

# L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

**Lignes directrices**

du Collège des médecins du Québec



**SEPTEMBRE 2012**



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC



# TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	7
Les compétences des médecins	7
Les compétences des autres intervenants	7
Les lieux où les services d'IVG sont offerts	7
La sélection des patientes	8
L'évaluation pré-IVG	8
Le consentement éclairé	9
Le counselling	9
Les installations et l'équipement	10
La surveillance et le suivi de l'intervention	12
La prophylaxie antimicrobienne	12
Le soulagement de la douleur	13
L'examen des tissus	13
Les précautions et mesures en cas d'urgence	13
La tenue des dossiers	13
INTERVENTION LORS DU PREMIER TRIMESTRE	14
L'IVG pharmacologique	14
L'IVG chirurgicale	14
INTERVENTION LORS DU DEUXIÈME TRIMESTRE	15
Les techniques opératoires	15
Les services cliniques	15
CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES	17
L'IVG de 23 semaines et plus	17
La surveillance de l'exercice	17
CONCLUSION	18
BIBLIOGRAPHIE	19





## AVANT-PROPOS

En 1989, le Collège des médecins du Québec publiait le guide de référence *L'avortement : éléments d'un exercice de qualité* (CPM, 1989), dans lequel il abordait l'avortement sous l'angle strictement médical et formulait des recommandations afin d'assurer la qualité de cet acte médical. La parution de ce document faisait suite à un jugement rendu par la Cour suprême du Canada, en janvier 1988. La Cour suprême y déclarait inconstitutionnel l'article 251 du *Code criminel* et décriminalisait totalement l'avortement, en en faisant un acte médical régi par les lois médicales de chaque province. Dans un autre jugement rendu en 1989, la Cour suprême (Affaire Tremblay c. Daigle) affirmait que le fœtus n'a pas de personnalité juridique et ne peut donc pas jouir du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité au sens de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

En 2004, le Collège publiait un nouveau document intitulé *L'interruption volontaire de grossesse : lignes directrices*, puisque l'évolution des différentes techniques médicales et le souci de les rendre toujours moins effractives avaient entraîné des modifications de la pratique professionnelle en matière d'interruption volontaire de grossesse. Par exemple, le médecin peut éviter d'utiliser l'anesthésie générale et l'induction du travail lorsque les circonstances s'y prêtent. Il peut recourir à l'avortement pharmacologique, lorsque la situation le permet, habituellement pour les grossesses de moins de 63 jours.

Depuis la parution de ces lignes directrices, les choses n'ont pas cessé d'évoluer, au contraire. En 2011, le Collège a notamment publié un nouveau document intitulé *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier : guide d'exercice*. Un nombre grandissant d'interventions diagnostiques et thérapeutiques étant effectuées hors établissement, les règles ont été revues pour l'ensemble de ces interventions. Encore une fois, la collaboration d'un groupe d'experts a été sollicitée afin de revoir les lignes directrices en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) en tenant compte de cette nouvelle perspective et des autres développements ayant eu cours.

S'adressant particulièrement aux spécialistes en médecine de famille et en obstétrique-gynécologie qui pratiquent des IVG, ces lignes directrices présentent les diverses interventions cliniques possibles en cas d'interruption de grossesse, de même que les dimensions psychosociales devant être considérées lorsque des femmes entreprennent des démarches pour ce type d'intervention. Comme dans les documents de 1989 et de 2004, il n'y est pas question de la moralité ni de la légitimité de cet acte de dernier recours ni d'aspects légaux ou religieux. Cet acte implique toujours une douloureuse décision pour toute femme refusant de poursuivre une grossesse.

Le Collège des médecins du Québec remercie les membres du groupe de travail, spécialistes en médecine de famille et en obstétrique-gynécologie, ainsi que tous ceux et celles qui ont contribué à la réalisation de ce document, en partageant leur expertise professionnelle et leur souci du bien-être des femmes qui ont recours à l'interruption volontaire de grossesse.



## Introduction

L'interruption volontaire de grossesse est envisagée ici comme un acte médical. En formulant des recommandations, le Collège vise à assurer un exercice de qualité dans ce domaine, dans tous les milieux extrahospitaliers ou hospitaliers où se pratiquent des IVG.

Les opinions sur l'IVG divergent, et ces lignes directrices n'ont pas pour but d'être un plaidoyer en sa faveur, les médecins et les femmes ayant toujours la liberté de choisir. Par conséquent, ce document ne doit pas servir de prétexte pour provoquer un débat. Toute femme qui s'interroge sur la poursuite de sa grossesse doit être conseillée de manière appropriée afin d'être en mesure de faire un choix libre et éclairé. Elle doit être aidée par des professionnels compétents à tous les égards.

Dans les pages qui suivent, le Collège présente des considérations générales entourant la prise de décision chez toute femme qui consulte pour une IVG ainsi que les éléments dont il faut tenir compte sur le plan médical pour ce type d'intervention. Suivent des recommandations précises concernant les techniques à utiliser, selon l'âge gestationnel.

## Considérations générales

### Les compétences des médecins

Il est démontré que l'interruption volontaire de grossesse est une intervention médicale sécuritaire lorsqu'elle est pratiquée par un médecin et du personnel qualifiés. Tout médecin qui pratique des IVG doit avoir reçu une formation suffisante, spécifique à chaque technique utilisée et doit assurer son développement professionnel continu.

Si l'obstétricien-gynécologue a acquis les connaissances théoriques et pratiques nécessaires dans le cadre de sa formation en spécialité et assure son développement professionnel continu, le spécialiste en médecine de famille aura, quant à lui, participé à des activités de perfectionnement professionnel afin d'acquérir la compétence requise dans ce domaine, dans le respect du *Code de déontologie des médecins*.

Il serait souhaitable et attendu que les milieux universitaires assurent la disponibilité de la formation relative à l'IVG aux spécialistes en médecine de famille et autres médecins spécialistes ainsi qu'une formation en sédation-analgésie et en prise en charge des urgences médicales et chirurgicales liées à cette pratique.

### Les compétences des autres intervenants

Les autres professionnels concernés, infirmières et infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues ou autres, doivent posséder les compétences requises dans leurs domaines respectifs en ce qui a trait à l'IVG afin d'assurer la qualité des soins et des services offerts.

La présence de professionnels de sexe féminin semble favoriser un environnement propice pour les femmes qui subissent cette intervention.

### Les lieux où les services d'IVG sont offerts

L'IVG peut être effectuée tant dans un centre hospitalier qu'en milieu extrahospitalier (CLSC, clinique médicale et centre communautaire). L'IVG peut difficilement être catégorisée selon les mêmes critères que les autres interventions extrahospitalières, à savoir le risque et le type d'anesthésie utilisée. Comme nous le verrons plus en détail dans ce guide, l'âge de la grossesse joue ici un rôle déterminant.

L'organisation des services au Québec permet aux femmes d'avoir accès, dans leur région, à des services d'interruption de grossesse au premier trimestre. Pour les grossesses du deuxième trimestre, des corridors de services établis dans les régions de Québec, de l'Estrie et de Montréal assurent l'accessibilité de l'IVG à toutes les femmes du Québec. Pour les grossesses de plus de 25 semaines, des services d'IVG sont offerts dans certains hôpitaux du Québec, lorsque celle-ci est pratiquée pour une raison médicale ou en raison d'une condition sociale très particulière. Sinon, les services sont offerts à l'extérieur de la province. Les femmes peuvent y avoir accès par l'intermédiaire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.



## La sélection des patientes

La sélection des patientes pour les interventions en milieu extrahospitalier doit être fondée sur l'histoire médicale et l'évaluation clinique de leur état physique. À cette fin, il est recommandé de se référer au guide d'exercice *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier* (accessible dans le site Web du Collège : [www.cmq.org](http://www.cmq.org) – section Membres, Publications).

Ainsi, la patiente atteinte d'une affection systémique limitant son activité pourrait subir une intervention en milieu extrahospitalier à condition que son affection ou son état de santé ne représente pas de risque de complications non traitables sur place ou susceptibles de nuire grandement à son intégrité physique ou fonctionnelle.

## L'évaluation pré-IVG

L'évaluation pré-IVG doit comprendre une histoire médicale complète incluant une histoire gynécologique et contraceptive ainsi qu'une revue des systèmes. Un examen physique complet, basé sur les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada les plus récentes (accessibles sur le site Web de la Société : [http://www.sogc.org/guidelines/index\\_f.asp](http://www.sogc.org/guidelines/index_f.asp)) incluant l'examen gynécologique, est effectué en tenant compte des éléments de l'anamnèse et du type d'anesthésie qui sera utilisé. Les résultats doivent être consignés au dossier de la patiente.

La détermination précise de l'âge gestationnel est essentielle. L'échographie, pratiquée par les professionnels habilités et compétents, est le meilleur outil pour l'établir. Pour les grossesses du premier trimestre, selon les ressources disponibles, l'évaluation clinique (date de la dernière menstruation, volume utérin) pourrait s'avérer suffisante, mais l'échographie, par l'évolution de sa technologie et sa disponibilité, est devenue nécessaire pour assurer une sécurité accrue des patientes. Après la 14<sup>e</sup> semaine, une échographie doit être effectuée. S'il y a antécédent de césarienne, le placenta doit être localisé. En cas de placenta *prævia*, une investigation appropriée doit exclure le placenta *accreta*.

Les tests de biologie médicale doivent comprendre un test de grossesse ou la documentation échographique d'une grossesse, la vérification du facteur Rh, ainsi que le dépistage d'une infection à chlamydia et de la gonorrhée. Ces infections sont responsables de complications infectieuses à la suite d'une IVG. Chez les primigestes, la vérification du statut immunitaire pour la rubéole est recommandée. Les résultats de ces tests doivent être connus avant l'IVG dans le cas où un vaccin anti-D ou antirubéole doit être administré.

Dans l'éventualité où, pour diverses raisons, le résultat de la recherche de chlamydia ou de gonorrhée n'est pas connu au moment de l'IVG, et qu'il serait préjudiciable, pour la patiente, de reporter l'intervention, les mesures suivantes doivent être prises :

- Une entente doit être conclue avec le laboratoire afin d'obtenir avec célérité, par téléphone ou par télécopieur, le résultat d'un examen positif;
- Convenir avec la patiente d'un contact éventuel dans les jours suivant son intervention si les tests étaient positifs, afin de lui fournir le traitement efficace, pour elle et son partenaire.

Il est à noter que la prophylaxie ne suffit pas au traitement de la gonorrhée ou d'une infection à chlamydia.

Le Collège vise à assurer un exercice de qualité en matière d'interruption volontaire de grossesse, tant dans les centres hospitaliers que dans les milieux extrahospitaliers (CLSC, clinique médicale et centre communautaire).

Idéalement, les doses du vaccin anti-D doivent être proportionnelles à l'âge gestationnel. Même si plusieurs organisations ont émis des recommandations variées, une dose minimale de 120 µg doit être considérée comme acceptable pour les grossesses de 12 semaines ou moins, et de 300 µg pour celles de plus de 12 semaines.

D'autres facteurs de risque peuvent inciter le médecin traitant à demander des examens supplémentaires, tels que la formule sanguine ou un dépistage lorsque la présence d'une vaginose bactérienne est soupçonnée, que ce soit par observation clinique ou par la présence de facteurs de risque.

## Le consentement éclairé

Avant toute IVG, la femme doit obligatoirement donner un consentement libre et éclairé. Il est important de s'assurer qu'elle est certaine de sa décision, qu'elle l'a prise en toute liberté et sans contrainte, et qu'elle comprend la nature et les conséquences de sa demande. Des renseignements détaillés, notamment quant aux risques et aux avantages de l'IVG et à ceux liés à la poursuite de la grossesse, l'aideront à prendre une décision éclairée. La meilleure façon de la renseigner sur tous les aspects de sa démarche, c'est de lui fournir les documents écrits appropriés. Du personnel formé et compétent devrait l'accompagner à chaque étape de sa démarche. Par ailleurs, le médecin a la responsabilité de s'assurer que la femme a reçu et compris toute l'information, et sa signature devrait en témoigner.

## Le counselling

Les décisions relatives à la grossesse surviennent fréquemment dans un contexte de vie particulier et peuvent entraîner confusion, ambivalence et conflit de valeurs. Les femmes doivent décider d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse en tenant compte de plusieurs aspects de leur vie, notamment leur désir d'avoir ou non des enfants, leur relation amoureuse et sexuelle avec leur(s) partenaire(s), leur réalité professionnelle, leurs capacités économique et sociale d'être mère ainsi que leur état de santé. Dans ce contexte, l'intervention psychosociale auprès des femmes qui consultent au sujet d'une IVG est essentielle.

Le counselling a pour but d'aider la femme à prendre sa décision, de la soutenir à chaque étape de l'IVG et de lui donner toute l'information nécessaire pour qu'elle puisse faire un choix éclairé. Durant la rencontre de counselling, la femme pourra, si elle le souhaite, exprimer ses sentiments vis-à-vis de sa grossesse ou de la décision de l'interrompre, et se confier sur les circonstances de la conception ainsi que sur les réactions et le soutien de son partenaire et de son entourage.

Les femmes qui consultent pour une IVG au cours du deuxième trimestre peuvent avoir besoin d'une intervention psychosociale approfondie, cette situation engendrant fréquemment un grand stress et beaucoup d'ambivalence. Les peurs soulevées par les risques d'une IVG effectuée au cours du deuxième trimestre sont également plus grandes que celles que l'on ressent au cours du premier trimestre. Les femmes qui demandent une IVG à la suite d'un diagnostic prénatal devraient, quant à elles, recevoir un accompagnement qui tient spécialement compte du processus de deuil.

Lors de la rencontre, les professionnels concernés fourniront à la patiente de l'information précise sur les risques et les avantages de l'IVG. Si celle-ci exprime une certaine ambivalence par rapport à sa décision, ils l'informeront des risques et des avantages de poursuivre sa

Les femmes doivent décider d'interrompre ou de poursuivre leur grossesse en tenant compte de plusieurs aspects de leur vie.

Dans ce contexte, l'intervention psychosociale auprès des femmes qui consultent au sujet d'une IVG est essentielle.



grossesse. Ils lui présenteront les techniques d'intervention utilisées, les risques et les effets secondaires ainsi que le déroulement de l'intervention. Enfin, ils aborderont la possibilité d'un suivi psychosocial après l'IVG ainsi que les divers moyens de contraception pouvant être envisagés.

Des dépliants sur l'IVG compléteront l'accompagnement en counselling. Si l'établissement ou la clinique n'offre aucune rencontre psychosociale à la suite de l'intervention, de l'information sur les ressources disponibles sera fournie à la patiente, pour qu'elle la consulte au besoin.

Un membre de l'équipe qui possède les compétences nécessaires peut effectuer le counselling. Le respect du choix de la femme et la confidentialité sont primordiaux.

## Les installations et l'équipement

Toute IVG doit être pratiquée en ayant la capacité d'offrir la sédation-analgésie appropriée et dans un milieu assurant la sécurité de la patiente, qu'il s'agisse des locaux, de l'équipement et de son entretien ou de la médication nécessaires à un exercice de qualité.

### Installations

Les locaux doivent être adaptés à ce type d'intervention et fonctionnels, en plus d'être discrets et sécuritaires pour les femmes comme pour les intervenants :

- Un local propre et bien entretenu;
- Un éclairage et une ventilation adéquats;
- Un local suffisamment grand pour assurer une liberté de mouvement autour de la table et permettre le transfert des patientes sur civière;
- La présence d'un évier;
- Des matériaux facilement lavables;
- Une source d'alimentation d'énergie d'urgence;
- Une salle de récupération suffisamment grande pour permettre le transfert des patientes sur civière;
- Des toilettes facilement accessibles.

### Équipement

Dans le but de permettre une évaluation adéquate, il est recommandé que l'équipement comprenne également :

- Appareil d'échographie (sondes abdominale et vaginale);
- Équipement pour désinfection de haut niveau de la sonde vaginale entre chaque utilisation;
- Tests diagnostics requis (se référer à l'évaluation pré-IVG);
- Accès aux autres moyens d'investigation, au besoin.

Dans le but de faciliter les soins per et post-intervention :

- Table gynécologique, préférablement avec des supports aux genoux;
- Gants stériles;
- Instruments conventionnels pour D\C et D\E disponibles en quantité suffisante;
- Pompe d'aspiration;
- Tube d'aspiration uniservice ou désinfecté entre chaque procédure;
- Seringue de Karman désinfectée entre chaque procédure;
- Équipement pour l'examen macroscopique des tissus (tamis, plat transparent résistant à la chaleur, plaque lumineuse);
- Dilatateurs osmotiques;
- Saturomètre (privilégier un modèle automatique incluant lecture du pouls et de la tension artérielle);
- Source d'oxygène;
- Équipement nécessaire à la stérilisation des instruments;
- Programme d'assurance qualité avec indicateurs chimiques et biologiques de stérilité;
- Équipement nécessaire à la réanimation :
  - Ventilatoire : ballon-masque, canule, trompette nasale
  - Lorsque la sédation-analgésie est utilisée, se référer aux recommandations formulées par le CMQ dans le guide d'exercice *Utilisation de la sédation-analgésie* (accessible dans le site Web du Collège : [www.cmq.org](http://www.cmq.org) – section Membres, Publications).
  - Circulatoire : équipement intraveineux incluant cathéters, solutés cristalloïdes, défibrillateur automatisé si la patiente est de classe 3 ou souffre de problème cardiaque ou présente un risque d'arythmie. Sonde Foley et/ou tube de Bakri pour compression mécanique intra-utérine.
- Médicaments pour assurer le confort des patientes :
  - Analgésiques simples
  - Antiémétiques
  - N<sub>2</sub> O<sub>2</sub> (protoxyde d'azote)
  - Narcotiques à courte action
  - Sédatifs
  - Anesthésiques locaux
- Médicaments pour faire face aux situations médicales d'urgence :
  - Nalaxone
  - Anexate
  - Epinéphrine
  - Atropine
  - Salbutamol



- Antihistaminiques
- Benzodiazépines (midazolam ou diazépam ou lorazépam)
- Dextrosé 50 %
- Oxytocine et/ou vasopressine
- Misoprostol (qui peut également être utilisé pour préparer le col)
- Carboprost (hémabate)
- Des immunoglobulines anti-D (WinRho) doivent être disponibles;
- Selon les circonstances, le matériel nécessaire à l'installation immédiate d'un stérilet.

## La surveillance et le suivi de l'intervention

Les divers intervenants (par exemple, le personnel d'une clinique) devraient avoir accès à des protocoles de suivi comme outil d'information et de référence.

Depuis la période postopératoire jusqu'au départ de la patiente, et durant toute la phase de rétablissement postanesthésique, un médecin doit être disponible sur place afin d'intervenir en cas de complications. La durée de la période de surveillance varie en fonction de l'âge gestationnel et du type d'anesthésie. Elle doit se poursuivre au moins jusqu'à ce que l'état de conscience de la patiente soit normal et que sa condition clinique soit stable (tension artérielle et pouls stables; pertes sanguines et douleur contrôlées). Pour le retour à la maison, il est recommandé qu'elle soit accompagnée et qu'elle n'ait pas l'autorisation de conduire un véhicule.

Avant de quitter le centre, la patiente doit avoir en main, si possible sous forme de dépliant, tous les renseignements concernant les précautions à prendre et les personnes à joindre en cas de difficulté ou de complication. Ce dépliant devrait être accompagné d'une note de départ s'adressant aux autres intervenants du réseau qui pourraient être appelés à poser des gestes en relation avec cet épisode de soins. Un suivi est obligatoire lorsque des complications sont survenues et un suivi médical ou psychologique doit être offert aux patientes ayant des besoins particuliers.

## La prophylaxie antimicrobienne

La prophylaxie antimicrobienne universelle est maintenant recommandée et devrait être commencée avant la procédure. La posologie la plus utilisée consiste en une dose de 100 mg de doxycycline, administrée de 30 à 60 minutes avant la procédure et 200 mg immédiatement après. La littérature actuelle propose également d'autres schémas posologiques. La prophylaxie de l'endocardite, chez une porteuse de prothèse valvulaire cardiaque, n'est pas recommandée systématiquement, sauf si le médecin traitant ou le cardiologue de la patiente le recommande.

Le médecin doit envisager des doses thérapeutiques pour les femmes à risque, celles qui auraient un nouveau partenaire ou plusieurs partenaires, ou encore celles qui présenteraient un écoulement cervical mucopurulent, d'autres infections transmises sexuellement ou des antécédents d'infection pelvienne.

## Le soulagement de la douleur

Le soulagement de la douleur est essentiel chez toute femme qui subit une interruption volontaire de grossesse. Les méthodes d'anesthésie doivent respecter les lignes directrices présentées par le Collège dans le document *Utilisation de la sédation-analgésie*. La surveillance, lors de l'anesthésie, relève d'une personne compétente possédant la formation requise.

- **Le bloc cervical ou le bloc paracervical** sont les premiers choix à considérer, à moins de contre-indication.
- **La sédation-analgésie** devrait être offerte à toutes les patientes.
- **L'anesthésie péridurale ou l'anesthésie rachidienne** peuvent être utilisées lorsque l'âge gestationnel est avancé ou que la patiente présente des facteurs psychologiques particuliers.
- **L'anesthésie générale** lors d'une IVG doit être réservée aux cas particuliers.

## L'examen des tissus

Le médecin effectuant l'IVG doit procéder à l'examen macroscopique, après tamisage et par transillumination des tissus aspirés, de façon à confirmer qu'il s'agit bien d'une grossesse intra-utérine et que l'évacuation est complète. Une note doit être inscrite au dossier à cet effet. Les tissus obtenus à la suite d'une IVG doivent être envoyés à un pathologiste pour examen.

Si l'examen macroscopique n'est pas satisfaisant (p. ex., apparence anormale du sac gestationnel ou des villosités chorioniques, discordances avec le stade attendu ou autres anomalies), le médecin doit faire en sorte d'obtenir, dans les meilleurs délais, le rapport anatomo-pathologique confirmant la présence de villosités choriales. Si les tissus sont insuffisants ou incertains, le médecin doit entreprendre les démarches adéquates pour éliminer une grossesse ectopique ou une IVG non complétée (p. ex., échographie de contrôle, Bêta HCG sériés avec relance très stricte de ces patientes).

## Les précautions et mesures en cas d'urgence

Des risques de complications sont inhérents à toute intervention chirurgicale ou anesthésique. C'est au médecin que revient la responsabilité d'évaluer les facteurs de risque et de s'assurer que des ressources appropriées sont en place pour réagir en cas d'urgence. Si l'IVG est effectuée dans un endroit où il ne se fait pas de chirurgie, il est important d'avoir accès facilement à un centre hospitalier, avec lequel on aura préalablement conclu une entente de services et défini le délai d'intervention.

Des protocoles d'intervention, précisant comment et dans quelles circonstances doivent s'effectuer la surveillance des signes vitaux et l'installation des cathéters intraveineux, des solutés et des moniteurs, doivent être établis. Il faut aussi s'assurer d'avoir en permanence la médication et des solutés pour traiter certaines situations, notamment l'arrêt cardiaque, la crise d'asthme, la réaction allergique, la dépression respiratoire, le choc hypovolémique, le choc vagal et les convulsions.

## La tenue des dossiers

Les recommandations énoncées par le Collège dans le guide *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés* et dans le guide *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC* doivent être respectées.



## Intervention lors du premier trimestre

### L'IVG pharmacologique

Une interruption volontaire de grossesse pharmacologique ne peut avoir lieu que dans un milieu où il existe un programme conçu à cet effet, incluant les ressources nécessaires (personnel, équipement, etc.). Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), le taux de succès, dans ce contexte, est variable selon l'âge de la grossesse. Il faut respecter un protocole reconnu, tel que celui élaboré en 2006 par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), celui de l'ACOG (Medical Management of Abortion) ou celui de la National Abortion Federation (NAF) (2011 Clinical Policy Guidelines).

### L'IVG chirurgicale

Il est généralement accepté que l'interruption d'une grossesse de moins de 14 semaines se fasse par aspiration et curetage sous anesthésie locale avec disponibilité de sédation-analgésie.

Une interruption volontaire de grossesse, incluant par méthode pharmacologique, ne peut avoir lieu que dans un milieu où il existe un programme conçu à cet effet.

La préparation du col peut contribuer à prévenir des traumatismes cervicaux, qu'elle soit effectuée à l'aide d'un médicament (misoprostol) ou de façon mécanique à l'aide de dilateurs osmotiques, par exemple des tiges laminaires. L'aspect sécuritaire de ces techniques fait consensus dans le milieu médical même lorsqu'il s'agit de grossesses de moins de sept semaines.

Les intervenants sont incités à la prudence lorsque l'utérus est vide à l'échographie et que le test de grossesse est positif. Un complément d'investigation est nécessaire pour éliminer toute possibilité de grossesse ectopique.

La dilatation avant l'aspiration peut s'effectuer à l'aide des bougies de Pratt ou d'Hegar, s'il n'y a pas eu de préparation mécanique ou médicale du col.

## Intervention lors du deuxième trimestre

### Les techniques opératoires

Au cours du deuxième trimestre, une interruption de grossesse peut être pratiquée selon différentes techniques. Toutefois, dans tous les cas, la préparation cervicale, par misoprostol et/ou tiges laminaires, demeure essentielle.

- **Dilatation et aspiration**

Cette intervention est réalisée en externe, pour les grossesses de moins de 15 semaines. Il est possible de procéder par aspiration, comme au premier trimestre, mais en effectuant une plus grande dilatation et en utilisant les canules ainsi que les tubulures appropriées (16 mm).

- **Dilatation et évacuation chirurgicale**

Cette technique, qui requiert l'usage de pinces et de spéculums adaptés, est indiquée pour les grossesses de 15 semaines et plus. À partir de 18 semaines de grossesse (40 mm de diamètre bipariétal), il est recommandé de faire deux applications de tiges laminaires : la première, 48 heures avant l'intervention; la seconde, 24 heures avant l'intervention.

- **Induction du travail**

Cette solution de rechange à l'approche chirurgicale peut être employée par une équipe spécialisée pour interrompre les grossesses de plus de 20 semaines. On recommande l'utilisation des prostaglandines, comme le misoprostol, car elle est plus sécuritaire que l'instillation d'une solution saline intra-utérine. Elle requiert cependant une hospitalisation de quelques jours et est associée à un risque accru de complications.

À partir de 21 semaines, afin de faciliter l'évacuation et d'éviter l'expulsion d'un fœtus vivant, il est suggéré de faire une injection intra-amniotique ou intrafoetale de digoxine ou de chlorure de potassium (KCl) au moment de l'insertion des tiges laminaires.

D'autres éléments doivent être pris en considération, notamment l'utilisation d'ocytocique, qui doit débiter avant l'évacuation chirurgicale et se poursuivre pendant l'intervention. La disponibilité de l'échographie peropératoire, l'installation d'un soluté intraveineux et la disponibilité constante de carboprost (Hemabate<sup>MD</sup>) doivent être assurées, quel que soit l'endroit où est pratiquée l'intervention.

### Les services cliniques

L'IVG au cours du deuxième trimestre, c'est-à-dire pour les grossesses de 14 semaines et plus, doit être faite dans un centre hospitalier, un CLSC ou une clinique spécialisée possédant l'équipement nécessaire et un personnel spécialement formé. Étant donné que les risques et les complications augmentent avec l'âge gestationnel, le CLSC ou la clinique doivent être situés dans un endroit où le transport vers un centre hospitalier peut s'effectuer dans un court délai. Si la patiente présente certains facteurs de risque (obésité grave, gros léiomyomes, problèmes médicaux graves concomitants, risque de placenta accreta, etc.), l'IVG devrait avoir lieu dans un centre hospitalier plutôt que dans une clinique ou un CLSC.



Considérant les difficultés inhérentes aux IVG effectuées par induction du travail, celles-ci doivent être pratiquées en milieu hospitalier par du personnel ayant une formation appropriée et une approche humaine et empathique.

Qu'il s'agisse des médecins, du personnel infirmier ou des autres intervenants, il incombe aux membres de chaque équipe de déterminer leurs limites d'intervention, c'est-à-dire leurs zones de confort et d'inconfort vis-à-vis de l'IVG. Afin d'assurer une qualité optimale des soins offerts, il est conseillé qu'un médecin pratique les IVG au sein d'une équipe.

## Considérations particulières

### L'IVG de 23 semaines et plus

Rare, l'interruption volontaire de grossesse après 23 semaines de gestation est réservée aux cas d'anomalies congénitales graves ou à des situations cliniques exceptionnelles.

### La surveillance de l'exercice

Le Collège encourage chaque milieu où s'effectuent des interruptions volontaires de grossesse à mettre en place des mécanismes d'évaluation de la qualité des soins dans le cadre d'un processus continu d'amélioration de l'exercice.

À la suite de la publication de lignes directrices, le comité d'inspection professionnelle entreprend habituellement, dans un délai raisonnable, des activités de surveillance de l'exercice de ses membres, eu égard à la mise en application de ses recommandations.



## Conclusion

L'interruption volontaire de grossesse est un phénomène de société dont les causes sont multiples. Confrontées à une décision délicate et toujours difficile, les femmes doivent pouvoir compter sur la qualité des services qui leur sont offerts.

Dans cette optique, les médecins doivent utiliser les techniques les moins effractives possibles, dans un milieu favorable et sécuritaire et où les installations, l'équipement et les ressources humaines sont adéquats.

C'est pourquoi ce document propose à tous les médecins appelés à intervenir dans les cas de grossesses non désirées des éléments pouvant guider le choix de leurs interventions et leur permettant d'assurer une prestation des soins d'une qualité optimale.

## BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION CANADIENNE DE NORMALISATION. Z314.8-08 : *Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*, 3<sup>e</sup> éd., Mississauga, Ont. : l'Association, 2008, 98 p., ISBN 9781554367894.

Id. Z314.08 : *Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*, mise à jour n° 1, Mississauga, Ont. : l'Association, décembre 2009, 1 p.

Id. Z314.08 : *Décontamination des dispositifs médicaux réutilisables*, mise à jour n° 2, Mississauga, Ont. : l'Association, janvier 2011, 3 p.

CHU SAINTE-JUSTINE. COMITÉ DE BIOÉTHIQUE. *Interruption de grossesse du troisième trimestre pour anomalie fœtale : avis*, Montréal : CHU Sainte-Justine, 2007, 50 p., ISBN 978-2-89619-092-8.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC : guide d'exercice*, Montréal : le Collège, septembre 2006, 48 p., ISBN 2-920648-36-0. [En ligne] <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/-/media/Files/Guides/Tenue%20dossiers%20cabinet%20clsc%202006.pdf?91206>

Id. *Procédures et interventions en milieu extrahospitalier : guide d'exercice*, Montréal : le Collège, août 2011, 42 p., ISBN 978-2-920548-78-7. [En ligne] <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/-/media/Files/Guides/Guide-Procédures-Interventions-ExtraHosp-2011.pdf?91206>

Id. *Utilisation de la sédation-analgésie : lignes directrices*, Montréal : le Collège, novembre 2009, 23 p., ISBN 978-2-920548-71-8. [En ligne] <http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/-/media/Files/Lignes/Lignes%20sédation%20analgésie%202009.pdf?91206>

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ALBERTA. *Termination of Pregnancy: standards & guidelines*, Edmonton: the College, juin 2005, rév. février 2008, 7 p. [En ligne] [http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro\\_QofC\\_Non-Hospital/NHSF\\_-\\_Termination\\_of\\_Pregnancy.sflb.ashx](http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro_QofC_Non-Hospital/NHSF_-_Termination_of_Pregnancy.sflb.ashx)

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA. *Professional standards and guidelines: abortion*, Vancouver: the College, septembre 2009, 1 p. [En ligne] <https://www.cpsbc.ca/files/u6/Abortion.pdf>

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO. *Independent health facilities: clinical practice parameters and facilities standards: obstetrics and gynecology: induced abortion*, 3<sup>e</sup> éd., Toronto: the College, avril 2006, 55 p. [En ligne] [http://www.cpsa.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/Induced\\_Abortion.pdf](http://www.cpsa.on.ca/uploadedFiles/policies/guidelines/facilities/Induced_Abortion.pdf)

COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF SASKATCHEWAN. *The Bylaws pursuant to The Medical Profession Act*, 1981, Saskatoon: the College, février 2008, s.42, p. 34-36. [En ligne] [http://www.quadrant.net/cps/pdfs/CPSS\\_Bylaws.pdf](http://www.quadrant.net/cps/pdfs/CPSS_Bylaws.pdf)

FLAGGER, E., F. BAYLIS et S. RODGERS. «Ethical dilemmas that arise in the care of pregnant women: rethinking "maternal-fetal conflicts"», *Bioethics at the bedside: a clinician's guide*, Ed. by Peter A. Singer. Ottawa: Canadian Medical Association, 1999, p. 71-78, ISBN 0-920169-31-7.

GOLDBERG, A.B., M.B. GREENBERG et P.D. DARNEY. «Misoprostol and pregnancy», *The New England Journal of Medicine*, vol. 344, n° 1, 4 janvier 2001, p. 38-47.

GROSSMAN, D., K. BLANCHARD et P. BLUMENTHAL. «Complications after second trimester surgical and medical abortion», *Reproductive Health Matters*, vol. 16, n° 31, supplément mai 2008, p. 173-182.

GROSSMAN, D. et K. GRINDLAY. «Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review» *Contraception*, vol. 83, n° 6, juin 2011, p. 504-510.

JACOT, F.R. et collab. «A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 168, n° 2, février 1993, p. 633-637.



- KANESHIRO, B. et collab. «Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound?», *Contraception*, vol. 83, n° 3, mars 2011, p. 194-201.
- LEVALLOIS, P. et J.E. Rioux, «Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: results of a clinical controlled trial», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 158, n° 1, janvier 1988, p. 100-105.
- NATIONAL ABORTION FEDERATION. *2012 clinical policy guidelines*, Washington, D.C.: the Federation, 2012, 56 p. [En ligne] [http://www.prochoice.org/pubs\\_research/publications/downloads/professional\\_education/2012\\_CPGs.pdf](http://www.prochoice.org/pubs_research/publications/downloads/professional_education/2012_CPGs.pdf)
- PAUL, M. et collab. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*, West Sussex, England: Wiley-Blackwell, 2009, 376 p., ISBN 9781405176965.
- SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. « Antibiotrophylaxie dans le cadre d'interventions gynécologiques », *Directive clinique de la SOGC*, n° 275, avril 2012, p. S1-S12. [En ligne] <http://sogc.org/guidelines/documents/gui275CPG1004F.pdf>
- Id. « Directive clinique sur l'interruption volontaire de grossesse », *Directive clinique de la SOGC*, n° 184, novembre 2006, p. 1028-1044. [En ligne] <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui1840611F.pdf>
- SOCIETY OF FAMILY PLANNING. *Cervical dilation before first-trimester surgical abortion*, SFP Guideline 20071, Philadelphia, PA: the Society, 2007, 18 p. [En ligne] [http://www.societyfp.org/\\_documents/cervical\\_dilation\\_2007.pdf](http://www.societyfp.org/_documents/cervical_dilation_2007.pdf)
- Id. *Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation*, SFP Guideline 20072, Philadelphia, PA: the Society, 2007, 10 p. [En ligne] [http://www.societyfp.org/\\_documents/cervical\\_prep\\_2nd\\_2007.pdf](http://www.societyfp.org/_documents/cervical_prep_2nd_2007.pdf)
- Id. *Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation*, SFP Guideline 20073, Philadelphia, PA: the Society, 2007, 7 p. [En ligne] [http://www.societyfp.org/\\_documents/cervical\\_prep\\_3rd\\_2007.pdf](http://www.societyfp.org/_documents/cervical_prep_3rd_2007.pdf)
- Id. *Induction of fetal demise before abortion*, SFP Guideline 20101, Philadelphia, PA: the Society, 2010, 12 p. [En ligne] [http://www.societyfp.org/\\_documents/resources/InductionofFetalDemise.pdf](http://www.societyfp.org/_documents/resources/InductionofFetalDemise.pdf)
- Id. *Labor induction abortion in the second trimester*, SFP Guideline 20111, Philadelphia, PA: the Society, 2011, 15 p. [En ligne] [http://www.societyfp.org/\\_documents/resources/guidelines2011-1.pdf](http://www.societyfp.org/_documents/resources/guidelines2011-1.pdf)
- Id. *Prevention of infection after induced abortion*, SFP Guideline 20102, Philadelphia, PA: the Society, 2011, 15 p. [En ligne] [http://www.societyfp.org/\\_documents/resources/PreventionofInfection2011-1.pdf](http://www.societyfp.org/_documents/resources/PreventionofInfection2011-1.pdf)
- SPIELMAN, B. «Certainty and agnosticism about lethal injection in late abortion», *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 6, n° 3, automne 1995, p. 270-272.
- TRUPIN, S.R. *Elective Abortion*, New York: Medscape reference: drugs, diseases & procedures, mise à jour 31 janvier 2012, 18 p. [En ligne] <http://www.medscape.org>
- WALSH, J.L., et M.M. MCQUEEN. «The morality of induced delivery of the anencephalic fetus prior to viability», *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 3, n° 4, décembre 1993, p. 357-369.
- YOUNG, D.C. et collab. «Misoprostol use in pregnancy: an update», *Journal SOGC*, vol. 21, n° 3, mars 1999, p. 239-245.
- ZUPANCIC, J. «From cradle to crisis: care of seriously ill newborns», *Annales RCPSC*, vol. 32, supplément automne 1999, p. 108-112.

## **Publication du Collège des médecins du Québec**

### **Collège des médecins du Québec**

2170, boulevard René-Lévesque Ouest

Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone: 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Télécopieur: 514 933-3112

Courriel: [info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

Site Web: [www.cmq.org](http://www.cmq.org)

### **Coordination**

**Révision linguistique et correction d'épreuves**

### **Graphisme**

Collège des médecins du Québec

Les Éditions Rogers

### **Illustration**

Olivier Lasser



Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

**La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.**

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2012

Bibliothèque et archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-920548-81-7 (version imprimée)

ISBN 978-2-920548-82-4 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2012

N.B. : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.



*Imprimé sur papier recyclé*





COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC