

Item 28 : Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

Pré-Requis.....	4
OBJECTIFS	4
I Quelles sont les techniques de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ?	10
I.1 La méthode médicamenteuse	10
I.1.1 Déroulement de la méthode	10
I.1.2 Contre-indications et précautions d'emploi de la méthode médicamenteuse avant 7 semaines d'aménorrhée	12
I.1.3 Risques et complications liés à la méthode.....	13
I.2 La technique chirurgicale	13
I.2.1 Aspiration endo-utérine avant 7 semaines d'aménorrhée	13
I.2.2 Aspiration endo-utérine entre 7 et 14 semaine d'aménorrhée	13
I.3 Mesures complémentaires	14
I.3.1 Prise en charge de la douleur	14
I.3.2 Fiche d'information	14
I.3.3 Prévention de l'incompatibilité Rhésus	14
I.3.4 Prévention des complications infectieuses.....	14
I.3.5 Contraception	14
I.3.6 Visite de contrôle	15
I.3.7 Déclaration obligatoire.....	15
II Complications.....	15
II.1 La mortalité	15
II.2 Complications immédiates.....	15
II.3 Complications tardives	16
III Annexes.....	17
Glossaire.....	17
Bibliographie	21
Recommandation	24

Abréviations..... 24

PRE-REQUIS

- Anatomie des organes génitaux internes féminins
- Rôle du col dans la grossesse
- Physiologie du cycle menstruel
- Physiologie de l'endomètre
- Mécanismes de la fécondation
- Physiologie de la reproduction
- Mécanismes de l'implantation de l'œuf
- Flore vaginale saprophyte et pathogène
- Physiologie de l'acte sexuel
- Sexualité
- Désir de grossesse

OBJECTIFS

ENC :

- Préciser les modalités réglementaires.
- Argumenter les principes des techniques proposées.
- Préciser les complications et les répercussions de l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), légale en France depuis 1975, reste toujours un problème de santé publique, compte tenu du nombre de femmes concernées chaque année. Reflet de l'évolution des mentalités et des pratiques, la nouvelle loi du 4 juillet 2001 sur la contraception et l'IVG a été élaborée dans le souci de faciliter l'accès à l'IVG ainsi qu'à la prescription et la délivrance de contraceptifs.

Cet acte médical n'est jamais anodin pour la femme, tant d'un point de vue médico-chirurgical que psychologique, d'où l'attention qui doit être portée au choix de la technique d'avortement, mais aussi à l'accueil et à l'écoute de la patiente.

L'IVG ne peut être pratiquée qu'à l'issue d'une procédure qui vise d'une part la prescription de la méthode la plus adaptée et d'autre part à s'assurer que l'intéressée désire effectivement cette intervention. Cette procédure a été récemment mise à jour par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. Une nouvelle loi s'imposait car celles de 1967 et 1974 sur la contraception et celles de 1975 et 1979 sur l'IVG n'étaient plus totalement adaptées, selon le gouvernement, à la réalité sociale et à la réalité médicale. Partant de ce constat, le gouvernement avait demandé en 1998 des enquêtes plus approfondies dans ces 2 domaines. Quelques chiffres ressortaient de ces travaux : 220 000 IVG pour 730 000 naissances, en 1998 ; la proportion de ces interventions par rapport aux accouchements varie largement d'une région à l'autre (20 en Alsace, 45 en Corse, 70 en Guadeloupe). En 1990, 22 des IVG concernaient des femmes en ayant déjà subi au moins une ; 10 000 mineures par an étaient confrontées à une grossesse non désirée et 7 000 d'entre elles avaient eu recours à une IVG ; 5 000 femmes par an, avec une grossesse non désirée qui dépassait 12 Semaines d'Aménorrhée (SA), étaient obligées de l'interrompre dans un pays européen proche.

Le gouvernement a donc présenté un projet de loi en juillet 2000, afin de faciliter l'accès à la contraception et à l'IVG qui allait aboutir à la nouvelle loi publiée au Journal officiel le 7 juillet 2001.

(Recommandation : Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal Officiel de la République Française n° 156. 2001 Jul 7. p. 10823-10827. :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=14AC3F52E96550F5B0E69DE49CAC2A48.tpdjo04v_3?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id

Législations européennes en matière de délai d'IVG

14 SA	18 SA	22 SA	24 SA
<ul style="list-style-type: none">• Autriche• Belgique• France• Danemark• Grèce• Luxembourg	<ul style="list-style-type: none">• Suède	<ul style="list-style-type: none">• Espagne	<ul style="list-style-type: none">• Grande- Bretagne• Pays-Bas

CADRE LÉGAL

- **Consultation initiale**

Tout médecin peut être amené à pratiquer une IVG. Le médecin sollicité est en droit de refuser la demande (clause de conscience), mais il doit en informer l'intéressée sans délai, et lui communiquer immédiatement le nom des praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ou un établissement pratiquant les IVG. Le médecin qui fait la consultation initiale doit faire le diagnostic de la grossesse et préciser l'âge gestationnel. L'IVG ne peut être réalisée qu'avant la fin de la 12^e semaine de grossesse (14 SA). Un examen clinique complet doit être réalisé. Les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux sont détaillés. L'examen au spéculum (*cf. glossaire*) vérifie la normalité du vagin, la position et l'aspect du col. Le toucher vaginal apprécie la souplesse de culs-de-sac vaginaux, la position et le volume utérin qui est comparé à l'aménorrhée (*cf. glossaire*) annoncée. Le diagnostic différentiel se fait avec une grossesse multiple, une grossesse extra-utérine, une grossesse molaire (*cf. glossaire*), une grossesse arrêtée, un utérus fibromateux (*cf. glossaire*).

Le médecin doit donner à la patiente une information claire et adaptée sur les méthodes d'IVG et d'anesthésie, sans occulter les risques potentiels.

