haute <ul style="list-style-type: none"> • Doxycycline < 25 ans ou Métronidazole 	
Etablissement public, privé ou cabinet agréé Protocole 1 : HAS 2010 - J1 : Mifépristone : Mifegyne 600mg (3 cp) PO dose unique - J3 : Misoprostol : Gymiso 200µg ou Misoone 400µg PO Protocole 2 : HAS 2010 - J1 : Mifépristone : Mifegyne ou Miffée 200mg PO - J3 : Géméprost 1mg par voie vaginale Protocole 3 : CNGOF 2016 - J1 : Mifépristone : 200mg - J3 : Misoprostol : Gymiso 400µg PO	Etablissement public ou privé Protocole 1 : HAS 2010 - J1 : Mifépristone : 200mg PO - J3 : Géméprost 1mg par voie vaginale → Taux de grossesse persistant : 0,5 à 1% Protocole 2 : CNGOF 2016 - J1 : Mifépristone : Mifegyne 200mg (3 cp) PO dose unique - J3 : Misoprostol : Misoone 800µg PO - Si > 9 SA : Misoprostol 400µg /3h par PO, vaginale ou sublinguale jusqu'à expulsion → Taux de grossesse persistant : < 2%	
Prise en charge de la douleur		Facteurs de risque de douleur intense
<ul style="list-style-type: none"> - Douleur dans 50% des cas de manière modérée à sévère due à l'utilisation de prostaglandine : <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie locale (bloc para-cervical) : 30% insuffisant • Antalgique : AINS : Ibuprofène (400 à 600 mg, < 1 200 mg/24h) • +/- Anesthésie générale 		<ul style="list-style-type: none"> - Femme jeune - Peur de l'acte - Utérus rétroversé - ATCD de dysménorrhée - Grossesse précoce ou très avancée