Le mode de contraception ultérieure est abordé et prescrit éventuellement dès la visite pré-IVG.

À l'occasion de la consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit être envisagé.

Le médecin remet à l'intéressée un dossier-guide sur la procédure légale de l'IVG, qui contient aussi les informations relatives aux différentes techniques d'intervention.

La loi n'impose aucun examen complémentaire particulier.

En vertu de l'obligation de moyens, le médecin doit cependant s'aider d'éventuels examens. La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont l'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), et des frottis cervicovaginaux de dépistage. Tout écoulement vaginal suspect fait l'objet d'un prélèvement bactériologique (en cas de suspicion d'infection locale, un traitement préopératoire est prescrit). Le dosage de β -hCG peut être utile, mais le dosage unique n'apporte aucun renseignement sur l'évolution et la localisation de la grossesse. Un contrôle échographique est justifié en cas de doute sur l'âge réel de la grossesse, son évolution ou sa localisation. Toutes les patientes doivent disposer d'un groupe sanguin Rhésus avec Recherche d'Agglutinines Irrégulières (*cf. glossaire*) (RAI).

- **Entretien d'information, de soutien et d'écoute (entretien social)**

Jusqu'à présent, l'entretien social était obligatoire. Suite à la loi du 4 juillet 2001, cette consultation est systématiquement proposée à la femme majeure, avant et après l'IVG. Il est obligatoire pour la mineure. Lors de cet entretien avec une personne qualifiée, une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés. Pour garantir le plus large accès à ce temps de dialogue, les consultations peuvent aussi se dérouler dans les établissements privés pratiquant les IVG, ce qui était impossible avant juillet 2001.

- **Cas de la mineure non émancipée**

Le droit civil prévoit qu'un mineur ne peut exercer lui-même les droits qu'il/elle a sur son corps en raison de son incapacité juridique (Code civil, art. 371-2). La mineure non émancipée présente au médecin la confirmation écrite de demande d'IVG, en dehors de la présence de toute personne. Elle doit joindre l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale ou de son représentant légal pour la pratique de cet acte. Si elle désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que l'un ou l'autre soit consulté, ou il doit vérifier que cette démarche a été faite lors de la consultation sociale. Si elle ne veut pas effectuer cette démarche, l'IVG peut être pratiquée à sa seule demande ; elle se fait alors accompagner par une personne majeure de son choix.

La mineure doit être conseillée sur le choix de cette personne. L'adulte choisi par la mineure n'engage pas sa responsabilité civile ou pénale. Il a juste une mission d'accompagnement et de soutien psychologique et ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale.

(Recommandation : Article 371-2 du Code Civil : Chapitre Ier : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. 1971 Jan 1. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5314F94B5045EAEFF6AB448A734560D55.tpdjo04v_3?idArticle=LEGIARTI000006426469&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20020304)

- **Délai de réflexion**

L'IVG peut être pratiquée une fois que l'intéressée renouvelle sa demande par écrit. Le médecin ne peut accepter cette confirmation et donc effectuer l'IVG qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine après la première consultation médicale. Ce délai de réflexion peut être raccourci à 2 jours si l'âge gestationnel est situé entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée.

- **Structures de prise en charge**

L'IVG peut avoir lieu dans des établissements d'hospitalisation publics ou privés désignés par arrêté préfectoral. Ces structures doivent être en nombre suffisant pour prendre en charge les demandes dans chaque département. Un praticien d'exercice libéral pourra prendre en charge des IVG par méthode médicamenteuse à son cabinet. Afin d'en garantir la sécurité sanitaire, une convention sera établie entre le praticien et un établissement qui pratique des IVG, dans des conditions qui vont être fixées par décret en Conseil d'État. La mise en œuvre de cette nouvelle possibilité nécessite l'intervention de dispositions réglementaires en cours de préparation, d'après la circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001. Jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée, les structures qui pratiquent l'IVG sont soit intégrées soit en convention avec des établissements disposant d'un plateau technique permettant la gestion de l'ensemble des complications de cette intervention. Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée, les IVG doivent être réalisées dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Ces structures doivent être connues de tous les centres du département. Les établissements de santé privés ne sont plus tenus à effectuer un nombre d'IVG inférieur au quart du total de leurs actes chirurgicaux et obstétricaux. Dans les territoires d'outre-mer, qui étaient sous l'incidence de la loi de 1920, des structures pour la prise en charge de l'IVG peuvent être organisées conformément à la loi du 4 juillet 2001.

(Recommandation : Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Ministère de la Santé; 2001 Sept 28. : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-43/a0432832.htm>)

- **Couverture des frais**

La loi n° 82-1172 du 31 décembre 1982 régit la prise en charge de l'IVG par la Sécurité Sociale. La nouvelle loi sur l'IVG et la contraception permet à une mineure de demander l'IVG sans consentement parental. Dans ce cas, les frais afférents sont intégralement pris en charge par l'État. Les modalités de cette prise en charge, qui garantit l'anonymat de la mineure, sont fixées par décret.

(Recommandation : Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non-thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. Journal Officiel de la République Française. 1983 Jan 1. p. 15. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5314F94B5045EAFF6AB448A734560D55.tpdjo04v_3?cidTexte=JORFTEXT000000704429&dateTexte=19870730)

- **Réglementation pour les étrangères**

L'article L 162-11 du Code de la Santé Publique (CSP) mentionnait qu'une femme devait pouvoir attester d'une résidence régulière en France depuis au moins 3 mois pour avoir accès à l'IVG. Depuis juin 2000, cette disposition est supprimée. La réalisation d'une IVG concernant une femme étrangère n'est soumise actuellement à aucune condition de durée et de régularité de séjour en France.

(Recommandation : Article 162-11 du Code Civil : Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine. 1975. : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp>)

- **Pratique illégale**

L'IVG a été « dépenalisée ». Les sanctions du code pénal relatives à la pratique illégale de l'IVG et à l'incitation à l'auto-avortement sont transférées vers le Code de la santé publique, sans modification de fond. En outre, les peines encourues pour la propagande et la publicité pour l'IVG sont supprimées.

(Bibliographie Estournet M. Interruption volontaire de grossesse, historique et état des lieux. Interbloc. 2006 Mar;25(1):6-9.)

(Bibliographie : Hassoun D. L'IVG et la contraception : la loi modifiée. Gyn. Obs. 2001;446:6-9.)

(Bibliographie : Isand I, Merg-Essadi D. Aspects éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2009; 738-B-80.)

(Bibliographie : Manus JM. La nouvelle loi sur l'IVG : que change-t-elle ? Revue Française des Laboratoires. 2001 Nov;2001(337):12-13. : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6VRF-46SVDNT-CW-1&_cdi=6233&_user=592857&_pii=S0338989801804030&_origin=search&_coverDate=11%2F30%2F2001&_sk=979989662&_view=c&_wchp=dGLzVzb-zSkWA&_md5=4d9e6d7afb9cad94c47d46af569725c2&_ie=/sdarticle.pdf)

(Bibliographie : Paccoud G, Venditelli F, Pons JC. Modifications de la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse : lecture et interrogations d'acteurs de terrain. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2002 Apr;31(2):152-161.)

(Bibliographie : Ponte C. La réglementation de l'interruption volontaire de grossesse. *Interbloc*. 2006 Mar;25(1):47-48.)

I QUELLES SONT LES TECHNIQUES DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) ?

Les femmes peuvent choisir la technique médicale ou chirurgicale ainsi que le mode d'anesthésie après avoir reçu des explications éclairées de la part du médecin prescripteur. À ce jour l'IVG chirurgicale avec une anesthésie générale est largement prédominante : 81 % d'IVG chirurgicales dont 75 % avec une anesthésie générale. De fortes disparités existent : l'IVG médicamenteuse varie d'un centre à l'autre de 0 % à 60 % et le taux d'anesthésie générale de 5 % à 100 %.

I.1 LA METHODE MEDICAMENTEUSE

C'est l'alternative médicale à l'aspiration utérine pour l'IVG, réalisable au plus tard au 49^e jour d'aménorrhée révolu (7 SA).

Cette méthode repose sur l'association d'un antiprogestérone (*cf. glossaire*) et d'une prostaglandine (*cf. glossaire*) et se propose d'obtenir une hémorragie avec expulsion complète, sans révision utérine.

- **Antiprogestérone (mifépristone (*cf. glossaire*) Mifégyne, ex RU486 - comprimés de 200 mg)**
- **Prostaglandines**

I.1.1 Déroulement de la méthode

- **J1 :**

Une première visite pour la prise de mifépristone : 200 mg selon les recommandations ANAES ou 600 mg, conformément à l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du produit, en prise unique. L'administration de la mifépristone sera effectuée par le médecin ou par le personnel infirmier sous délégation médicale. Avant la prise de la mifépristone, l'intéressée doit avoir signé un formulaire de consentement qui attestera qu'elle a été totalement informée de la méthode et des ses risques.

- **J3 :**

36 à 48 heures après la prise de mifépristone, a lieu la prise de misoprostol, 400 µg en prise unique, par voie orale ou intravaginale. L'hémorragie, témoin de l'effet du traitement médical, survient dans les 3 à 4 heures suivant la prise du misoprostol (*cf. glossaire*), mais elle n'est nullement une preuve d'expulsion complète.

Si l'administration du misoprostol se fait dans le centre prescripteur, la patiente peut rester sous surveillance médicale sans qu'elle soit forcément alitée, ni perfusée. On surveille les saignements et on constate éventuellement l'expulsion. Un traitement antalgique est administré, si besoin. La patiente reçoit une injection de gammaglobuline (*cf. glossaire*) s anti-D si elle est Rhésus négatif. Au bout de 3 heures elle peut partir avec une ordonnance de contraceptif et un rendez-vous pour la consultation de contrôle.

L'efficacité de la méthode médicamenteuse peut être améliorée sans augmenter les effets secondaires et avec la même acceptabilité si une deuxième dose de misoprostol (400 µg) est administrée aux patientes qui n'ont pas expulsé dans les 3 heures après la première prise. Le taux de succès passe alors à 98,5 %, au lieu de 95 % avec une seule dose de 400 µg de misoprostol.

La prise de misoprostol peut se faire à domicile, si la patiente le désire, après avoir pris un certain nombre de précautions et sous réserve d'une prescription par un médecin agréé. Dans ce cas, le jour de l'administration de la mifépristone, les comprimés de misoprostol sont confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard, par voie orale.

- **J10-14 :**

Une consultation de contrôle doit avoir lieu impérativement dans un délai de 10 à 14 jours après la prise de mifépristone pour vérifier, par un examen clinique et éventuellement échographique, que l'expulsion a été complète.

Même si l'AMM de la mifépristone limite son utilisation à 7 SA, l'ANAES préconise également son emploi entre 7 et 9 SA et, dans des conditions particulières, entre 12 et 14 SA.

- **Entre 7 et 9 SA :**

La technique médicamenteuse doit être utilisée exclusivement en milieu hospitalier. Le protocole recommandé est : mifépristone 200 mg per os suivie 36 à 48 heures plus tard d'une prise de misoprostol 400 µg, par voie orale ou vaginale.

Si l'expulsion ne s'est pas produite 3 heures après la première administration de misoprostol, une deuxième dose de 400 µg peut être administrée par la même voie. L'efficacité de ce protocole entre 7 et 9 SA est de 90,5 %.

- **Entre 12 et 14 SA :**

Le protocole repose sur la prise de mifépristone 200 mg per os suivi de misoprostol 800 mg par voie vaginale 36 à 48 heures plus tard. Il faut prévoir une hospitalisation et une analgésie (*cf. glossaire*) péridurale doit être disponible car la méthode est très douloureuse. Une révision utérine est envisagée soit systématiquement, soit en fonction du contrôle échographique. Une étude multicentrique nationale sur la validation de ce protocole d'IVG est en cours.

Recommandations ANAES pour la prise de misoprostol à domicile :

- *Distance entre le domicile de la patiente et le centre hospitalier référant limitée (délai de transport de l'ordre de 1 heure),*
- *Possibilité de joindre le centre référant et/ou de s'y rendre 24 h/24,*
- *La patiente est accompagnée par un proche à domicile,*
- *Évaluation médico-psychosociale des patientes éligibles pour cette procédure,*
- *Limitation à 7 SA des IVG à domicile,*
- *Importance d'insister sur la nécessité de la visite de contrôle, 14 à 21 jours après l'IVG,*
- *Le jour de l'administration à l'hôpital de la mifépristone,*
- *Les comprimés de misoprostol sont confiés à la patiente pour qu'elle les prenne à domicile 36 à 48 heures plus tard,*
- *Une prescription d'antalgiques autres que le paracétamol doit être donnée à la patiente,*
- *Si la patiente est Rhésus négatif la prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus est réalisée.*

I.1.2 Contre-indications et précautions d'emploi de la méthode médicamenteuse avant 7 semaines d'aménorrhée

La mifépristone ne doit jamais être prise si : insuffisance surrénale (*cf. glossaire*), allergie connue à la mifépristone ou à l'un des constituants du comprimé, asthme sévère non équilibré par traitement, grossesse non confirmée biologiquement ou par échographie, suspicion de grossesse extra-utérine.

La mifépristone est généralement déconseillée si insuffisance rénale, insuffisance hépatique, malnutrition. Bien qu'aucun accident cardiovasculaire n'ait été rapporté avec le misoprostol, il est demandé au médecin, pour les fumeuses de plus de 10 cigarettes par jour et âgées de plus de 35 ans, d'évaluer le rapport bénéfice/risque par rapport à la méthode chirurgicale.

I.1.3 Risques et complications liés à la méthode

Selon les essais, le taux d'échec varie de 1,3 à 7,5 %. L'échec se définit par : grossesse évolutive (0 à 1,5 %), grossesse arrêtée, mais incomplètement expulsée (1,3 à 4,6 %) ou geste endo-utérin à visée hémostatique (0 à 1,4 %). Les métrorragies parfois abondantes peuvent être prolongées (jusqu'à 12 jours) après la prise de mifépristone. On recommandera à la patiente de ne pas s'éloigner du centre prescripteur et de le contacter en cas de métrorragies très importantes. En raison du risque hémorragique parfois grave (0 à 1,4 % des cas) les patientes atteintes d'anémie ou de troubles de la coagulation à type d'hypocoagulabilité doivent être particulièrement surveillées.

Type d'intervention en fonction du terme (d'après les recommandations ANAES)

Méthode médicamenteuse ou Régulation menstruelle	Méthode chirurgicale ou Méthode médicamenteuse	Méthode chirurgicale	Méthode chirurgicale ou Méthode médicamenteuse	
4	7	9	12	14 SA

I.2 LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

La technique chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie (*cf. glossaire*). L'évacuation de l'utérus par la seule aspiration est souvent incomplète entre 12 et 14 SA. Elle doit être complétée par une extraction des débris fœtaux avec une pince.

L'aspiration a largement supplanté le curetage. Elle présente l'avantage d'une évacuation rapide avec un traumatisme utérin minimum.

I.2.1 Aspiration endo-utérine avant 7 semaines d'aménorrhée

Elle correspond à ce qui est décrit sous le terme de régulation menstruelle.

I.2.2 Aspiration endo-utérine entre 7 et 14 semaine d'aménorrhée

- La dilatation cervicale (essentiellement médicamenteuse)

- L'aspiration (avec contrôle échographique)

I.3 MESURES COMPLEMENTAIRES

I.3.1 Prise en charge de la douleur

Les facteurs de risques de survenue d'une douleur intense lors d'une IVG sont connus : le jeune âge, la peur de l'acte, un utérus retroversé (*cf. glossaire*), les antécédents de dysménorrhée (*cf. glossaire*), les grossesses les plus précoces et les plus avancées, l'hypoplasie (*cf. glossaire*) cervicale, les antécédents de conisation (*cf. glossaire*). L'indication d'une anesthésie générale ou locale doit tenir compte de ces facteurs et du choix de la patiente.

I.3.2 Fiche d'information

Une **fiche d'information** sur les suites normales de l'IVG sera remise à la patiente ainsi qu'un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

I.3.3 Prévention de l'incompatibilité Rhésus

Quel que soit le type de l'IVG, la prévention Rhésus doit être systématique chez toutes les patientes Rhésus négatif, dans les heures qui suivent l'IVG (une injection intraveineuse stricte d'une dose standard de 100 mg de immunoglobuline (*cf. glossaire*) s anti-D). Lors d'une IVG médicamenteuse avec prise du misoprostol à domicile, l'injection de gammaglobulines se fait le jour de la prise de mifépristone.

I.3.4 Prévention des complications infectieuses

L'antibioprophylaxie (*cf. glossaire*) systématique n'est pas justifiée à la suite d'IVG. Une antibiothérapie est prescrite en cas d'antécédents connus d'infection génitale haute ou de cardiopathie valvulaire. Face à un risque de MST on doit proposer un prélèvement vaginal et/ou la recherche de *Chlamydiae trachomatis* (*cf. glossaire*) par PCR dans les urines suivi d'un traitement de la patiente et du(des) partenaire(s) en cas de positivité.

I.3.5 Contraception

L'utilisation d'un moyen de contraception est fortement recommandée dans le cadre de l'IVG. La contraception œstroprogestative (*cf. glossaire*) peut être débutée le jour même de l'IVG ou le lendemain. La pose d'un dispositif intra-utérin est possible en fin d'aspiration. La pose d'un dispositif sous-cutané (Implanon) peut se faire le jour même de l'IVG.

I.3.6 Visite de contrôle

La **visite de contrôle** est prévue entre le 14^e et le 21^e jour post- IVG. Il faut vérifier la vacuité utérine par un examen clinique et si besoin par une échographie. Il faut également insister sur le problème de la contraception et s'assurer de sa bonne utilisation. La visite de contrôle permet de s'assurer que l'IVG n'est pas suivie de complications. C'est aussi le moment d'évaluer le retentissement psychologique de l'IVG sur la patiente et lui proposer, si besoin, un accompagnement spécifique.

I.3.7 Déclaration obligatoire

La **déclaration obligatoire** de l'IVG à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales se fait à l'aide d'un bulletin statistique anonyme, signé par le médecin qui a pratiqué l'IVG.

II COMPLICATIONS

Les avortements clandestins d'autrefois ont fait place à des gestes codifiés, précis, dans des structures adéquates. Cela a entraîné la diminution du nombre et de la gravité des complications liées à l'interruption de grossesse.

II.1 LA MORTALITE

La mortalité imputée aux IVG clandestines commence à être répertoriée à partir des années 50 mais il n'y a pas d'estimations exactes pour la période précédant la législation sur l'IVG. Dix morts ont été déclarées en France par avortement légal pour la période 1975-1985. L'Organisation Mondiale de la Santé retient les valeurs de 0,6 à 1,2 décès pour 100000 avortements légaux avant 13 SA. Le risque léthal est principalement en rapport avec le terme de la grossesse et avec l'expérience de l'opérateur. Le risque est double pour les médecins réalisant moins de 50 avortements annuels par comparaison avec ceux qui ont une pratique de 100 à 150 par an.

II.2 COMPLICATIONS IMMEDIATES

1. Au cours d'une anesthésie générale le taux de mortalité est de 0,6 pour 100 000 avortements soit 4 fois plus que sous anesthésie locale. La prévention de ce risque se fait en éliminant les pratiques précaires et en mettant en place des liens entre les départements d'anesthésie et les structures de prise en charge de l'IVG.

2. Hémorragies. Elles surviennent pendant et dans l'heure qui suit l'intervention. Leur fréquence est plus importante si anesthésie générale et augmente avec l'âge gestationnel.

Les hémorragies dans les suites immédiates de l'IVG, outre la plaie du col, sont dues soit à une atonie (*cf. glossaire*) utérine, soit à une rétention ovulaire. L'atonie répond parfaitement à une injection d'utérotonique.

3. Lésions cervicales. Elles sont habituellement bénignes, saignant peu et laissant une cicatrice sans conséquences. Pour un petit nombre, une suture hémostatique est nécessaire. Pour l'IVG du premier trimestre, l'OMS donne un taux de lésions cervicales entre 0,10 et 1,18 %. Elles sont plus fréquentes en cas d'anesthésie générale.

4. Perforations utérines.

5. La fausse route correspond à l'effraction du col et de l'isthme lors de la dilatation. Celle-ci nécessite la réalisation de l'IVG sous contrôle échographique, afin de retrouver le trajet cervical normal.

6. Le malaise vagal est en relation le plus souvent avec la dilatation. Une information précise, un bon accompagnement de la patiente, une prémédication anxiolytique, une préparation cervicale médicamenteuse et l'anesthésie locale diminuent facilement le risque.

7. L'embolie gazeuse (*cf. glossaire*) est extrêmement rare lors d'une IVG. Elle est possible s'il y a une erreur dans l'utilisation de la source de vide. La production du vide doit être obtenue par un matériel à dépression réglable.

II.3 COMPLICATIONS TARDIVES

1. Les infections post-IVG ont une expression clinique similaire à l'ensemble des infections génitales. Elles peuvent aller d'une simple réaction fébrile à des tableaux plus sévères comme l'endométrite (*cf. glossaire*). La précocité du traitement réduit le plus souvent les séquelles

2. La rétention placentaire complique 0,75 % des IVG. Elle se manifeste par des métrorragies, des pelvialgies (*cf. glossaire*) et une absence d'involution de l'utérus et s'accompagne d'une élévation du risque infectieux. Une révision utérine sous échographie est proposée.

3. L'iso-immunisation (*cf. glossaire*) Rhésus en l'absence de séroprévention serait d'environ 7 %.

4. Retentissement sur la fertilité. La stérilité (*cf. glossaire*) post-avortement est difficile à apprécier.

5. La méconnaissance d'une grossesse ectopique (*cf. glossaire*) et molaire. Même si cette éventualité est extrêmement rare, elle est toujours à redouter. La généralisation de

l'échographie et le recours éventuel à l'examen anatomo-pathologique du produit d'aspiration ont considérablement réduit ce risque.

6. Séquelles psychoaffectives. Le traumatisme psychique subi par la patiente et très variable en fonction de sa personnalité, de son histoire individuelle mais aussi de la prise en charge et du déroulement de l'IVG. De nombreuses femmes éprouvent un sentiment de culpabilité. Il est communément admis que pour les femmes en bonne santé physique et mentale l'IVG n'a que très peu de conséquences psychologiques, mais il n'en va pas de même pour les patientes atteintes d'une pathologie psychiatrique, notamment du registre psychotique. Dans ce cas, une prise en charge psychiatrique préventive est souhaitable.

III ANNEXES

GLOSSAIRE

- **aménorrhée** : Absence des règles, de menstruation. Le plus souvent, la grossesse en est la cause. Dans les autres cas, l'aménorrhée peut être l'unique symptôme d'une pathologie ou au contraire, un parmi de nombreux autres. La recherche de la cause d'une aménorrhée nécessite rarement des examens nombreux. La prise en charge thérapeutique est parfois plus délicate.
- **analgésie** : Interruption de la transmission du signal neuronal de douleur depuis la zone lésée, en souffrance, vers le cerveau. Le système nerveux comporte un système autoanalgésiant complexe. Dit simplement, le cerveau a la capacité de décider de la production d'endorphines dans une partie du corps.
- **antibioprophylaxie** : Utilisation d'un antibiotique dans un but thérapeutique afin de prévenir l'éventuelle survenue d'une infection susceptible d'être dangereuse. L'antibioprophylaxie n'a rien à voir avec le traitement antibiotique curatif. L'antibioprophylaxie est recommandée en prévention d'une éventuelle surinfection pouvant survenir avant une intervention chirurgicale, surtout celle connue pour avoir un risque infectieux potentiel élevé ou quand le patient présente une certaine fragilité concernant son immunité. L'antibioprophylaxie, dans ce cas, est administrée en une seule dose puis quelquefois répétée sur une courte durée.
- **antiprogestérone** : Molécule qui se fixe sur les récepteurs de la progestérone, mais ne provoque pas la réaction spécifique. Exemple : le RU 486, molécule contraceptive.
- **asepsie** : Empêchement de la contamination d'une zone ou d'une surface par des micro-organismes étrangers (bactéries, parasites...). Il s'agit d'une méthode préventive qui correspond à l'ensemble des mesures propres à empêcher tout apport exogène de micro-organisme. Par exemple, ce peut être la stérilisation du

matériel introduit dans un site opératoire visant l'absence de contamination microbiologique. Contrairement à l'antisepsie, elle peut préserver la flore endémique.

- atonie : Signe clinique caractérisé par la diminution voire disparition du tonus et de la contractilité, le plus souvent musculaire.
- Chlamydiae trachomatis : Bacille de Gram indéterminé, parasite intracellulaire obligatoire. Cette bactérie est responsable de l'urétrite à Chlamydia (ou chlamydie), maladie sexuellement transmissible qui est la plus fréquente en France (50 fois plus fréquente que la gonorrhée, elle même plus fréquente que la syphilis). Son réservoir est strictement humain. Il existe 15 sérotypes, possédant un tropisme tout particulier pour les muqueuses génitales et oculaires.
- conisation : Ablation d'un fragment du col de l'utérus en forme de cône. Le but d'une conisation est double : retirer la partie dysplasique (précancéreuse) du col utérin, et analyser le fragment prélevé afin de connaître avec précision la nature des lésions et afin de s'assurer de l'absence d'une lésion plus évoluée.
- dysménorrhée : Menstruations difficiles et douloureuses, survenant généralement au deuxième jour des règles, puis s'aggravant progressivement. On distingue les dysménorrhées primaires correspondant à des perturbations du cycle ovulatoire non associées à une atteinte des organes reproducteurs, des dysménorrhées secondaires appelées également dysménorrhées acquises qui sont des règles douloureuses dues à une véritable maladie, c'est-à-dire à une lésion des organes reproducteurs.
- embolie gazeuse : Migration de bulles de gaz dans les vaisseaux sanguins, qui les transportent le plus souvent jusqu'au cerveau. L'embolie gazeuse est une forme assez rare d'embolie ; elle peut être provoquée par l'irruption accidentelle d'air dans un vaisseau au cours d'une intervention chirurgicale (chirurgie cardiaque, pulmonaire, neurochirurgie), lors d'interventions portant sur le circuit sanguin (transfusion massive sous pompe, circulation extracorporelle) ou encore lors de certains actes diagnostiques ou thérapeutiques (angiographie, cœlioscopie, laparoscopie). Un cas particulier d'embolie gazeuse est dû à la formation de bulles de gaz dans les vaisseaux sanguins à la suite d'une décompression brutale (accidents de plongée, maladie des caissons). L'embolie gazeuse donne lieu à des troubles neurologiques soudains : convulsions, coma, déficit moteur, troubles visuels, sources de possibles séquelles, et à des troubles cardiovasculaires : collapsus, arrêt cardiocirculatoire, troubles du rythme cardiaque ou signes d'insuffisance coronarienne. Le traitement, à mettre en œuvre d'urgence, est fondé sur la réanimation cardiorespiratoire, avec restauration d'une pression artérielle normale et ventilation en oxygène pur, ainsi que sur le contrôle des convulsions.

L'oxygénothérapie hyperbare (méthode permettant d'augmenter la quantité d'oxygène délivrée aux tissus en l'administrant sous une pression supérieure à la pression atmosphérique), effectuée le plus souvent en centre spécialisé, constitue le traitement le mieux approprié à l'embolie gazeuse.

- endométrite : Infection de l'endomètre. Elle fait le plus souvent suite à l'accouchement, mais elle peut aussi être causée par un geste endo-utérin (interruption volontaire de grossesse, hystérosalpingographie). L'endométrite du post-partum est une complication infectieuse commune de l'accouchement. Le premier signe en est la fièvre. Son diagnostic et son traitement permettent d'éviter l'extension de l'infection au péritoine et au pelvis.
- fibromateux : Fibrome utérin ou fibromyome utérin : Tumeur bénigne, développée à partir du muscle de l'utérus. Les fibromes sont constitués de fibres musculaires lisses qui s'enroulent sur elles-mêmes et sont séparées par du tissu conjonctif fibreux. Il serait donc plus juste de parler de « fibromyome » pour rendre compte des deux composantes, mais le terme de fibrome est largement passé dans le langage courant.
- gammaglobuline : Protéine du plasma sanguin appartenant à la famille des immunoglobulines (anticorps), analysée et dosée en pratique clinique par l'électrophorèse des protides sanguins, et également utilisée en thérapeutique pour renforcer une immunité déficiente.
- grossesse ectopique : Grossesse ectopique ou grossesse extra-utérine : Développement de l'ovule hors de la cavité utérine, soit dans une des trompes de Fallope (grossesse tubaire), soit dans l'ovaire (grossesse ovarienne), soit dans la cavité péritonéale (grossesse abdominale). La grossesse extra-utérine est une urgence chirurgicale dans sa forme rompue. Son diagnostic est de plus en plus précoce permettant d'éviter sa rupture et la mise en jeu du pronostic vital et permettant un traitement non chirurgical sous certaines conditions strictes. C'est une urgence chirurgicale pouvant compromettre le pronostic vital de la mère ou sa fertilité ultérieure. Chez les femmes sans contraception, les deux principaux facteurs de risque sont d'une part les antécédents d'infection génitale ou de chirurgie tubaire et d'autre part le tabac.
- grossesse molaire : Résultat d'une anomalie lors du processus de fécondation. Des anomalies se produisent alors dans les cellules qui deviennent le placenta. La grossesse molaire, appelée parfois « môle hydatiforme », fait partie d'un groupe de maladies appelé « tumeurs trophoblastiques gestationnelles ». En général, elles sont bénignes (non cancéreuses). Lors d'une grossesse molaire « complète », l'œuf fertilisé n'a aucun chromosome maternel et ceux du spermatozoïde du père sont dupliqués. L'œuf contient donc deux copies des chromosomes du père et aucun de

la mère. Dans ce cas de figure il n'y a pas d'embryon, ni de sac amniotique ou de tissu placentaire normal. Le placenta devient alors une masse de kystes qui ressemble à une grappe de raisin. Ces kystes sont visibles à l'échographie, et donnent alors une image « en flocons de neige ». Dans la plupart des grossesses molaires « partielles », l'œuf fécondé contient les 23 chromosomes maternels, mais le double des chromosomes paternels. Il y a donc 69 chromosomes au lieu des 46 normaux. Cela peut arriver quand les chromosomes du spermatozoïde sont dupliqués ou quand deux spermatozoïdes fécondent le même œuf. Dans ce cas, il y a du tissu placentaire parmi la masse en forme de grappe de tissu anormal. L'embryon commence son développement, donc il pourrait y avoir un fœtus, du tissu fœtal ou un sac amniotique. Mais même si le fœtus est présent, il est primordial de comprendre qu'il est génétiquement anormal et qu'il ne pourrait pas survivre et devenir un bébé.

- hypoplasie : Hypoplasie ou hypoplastie : Arrêt du développement ou développement insuffisant d'un tissu ou organe. La plupart des causes d'hypoplasie sont des maladies génétiques.
- immunoglobuline : Glycoprotéine à majorité membranaire mais aussi soluble, impliquée dans les phénomènes de reconnaissance, de liaison et d'adhésion des cellules, et dans la défense de l'organisme contre les agressions.
- insuffisance surrénale : Déficit ou arrêt, survenant rarement, de sécrétion des hormones produites habituellement par les glandes surrénales : les hormones corticosurrénales et plus particulièrement le cortisol.
- iso-immunisation : Apparition d'anticorps (appelés iso-anticorps) dans un organisme ayant reçu un antigène (corps étranger) qui provient d'un individu de la même espèce. On parle dans ce cas d'iso-antigène.
- mifépristone : Mifépristone ou RU 486 : Stéroïde synthétique. La mifépristone est utilisée chez la femme comme abortif, pour l'avortement chimique du début de la grossesse (nom commercial courant : Mifégyne).
- misoprostol : Analogue semi-synthétique de la prostaglandine E1 (PGE1), utilisé pour la prévention et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux, dus à l'utilisation d'Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) comme l'ibuprofène, le naproxène ou l'acéclofénac. Il est également utilisé pour l'IVG et les fausses couches.
- pelvialgie : Douleur pelvienne chronique.
- prostaglandine : Métabolite de l'acide arachidonique, obtenu à partir de phospholipides membranaires par action de phospholipases (plusieurs sous-types existants). Molécules liposolubles destinées à la sécrétion dans le milieu extracellulaire, les prostaglandines jouent des rôles importants dans les organismes

vivants. En effet, elles sont des agents de signalisation paracrine et autocrine qui activent de nombreux RCPG (Récepteurs membranaires à 7 segments transmembranaires Couplés à des Protéines G). Chaque prostaglandine possède 20 atomes de carbone dont un cycle à 5 atomes de carbone. Ce sont des médiateurs chimiques qui possèdent divers effets physiologiques.

- Recherche d'Agglutinines Irrégulières : Recherche d'anticorps irréguliers anti-érythrocytaires, permettant de mettre en évidence et d'identifier la présence d'anticorps dirigés contre des antigènes présents sur les globules rouges du patient. La présence de ces anticorps, provenant de transfusions antérieures, de grossesses antérieures, ou d'une auto-immunisation (dérèglement du système immunitaire), peut provoquer lors de transfusions de produits sanguins une inefficacité de la transfusion (destruction des globules rouges) pouvant avoir des conséquences cliniques graves (choc transfusionnel). Ce test est donc indispensable pour la sécurité immunologique des transfusions. Chez une femme enceinte, la présence de ce type d'anticorps peut provoquer, en cas d'incompatibilité foeto-maternelle, une maladie hémolytique du nouveau-né. La recherche sera faite systématiquement chez les femmes enceintes à rhésus négatif.
- spéculum : Outil médical généralement en métal ou à usage unique en plastique permettant d'explorer une cavité corporelle par l'écartement des parois.
- stérilité : État involontaire d'un individu inapte à concevoir un enfant.
- œstroprogestative : stroprogestatif : Produit inhibiteur de l'ovulation, associant un progestatif et un œstrogène.
- utérus retroversé : Utérus orienté vers l'arrière, alors que normalement il devrait se trouver couché sur la vessie.

BIBLIOGRAPHIE

- : IVG (Bibliographie). Centre de documentation de l'AP-HP; 2001.
- : IVG (item 27). Université Louis Pasteur (ULP), Faculté de Médecine de Strasbourg; 2002.
- : Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2001; 738-A-41.
- André S.: L'IVG et la contraception. Actualités Sociales Hebdomadaires. 2001;2223:17-26.
- Aubény E, Missey H. : IVG par RU 486. La revue du praticien. 1996;10(358):30-36.

- Aubény E. : Complications des avortements provoqués. Encyclopédie Médico-Chirurgicale.1989; 476-A10.
- Aubin C, Jourdain-Menninger D, Chambaud L. : La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. La Documentation Française; 2009 Oct.
- Bacle F, Boufassa F, Lambert J, Lefebvre P, Soulat C, Meyer L. : Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 Jun;34(4):339-345.
- Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouyer J. : Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2003 Dec;51(6):631-647.
- Brunerie-Kauffmann J. : Interruption volontaire de grossesse. AKOS, Encyclopédie Pratique de Médecine. 2005; 3-1370.
- Camus E, Nisand I. : L'IVG : législation, épidémiologie, complications. La revue du praticien. 1999;49(1): 07-113.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 28 : Interruption volontaire de grossesse. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 25-34.
- Dupont S. : La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2004 Apr;33(2):125-130.
- Estournet M. : Interruption volontaire de grossesse, historique et état des lieux. Interbloc. 2006 Mar;25(1):6-9.
- Faucher P. : Interruption volontaire de grossesse par procédés médicamenteux. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2006; 738-A-50.
- Ferris LE, et al. : Factors associated with immediate abortion complication. Canadian Medical Association Journal. 1996;154:1677-1685.
- Hassoun D. : L'IVG et la contraception : la loi modifiée. Gyn. Obs. 2001;446:6-9.
- Isand I, Merg-Essadi D. : Aspects éthiques et médicolégaux de l'interruption volontaire de grossesse. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie. 2009; 738-B-80.
- Kaminski M. : Les IVG répétées en France. Contraception, Fertilité, Sexualité. 1997;25(2):152-158.

- Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, et al. : Particularités techniques de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2005 Jun;34(4):334-338.
- Lamarche-Vadel A, Moreau C, Warszawski J, Bajos N. : Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse. Résultats d'une enquête en population générale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 Mar;33(3):113-118.
- Lansac J. : IVG - IMG. Wikinu Collège Gynécologie.
- Le Gueut-Develay M. : L'interruption volontaire de grossesse. *Faculté de Médecine de Rennes*; 1998 Sept.
- Manus JM. : La nouvelle loi sur l'IVG : que change-t-elle ? *Revue Française des Laboratoires*. 2001 Nov;2001(337):12-13.
- Maria B, Chiche F. : IVG. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.1991; 738-A40.
- Moullier R, Mesle B. : Interruption volontaire de grossesse. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Gynécologie*. 2006; 738-A-40.
- Paccoud G, Venditelli F, Pons JC. : Modifications de la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse : lecture et interrogations d'acteurs de terrain. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2002 Apr;31(2):152-161.
- Peterson HB, Grimes DA, Cates W, Rubin GL. : Comparative risk of death from induced abortion at 10 weeks of gestation performed with local versus general anaesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1981; 141: 763-768.
- Ponte C. : La réglementation de l'interruption volontaire de grossesse. *Interbloc*. 2006 Mar;25(1):47-48.
- Provansal M, Mimari R, Grégoire B, Agostini A, Thirion X, Gamberre M. : Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse à domicile et à l'hôpital : étude d'efficacité et d'acceptabilité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2009 Nov;37(11-12):850-856.
- Soulat C, Gelly M. : Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2006 Apr;35(2):157-162.
- Soutoul JH, Magnin G. : Avortements médicaux. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 1981; 738-B10-6.
- Venditelli F. : L'interruption volontaire de grossesse (28). *Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble*; 2005 Apr.

RECOMMANDATION

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. SFAR; 2001 Mar. : http://www.sfar.org/_docs/articles/60-rbpc_ivg14.pdf
- Article 162-11 du Code Civil : Interruption volontaire de la grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine. 1975. : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/interruption/sommaire.asp>
- Article 371-2 du Code Civil : Chapitre Ier : De l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant. 1971 Jan 1. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5314F94B5045EAF6AB448A734560D55.tpdjo04v_3?idArticle=LEGIARTI000006426469&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20020304
- Circulaire DGS/DHOS n° 2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Ministère de la Santé; 2001 Sept 28. : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-43/a0432832.htm>
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Journal Officiel de la République Française n° 156. 2001 Jul 7. p. 10823-10827. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=14AC3F52E96550F5B0E69DE49CAC2A48.tpdjo04v_3?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id
- Loi n°82-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non-thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure. Journal Officiel de la République Française. 1983 Jan 1. p. 15. : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5314F94B5045EAF6AB448A734560D55.tpdjo04v_3?cidTexte=JORFTEXT000000704429&dateTexte=19870730
- Nisand I. L'IVG en France : propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 1999. : http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/cgi-bin/brp/telestats.cgi?brp_ref=994000389&brp_file=0000.pdf

ABREVIATIONS

- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

- CSP : Code de la Santé Publique
- DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- hCG : human Chorionic Gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope)
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MST : Maladie Sexuellement Transmissible
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PCR : Polymerase Chain Reaction (Amplification en Chaîne par Polymérase (ACP))
- RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières
- SA : Semaines d'Aménorrhée
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine