

Procéder à l'évaluation et intervenir lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire	Approuvé	2018-04-10
	Direction des programmes Jeunesse et des activités de santé publique	Révisé	2024-12-11
	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical		
Installations / Secteurs visés	Clinique de planning familial de l'Hôpital Anna-Laberge Clinique Climats du CLSC Vaudreuil-Dorion		
Outils cliniques associés	OC-6042 Initier une échographie gestationnelle et initier un dosage sérique de l'hormone gonadotrophique chorionique (BHCG) OC-6061 INESSS Initier des mesures diagnostiques chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles OIPI-700 Interruption volontaire grossesse (IVG) médicale – liaison et ordonnance externe OIPI-717 Interruption volontaire grossesse (IVG) chirurgicale OIPI-718 Interruption volontaire grossesse (IVG) chirurgicale pré MSI - Administration de l'immunoglobuline anti-D (humaine)- WinRhoMD SDF pour la prévention de l'allo immunisation Rho(D) –CCNMT		

1. Professionnels visés

Infirmières exerçant dans les secteurs visés et possédant les compétences requises pour faire l'évaluation et le suivi de la clientèle requérant une interruption volontaire de grossesse (IVG).

2. Activités réservées

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Initier des mesures thérapeutiques et diagnostiques selon une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (PTI).
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

3. Situations cliniques visées/clientèles visées

Toute usagère qui se présente pour interruption volontaire de grossesse à l'une des cliniques de planning familiale.

4. Intentions thérapeutiques

- Procéder à l'évaluation pré-IVG complète ainsi qu'au counseling selon le contexte.
- Collaborer avec le médecin lors de l'intervention suite à une demande visant une interruption volontaire de grossesse par une intervention chirurgicale ou médicale, selon le contexte et la préférence de l'usagère.
- Assurer une surveillance clinique pré, per et post IVG.

5. Définitions

Interruption volontaire de grossesse (IVG) :

Avortement provoqué. Cette intervention peut se faire à l'aide d'une chirurgie (IVG chirurgicale) ou en utilisant uniquement des médicaments (IVG médicale).

IVG chirurgicale : Avortement provoqué par une intervention chirurgicale pratiquée par le médecin. L'IVG chirurgicale est la plupart du temps pratiquée par aspiration, dilatation et curetage.

IVG médicale : Avortement provoqué par la prise d'une thérapie constituée de médicaments abortifs (mifépristone et misoprostol combinés, soit le Mifegymiso^{MC}).

6. Indications

SECTION 1 : IVG chirurgicale : Grossesse de **14 semaines et moins** lors de l'intervention

SECTION 2 : IVG médicale : Grossesse de **11 semaines et moins (77 jours et moins)** lors de la prise de la médication

Procéder à l'évaluation et intervenir lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG)

7. Contre-indications

SECTION 1 : IVG chirurgicale :

- Grossesse de **plus de 14 semaines** lors de l'intervention

SECTION 2 : IVG médicale (MIFÉ-MISO)

- Grossesse de **plus de 11 semaines** (plus de 77 jours)
- Âge gestationnel non confirmé
- Présence ou suspicion de grossesse ectopique
- Insuffisance surrénalienne chronique
- Anémie sévère (taux d'hémoglobine inférieur à 95 g/L)
- Troubles de la coagulation ou prise d'anticoagulants
- Porphyrie héréditaire
- Asthme non maîtrisé
- Intolérance connue à la mifépristone ou au misoprostol ou aux autres prostaglandines
- Corticothérapie systémique prolongée, sauf si corticothérapie corrigée en conséquence

8. Conditions d'initiation

Évaluer la condition clinique de l'usagère et s'assurer d'un consentement libre et éclairé. En tenant compte de divers facteurs (l'âge gestationnel, la présence des critères d'inclusion, l'absence de contre-indication et la préférence de l'usagère), la méthode d'interruption, soit chirurgicale ou médicale, sera déterminée par l'usagère.

- Pour l'usagère âgée de moins de 14 ans, obtenir l'autorisation parentale ou du représentant légal avant de procéder à l'évaluation.

9. Limites/références au médecin

Pré-IVG (chirurgicale ou médicale), aviser le médecin si :

- Usagère âgée de moins de 14 ans
- Tout problème médical particulier ou tout autre motif jugé pertinent
- Échographie anormale, c'est-à-dire :
 - Suspicion d'un œuf clair ou grossesse arrêtée
 - Pas de signe de grossesse intra-utérine
 - Malformations utérines
 - Môle ou possibilité de môle
 - Suspicion ou confirmation d'une grossesse ectopique ou de localisation indéterminée

Pour IVG médicale seulement

- Grossesse entre 9 et 11 semaines lors de l'intervention ou âge gestationnel non confirmé;
- Insuffisance rénale, insuffisance hépatique (ALT augmenté x 2 et plus), insuffisance surrénalienne chronique, diabète non contrôlé, malnutrition, porphyrie congénitale, asthme non contrôlé;
- Stérilet en place (*stérilet doit être retiré par le médecin ou professionnel habilité avant la tenue de l'avortement médical*);
- Compréhension limitée de l'usagère, refus ou incapacité de revenir pour le suivi post-IVG;
- Lieu de résidence situé à plus d'une heure d'un service d'urgence;
- Contre-indication au mifépristone**
 - Hémorragie ou prise d'anticoagulants, corticothérapie systémique prolongée ou insuffisance corticosurrénalienne;
 - Allergie ou hypersensibilité au traitement (récepteur de la progestérone) ou aux autres prostaglandines.

Post-IVG : Aviser le médecin si l'usagère présente des saignements anormaux, des signes d'hémorragie, une douleur importante ou des signes d'infection.

10. Directives

ENTREVUE PRÉ IVG (chirurgicale ou médicale):

- 1) Effectuer la collecte de données et l'évaluation pré-IVG à l'aide des formulaires associés.
 - Histoire médicale et chirurgicale
 - Histoire de grossesse
 - Antécédents gynécologiques
 - Histoire contraceptive
 - Counseling et enseignement sur la contraception, remettre documentation et l'ordonnance au besoin
 - Informer l'usagère sur les différentes ressources ou sites internet disponibles
- 2) Évaluer les réactions face à la grossesse, incluant la présence d'ambivalence.
Informar des trois possibilités:
 - Poursuite de la grossesse
 - Adoption
 - Interruption volontaire de grossesse
- 3) Remettre la documentation disponible (brochures interruption volontaire de grossesse chirurgicale ou médicale) afin de l'accompagner à prendre une décision libre et éclairée.
- 4) Offrir une consultation au besoin avec une travailleuse sociale.
Planifier cette consultation le plus tôt possible (délai d'une semaine selon l'avancement de la grossesse); sinon communiquer avec un intervenant psychosocial du CLSC de l'usagère pour respecter ce délai.
- 5) Évaluer la grossesse à l'aide d'une échographie :

Pour la Clinique de Vaudreuil-Dorion :

Initier une échographie selon l'OC-6040 Initier une échographie gestationnelle et initier un dosage sérique de l'hormone gonadotrophique chorionique (BHCG).

Pour l'Hôpital Anna-Laberge:

Prescrire une échographie obstétricale.

- 6) Aviser le médecin si l'usagère présente des problèmes médicaux ou une échographie anormale (voir point 9, limites références au médecin).
- 7) Suivre les conduites selon les particularités suivantes :

Si plus de 14 semaines lors de la date prévue de l'intervention :

- Référer l'usagère au centre approprié :
 - i. Prendre rendez-vous ou lui remettre les coordonnées du centre;
 - ii. Faire signer un consentement de transmission des informations inter établissement;
 - iii. Acheminer les résultats des tests diagnostiques (échographie et prélèvements sanguins).

Si plus de 11 semaines (plus de 77 jours) lors de la date prévue de l'intervention :

- Expliquer à l'usagère qu'elle devra recourir à l'IVG chirurgicale si elle décide de mettre un terme à sa grossesse.

Si répond aux indications pour les deux options (IVG médicale ou chirurgicale):

- Lui offrir les deux choix en utilisant le tableau d'aide à la décision résumant les avantages, inconvénients et risques des deux types d'IVG (Annexe A et Annexe B).
- 8) Effectuer l'enseignement sur les différents moyens de contraception post-IVG.
 - 9) Prescrire la méthode choisie à l'aide de la prescription infirmière ou diriger l'usagère vers le médecin. (SECTION 1 : IVG chirurgicale ou SECTION 2 : IVG médicale)

SECTION 1 : IVG CHIRURGICALE

SUITE DE L'ENTREVUE PRÉ-IVG chirurgicale :

- 1) Poursuivre l'évaluation infirmière pré-IVG chirurgicale, à l'aide du formulaire désigné.
- 2) Expliquer le déroulement de la procédure et faire l'enseignement sur l'allo-immunisation. Remettre la brochure Interruption volontaire de grossesse chirurgicale.
- 3) Collaborer au consentement en expliquant les risques de la procédure et en faisant signer le consentement à l'avortement en utilisant le formulaire AH-110.
 - Si l'usagère est âgée de moins de 14 ans, s'assurer d'obtenir le consentement d'un parent ou du représentant légal. ***Le médecin devra contresigner le formulaire AH-110 le jour de l'intervention.**
- 4) Effectuer l'enseignement post-IVG et remettre la documentation au besoin. S'assurer que l'usagère est accompagnée puisqu'elle ne pourra pas conduire pour les prochaines 24 heures.
- 5) Effectuer les prélèvements suivants :
Prélèvements (vaginal ou cervical ou urinaire ou pharyngé):
 - Chlamydia
 - Gonorrhée
 - Culture vaginale PRN si suspicion de vaginose bactérienne, se référer à l'OC-6061 INESSS Initier des mesures diagnostiques chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles.**Prélèvements veineux :**
 - **Si grossesse de 8 semaines et plus : faire un groupe sanguin complet** (si groupe inconnu ou Rh négatif) soit : (Groupe + Rhésus (Rh) et Recherche anticorps irréguliers (RAI);
 - Autres bilans demandés suite à l'évaluation médicale, le cas échéant.
- 6) Planifier le rendez-vous pour l'IVG chirurgicale.
- 7) **Remettre l'ordonnance pré-IVG** complétée et signée (OIP-718 IVG chirurgicale-pré) à faire servir dans une pharmacie externe.

LE JOUR DE L'IVG (PER PROCÉDURE IVG) :

- 8) Le médecin répondra aux questions et contresignera le formulaire de consentement AH-110.
- 9) Confirmer le choix de contraception, s'assurer que le choix de contraception convient.
 - Procéder à la modification de la prescription au besoin ou aviser le médecin.
- 10) Vérifier la présence de saignement, de douleur abdominale ou d'autres effets secondaires reliés à la prise du misoprostol, le cas échéant.
- 11) Installer un accès veineux.
- 12) Procéder à un groupe sanguin complet (Groupe + Rh + RAI) si :
 - Grossesse de 8 semaines et plus;
 - Absence ou manque d'informations sur la mention de 2 groupes documentés au dossier;**ET/OU**
 - Si aucune recherche RAI n'a été terminée au cours des 21 derniers jours, en cas de Rh négatif.
- 13) Effectuer la prise des signes vitaux (TA, FC, FR, SatO₂) avant la procédure x1 et au besoin.
- 14) Accompagner l'usagère selon son état physique et psychologique.
- 15) Évaluer et documenter le degré de sédation et assister le médecin durant la procédure, en documentant le tout sur l'OIP-717 Interruption volontaire grossesse (IVG) chirurgicale.

POST-IVG IMMÉDIAT :

- 16) Procéder à l'évaluation et documenter le tout sur OIPI-717 Interruption volontaire grossesse (IVG) chirurgicale.
- 17) Évaluer et contrôler les signes vitaux (TA, FC, FR, SatO₂), coloration, présence de ronflement et échelle de sédation immédiatement après l'intervention, chaque 15 minutes x 2 et selon l'état de l'usagère par la suite.
- 18) Vérifier les saignements. **Aviser le médecin si** présence de saignements anormaux, de signes d'hémorragie ou si douleur importante.
- 19) Observer l'usagère à la salle de repos pour un minimum de 30 minutes (120 minutes si antagoniste administré).
- 20) **Si grossesse de 8 semaines et plus**, administrer le Win Rho selon l'ordonnance médicale individuelle en s'assurant d'avoir le matériel d'urgence nécessaire. Se référer à la méthode de soins informatisée (MSI) *Administration de l'immunoglobuline anti-D (humaine)- WinRhoMD SDF pour la prévention de l'allo immunisation Rho(D) –CCNMT*.
 - Pour les grossesses de **8 semaines à 11^{6/7} semaines**, une dose de **Win Rho de 120 mcg IM ou IV** est recommandée;
 - Pour les grossesses de **12 semaines et plus**, une dose de **Win Rho de 300 mcg IM ou IV** est recommandée.
- 21) Autoriser le congé de l'usagère si :
 - Éveillée et alerte.
 - Condition clinique stable soit :
 - Signes vitaux stables (TA, FC, FR, SatO₂)
 - Pertes sanguines contrôlées
 - Douleur contrôlée
 - Présence d'un accompagnateur pour assurer un retour sécuritaire à domicile (interdiction pour l'usagère de conduire un véhicule pour les 24 heures suivant l'intervention).
- 22) Si stérilet ou implant installé, offrir un rendez-vous de suivi téléphonique ou en présentiel dans 4 à 6 semaines, sinon offrir à l'usagère de nous contacter au besoin pour planifier un rendez-vous selon la situation.

SECTION 2 : IVG médicale

ENTREVUE PRÉ IVG médicale

- 1) Compléter le formulaire d'évaluation pré IVG médicale.
 - 2) Faire l'enseignement sur l'allo-immunisation et expliquer les risques, les effets indésirables, les signes et symptômes de complications incluant les raisons de consultation médicale urgentes. Remettre la brochure sur l'IVG médicale.
- * Aviser le médecin afin qu'il valide le consentement verbal avec l'usagère le jour de l'intervention.**
- 3) Expliquer les modalités d'utilisation du médicament en précisant la date limite d'utilisation du Mifegymiso.
 - 4) Faire les prélèvements suivants :

Prélèvements (vaginal ou cervical ou urinaire ou pharyngé) :

 - Chlamydia
 - Gonorrhée
 - Culture vaginale PRN si suspicion de vaginose bactérienne, se référer à l'OC-6061 INESSS Initier des mesures diagnostiques chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles.

Prélèvements veineux :

 - **Si grossesse de 8 semaines et plus : faire un groupe sanguin complet** (si groupe inconnu ou Rh négatif) soit : (Groupe + Rhésus (Rh) et Recherche anticorps irréguliers (RAI);
 - Hb et Ht, si anémie suspectée.
 - Bêta-hCG quantitatif.
 - Autres bilans demandés suite à l'évaluation médicale, le cas échéant.

- 5) Contacter le médecin afin qu'il valide le consentement verbal avec l'usagère et qu'il prescrive la médication de support (analgésique, antiémétique, contraception). S'assurer qu'il complète la note au dossier. Il pourrait être possible de planifier un rendez-vous avec le médecin pour l'évaluation, le consentement et la remise des comprimés, selon la situation.
- 6) L'infirmière peut contribuer à la complétion du formulaire de consentement AH-110. Il est de la responsabilité du médecin de valider le consentement final avec l'usagère en signant également le formulaire.
- 7) Remettre l'ordonnance complétée et signée (OIPI-700 Interruption volontaire grossesse médicale – liaison et ordonnance externe) à faire servir dans une pharmacie communautaire externe.
- 8) **Si grossesse de 8 semaines et plus ainsi qu'un groupe sanguin Rh négatif** : administrer le Win Rho avant ou au plus tard 72h après la prise du mifépristone selon l'ordonnance médicale individuelle en s'assurant d'avoir le matériel d'urgence nécessaire. Se référer à la méthode de soins informatisée (MSI) *Administration de l'immunoglobuline anti-D (humaine)- WinRhoMD SDF pour la prévention de l'allo immunisation Rho(D) –CCNMT*.
 - Pour les grossesses de **8 semaines à 11^{6/7} semaines**, une dose de **Win Rho de 120 mcg IM ou IV** est recommandée.
- 9) Prévoir un rendez-vous à la clinique pour suivi médical, de 7 à 14 jours après la prise du mifépristone.

RENDEZ-VOUS post IVG médicale (7 à 14 jours post mifépristone) :

- 10) Évaluer l'état psychologique de l'usagère, offrir relation d'aide s'il y a lieu.
- 11) Évaluer l'évolution des saignements, des douleurs abdominales et de la résolution des symptômes de grossesse.
- 12) Évaluer si complications ou effets indésirables de la médication.
- 13) Effectuer le prélèvement veineux de bêta-hCG quantitatif.
- 14) Selon la situation clinique, si prélèvement veineux impossible, effectuer un bêta-hCG urinaire dans un délai de 4 à 5 semaines suivant la prise du mifépristone. L'infirmière doit assurer un suivi subséquent et consigner le résultat du test urinaire au dossier de l'usagère.
- 15) Prescrire ou effectuer l'échographie pour confirmer l'absence de grossesse au besoin.
- 16) Si l'avortement n'est pas complété, ou en cas de doute, assurer le suivi en collaboration avec le médecin et suivre les directives médicales subséquentes.
- 17) Vérifier si la contraception est débutée et si elle est bien tolérée.
- 18) Au besoin, le médecin ou une IPS installera un stérilet ou un implant contraceptif.
 - Si un stérilet ou un implant est installé, offrir un rendez-vous de suivi téléphonique ou en présentiel dans 4 à 6 semaines, sinon l'usagère pourra nous contacter pour un rendez-vous au besoin.
- 19) Faire un rapport de l'évolution au médecin et s'assurer qu'il complète la note de suivi post-IVG.

11. Médecin répondant

Médecin ou IPS attitré à la clinique de planning.

12. Annexes

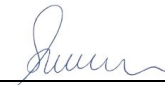
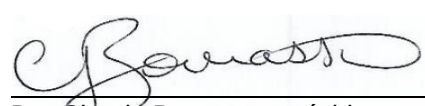
Annexe A : Avantages, inconvénients et risques IVG médicale et chirurgicale

Annexe B : Benefits, inconveniences and risks medical and surgical VIP

13. Références

- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2008). Pour faire le bon choix. Repéré à <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/expertise-et-partenariat/publications/pour-faire-le-bon-choix>
- Costescu, D., Guilbert, E., Bernardin, J., Black, A., Dunn, S., Fitzsimmons, B., Norman, W., Pymar, H., Soon, J., Trouton, K. et al. (2016). Avortement médical. Directive clinique de la SOGC. *Journal Obstetrics Gynecology*, (332). Repéré à : [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)00043-8/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)00043-8/abstract)
- Guilbert, E., Hayden, A., Jones, H., O'Connell, W.K., Paul, M., Lichtenberg, E.S. et al. (2015). First-trimester medical abortion practices in Canada: A National Survey. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:474.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). L'interruption volontaire de grossesse pratiquée à l'aide du Mifegymiso (comprimé de mifépristone et comprimés de misoprostol). Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-IVG>
- Mark, A., Foster, A. M., Grossman, D., Prager, S. W., Reeves, M., Velásquez, C. V., Winikoff, B. (2016). Foregoing Rh testing and anti-D immunoglobulin for women presenting for early abortion: a recommendation from the National Abortion Federation's Clinical Policies Committee. *Contraception*. 99. 2019; 265-266.
- Clinical policy guidelines for abortion care, National abortion federation. 2022, 59 p.
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). (2017). L'interruption volontaire de grossesse à l'aide de la pilule abortive. Guide à l'intention des pharmaciens. Repéré à https://www.opq.org/doc/media/2819_38_fr-ca_0_guide_pilule_abortive_opq_vf.pdf
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). (2024). Directive clinique numéro 448 : Prévention de l'allo-immunisation Rhésus D. Repéré à [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(24\)00259-7/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(24)00259-7/abstract).
- World Health Organisation (WHO). (2022). *Abortion care guideline. Chapter 3. Recommendations and best practice statements across the continuum of abortion care*. Clinical services Recommendation 8: Rh isoimmunization for abortion at gestational ages < 12 weeks (3.3.3). 2022;44-45.

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Mélanie Guérin, infirmière support clinique périnatalité HAL	2017-04-07
Révisé par	Priscilla Fortier, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers, volet des programmes jeunesse et activité de santé publique, DSIEU	2024-01-26
Personnes consultées	Dr François Loiselle, gynécologue -obstétricien	2018-01-11 2024-01-31
	Marie-Claude Croteau, infirmière clinique de planning HAL	2018-01-11
	Dre Josée Hébert, chef médical en obstétrique- gynécologie	2018-01-11
	Dre Manon Leduc, omnipraticienne	2018-01-11 2024-01-26
	Christelle Robert, conseillère cadre au développement des outils cliniques	2018-01-11
	Patricia Quirion, chef de programme 0-5 ans, Vaudreuil-Soulanges	2018-01-11
	Mylène Forget, inf. clinicienne	2018-01-11
	Sylviane Thauvette. ASI clinique spécialisée	2018-01-11
	Dre Julie Brisson, gynécologue - obstétricienne	2018-01-25
	Linda Brabant, coordonnatrice Pavillon naissance intérim HAL	2018-01-25
	Jessica Despons, inf. Clinicienne Pavillon naissance HAL	2018-01-25
	Martine Leloup, infirmière clinicienne, Clinique Climats. DPJASP	2024-01-26
	Kim Belec Chevrier, infirmière clinicienne, Clinique Climats, DPJASP	2024-01-26
	Sophie Martin, ICASI en santé scolaire et clinique Climats, DPJASP	2024-01-26
	Geneviève Léveillé, infirmière clinicienne soutien à la pratique clinique, DSIEU	2024-01-31
	Sophie Goneau, pharmacienne chef adjointe aux affaires professionnelles, DSPEM	2024-10-07
Historique du document		
Recommandé par la chef de départements médicaux	Dre Josée Hébert Chef Médical en obstétrique-gynécologique	2018-03-29
Recommandé par l' instance	Mélanie Caron Présidente, comité de pharmacologie	2018-03-29
Approuvé par	Dr Gaétan Filion, président Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-04-10
	Dre Claude Bourassa, présidente Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2024-11-18

Processus de recommandation de la révision du document		
Recommandé par la chef de départements médicaux	 Dre Josée Hébert, Chef du département d'obstétrique-gynécologie, DSP adjointe par intérim	2024-10-28
Recommandé par l'instance	 Sophie Goneau, présidente Comité de pharmacologie	2024-10-16
Approuvé par	 Dre Claude Bourassa, présidente Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2024-12-11

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette ordonnance collective vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation

**AVANTAGES, INCONVÉNIENTS ET RISQUES
IVG MÉDICALE ET CHIRURGICALE**

IVG MÉDICALE AVEC MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL (11 SEMAINES ET MOINS)	
AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Accessible précocement dans la grossesse (à partir de 5 ½ semaines)	Non accessible aux grossesses de plus de 11 semaines (plus de 77 jours)
Expulsion de la grossesse à domicile, en privé (ressemble à une fausse-couche)	Processus d'avortement plus lent (généralement quelques heures à quelques jours)
Ressemble à une fausse-couche	Saignements vaginaux parfois abondants et prolongés (généralement de 2 à 4 semaines)
Pas d'effet à long terme sur la fertilité ou le risque de cancer gynécologique	Douleurs au ventre parfois importantes (médication prescrite)
Risque d'infection plus faible qu'avec l'avortement chirurgical	Possibilité de plusieurs visites de contrôle à la clinique en cas d'échec de procédure (rare)
	Avortement chirurgical parfois nécessaire dans moins de 5% des cas
	Possibilité de plusieurs visites de contrôle à la clinique
	Complications rares, mais possibles, incluant l'hémorragie sévère
	Effets à long terme plus ou moins connus

IVG CHIRURGICALE DU 1^{ER} TRIMESTRE (14 SEMAINES DE GROSSESSE ET MOINS)	
AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
Procédure courte, généralement moins de 10 minutes	Accessible lorsque le sac gestationnel est visible (5-6 semaines de grossesse)
Douleurs au ventre généralement limitées à la journée de l'intervention, mais peuvent se poursuivre dans les jours qui suivent	A lieu en salle d'intervention, moins privé
Saignements vaginaux habituellement peu abondants	Complications rares, mais possibles, incluant l'hémorragie sévère, l'infection et la perforation de l'utérus
Peut être effectué sous sédation/analgésie	Accompagnement obligatoire pour le retour à la maison

RISQUES DE L'IVG

Bien que les risques d'un avortement en début de grossesse s'avèrent très faibles, des complications peuvent survenir. Notez qu'elles sont rares et généralement faciles à traiter.

Infection :

Malgré toutes les précautions prises, il arrive parfois que des femmes développent une infection de l'utérus parce que le col a été ouvert. L'infection devra être traitée avec des antibiotiques afin d'éviter des complications (infertilité, grossesse ectopique, douleurs chroniques).

Hémorragie :

Il est possible de présenter des saignements abondants lors de l'avortement et dans les jours suivants (présence de caillots). Parfois, il s'avère nécessaire de recourir à une deuxième intervention afin d'arrêter le saignement. Très rarement, on doit procéder à une transfusion sanguine pour remplacer le sang perdu.

Avortement incomplet :

Il s'agit de tissus placentaires ou de membranes encore présents dans l'utérus, ce qui peut entraîner de la fièvre, des douleurs ou des saignements. Il faut parfois intervenir, soit par la prise de médicaments ou par un 2e curetage.

Poursuite de la grossesse :

Lorsque la grossesse est interrompue très tôt (moins de 6 semaines), il arrive parfois que l'avortement ne réussisse pas à éliminer l'embryon. Une deuxième intervention sera alors requise.

Perforation de l'utérus :

Il s'agit d'une complication très rare qui survient lorsqu'un instrument perce l'utérus. La guérison s'effectue le plus souvent spontanément, avec le temps. Cependant, dans de rares cas, une chirurgie est nécessaire pour réparer la blessure.

Lacération du col utérin :

Rare et généralement sans conséquence grave. La guérison s'effectue le plus souvent spontanément, sans intervention. Cependant, dans de rares cas, des points de suture sont nécessaires pour réparer la blessure.

Allergie médicamenteuse :

Les risques de réaction aux médicaments peuvent survenir, comme pour n'importe quel médicament.

Fertilité :

La fertilité n'est pas affectée par l'avortement. Cependant, certaines complications très rares pourraient affecter la fertilité de façon exceptionnelle. L'infection à chlamydia est une cause d'infertilité plus fréquente que l'interruption de grossesse.

Mortalité :

Au Québec, il n'y a qu'un risque minime de mourir d'une complication liée à un avortement. La poursuite de la grossesse comporte plus de risque de décès que l'avortement.

AIDE AU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ DE L'USAGÈRE QUANT À PRISE DE LA MÉDICAMENTATION LORS DE L'IVG CHIRURGICALE

MISOPROSTOL LORS DE L'IVG CHIRURGICALE :

Le misoprostol (Cytotec®) est un médicament de la classe des prostaglandines approuvé par Santé Canada pour la prévention et le traitement des ulcères d'estomac. Bien qu'il ne soit pas commercialisé pour cette indication, le misoprostol est utilisé depuis les années 1990 pour faciliter la procédure d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et d'autres procédures en gynécologie-obstétrique pour préparer le col, grâce à ses propriétés. Le misoprostol agit sur le muscle utérin et le col de l'utérus, et permet de dilater (ouvrir) le col de l'utérus et de faciliter l'expulsion du contenu de l'utérus, tout en diminuant les risques de traumatisme au col et au corps utérin. Dès que les comprimés de misoprostol sont insérés dans le vagin, il est préférable de ne pas modifier votre décision d'interrompre la grossesse, car ce médicament peut amener des malformations fœtales (absence de membres ou membres incomplets, absence de cerveau, malformations de la tête) dans le cas où la grossesse serait poursuivie. Les **principaux effets secondaires** du misoprostol sont: diarrhée (13-40%), crampes et douleurs abdominales (12-15%), nausées (7%), saignements vaginaux (5%), maux de tête (1%), étourdissements (1%), expulsion spontanée du fœtus, particulièrement si plusieurs grossesses antérieures (moins de 1%), fièvre et frissons (les frissons peuvent être surprenants par leur intensité, mais ils ne durent que 30 à 60 minutes).

ANTIBIOPROPHYLAXIE LORS DE L'IVG CHIRURGICALE

L'utilisation d'antibiotiques avant et/ou après l'interruption volontaire de grossesse permet de diminuer le risque de 50% des infections génitales hautes suite à la procédure:

INTERACTIONS ET CONTRE-INDICATIONS:

DOXYCYCLINE :

Interactions médicamenteuses : antiacides et laxatifs contenant de l'aluminium, du calcium ou du magnésium, anticoagulants, anti diarrhéiques, barbituriques, carbamazépines, phénytoïne, contraceptifs oraux, fer, insuline, médicaments hépatotoxiques, méthoxyflurane, pénicilline, rétinoïdes.

Contre-indications :

- Dysfonctionnement hépatique et rénal grave.
- Myasthénie grave.

MÉTRONIDAZOLE :

Interactions médicamenteuses : amprénavir en solution orale, busulfan, éthanol, fluorouracile, mébendazole, warfarine.

Contre-indications :

- Vigilance au niveau du dosage si infection hépatique grave.
- Antécédent de dyscrasie sanguine.

SÉDATION ANALGÉSIE LORS DE L'IVG CHIRURGICALE

L'intervention sera pratiquée sous sédation-analgésie. Ces médicaments diminuent temporairement l'état de conscience et provoquent de la somnolence. Il y a une possibilité de réaction allergique et de dépression respiratoire pour laquelle la patiente est évaluée de façon continue par le médecin et l'infirmière, jusqu'au retour à l'état de conscience initial. Dès que la médication est administrée, il ne faut PAS CONDUIRE DE VÉHICULE MOTORISÉ, NI SIGNER DES DOCUMENTS IMPORTANTS, PENDANT LES 24 HEURES qui suivent.

**BENEFITS, INCONVENIENCES AND RISKS
MEDICAL AND SURGICAL VIP**

MEDICAL VIP WITH MIFEPRISTONE AND MISOPROSTOL (11 WEEKS AND LESS)	
BENEFITS	INCONVENIENCES
Available early in pregnancy (starting from 5.5 weeks)	Not available for pregnancies beyond 11 weeks (more than 77 days)
Allows for at-home pregnancy termination in private (similar to a miscarriage)	Slower abortion process (usually takes several hours to several days)
Mimics the natural process of a miscarriage	Vaginal bleeding can be heavy and prolonged (typically lasts 2-4 weeks)
No long-term impact on fertility or risk of gynecological cancers	Abdominal pain can be significant (medication prescribed)
Lower risk of infection compared to surgical abortion	Possibility of multiple follow-up visits at the clinic if the procedure fails (rare)
	Surgical abortion may be needed in less than 5% of cases
	Possibility of multiple follow-up visits at the clinic
	Complications are rare but possible, including severe hemorrhaging
	Long-term effects are not fully understood

1ST TRIMESTER SURGICAL VIP (14 WEEKS AND LESS)	
BENEFITS	INCONVENIENCES
Short procedure (typically less than 10 minutes)	Available once the gestational sac is visible (5-6 weeks of pregnancy)
Abdominal pain is usually limited to the day of the procedure, but may persist for a few days afterwards	Performed in a procedure room, less privacy
Vaginal bleeding is generally light	Complications are rare but possible, including severe hemorrhaging, infection, and uterine perforation
Can be performed under sedation/analgesia	Must be accompanied home

RISKS OF VIP

While the the risks associated with an early abortion are very low, complications can arise. However, they are rare and generally easily treatable.

Infection:

Despite all necessary precautions, a uterine infection can sometimes develop due to the cervix being opened. The infection must be treated with antibiotics to avoid complications (infertility, ectopic pregnancy, chronic pain).

Hemorrhage:

You may bleed heavily during the abortion and in the days that follow (with blood clots). Sometimes, a second procedure is needed to stop the bleeding. In very rare cases, a blood transfusion is needed to replace the blood you lost.

Incomplete abortion:

This happens when the placenta and membranes are not completely shed from the uterus, which can lead to fever, pain or bleeding. This requires treatment, either with medication or a second curettage.

Continuation of the pregnancy:

When the pregnancy is interrupted very early (before 6 weeks), sometimes the abortion does not successfully eliminate the embryo. This requires a second procedure.

Uterine perforation:

This is a very rare complication that happens when an instrument perforates the uterus. Most often, the uterus will heal on its own, with time. However, in rare cases, surgery is needed to repair the injury.

Cervical laceration:

This is a rare complication that is generally not serious. Most often, the cervix will heal on its own, without any treatment. However, in rare cases, stitches are needed to repair the injury.

Medication allergy:

As with any medication, there is a risk of an allergic reaction.

Fertility:

Abortion does not affect fertility. However, in extremely rare cases, certain complications could have an impact on fertility. It's important to note that chlamydia is a more common cause of infertility than abortion.

Mortality:

In Québec, the risk of dying from an abortion-related complication is extremely low. Continuing a pregnancy carries a higher risk of death than having an abortion.

**VOLUNTARY AND INFORMED CONSENT FOR MEDICATION
USE DURING SURGICAL VIP**

MISOPROSTOL DURING SURGICAL VIP:

Misoprostol (Cytotec®) is a prostaglandin approved by Health Canada for the prevention and treatment of stomach ulcers. While not marketed for this indication, misoprostol has been used since the 1990s in gynecology and obstetrics to prepare the cervix for various procedures, including voluntary interruption of pregnancy (VIP). Misoprostol causes the uterus to contract and the cervix to dilate (open up), facilitating the expulsion of the uterine tissue, while reducing the risk of trauma to the cervix and uterus. Once the misoprostol tablets have been inserted into the vagina, it is important to proceed with the abortion, since the medication can cause fetal malformations (e.g., missing or incomplete limbs, no brain development, or head deformities) if the pregnancy continues.

The **common side effects** of misoprostol include: diarrhea (13-40%), abdominal pain and cramping (12-15%), nausea (7%), vaginal bleeding (5%), headache (1%), dizziness (1%), spontaneous expulsion of the fetus, especially in women who have had multiple previous pregnancies (less than 1%), fever and chills (chills may be intense but typically last only 30–60 minutes).

ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS DURING SURGICAL VIP:

Taking antibiotics before and/or after a VIP reduces the risk of upper genital tract infections by 50%.

INTERACTIONS AND CONTRAINDICATIONS:

DOXYCYCLINE:

Drug interactions: antacids and laxatives containing aluminum, calcium or magnesium; anticoagulants; antidiarrheals; barbiturates; carbamazepine; phenytoin; oral contraceptives; iron; insulin; hepatotoxic medications; methoxyflurane; penicillin; retinoids.

Contraindications:

- Severe liver or kidney dysfunction.
- Myasthenia gravis.

METRONIDAZOLE:

Drug interactions: amprenavir oral solution; busulfan; ethanol; fluorouracil; mebendazole; warfarin.

Contraindications:

- Monitor dosage in cases of severe liver infection.
- History of blood dyscrasia.

SEDATION AND ANALGESIA DURING SURGICAL VIP:

The procedure will be performed under sedation and analgesia. These medications temporarily reduce consciousness and cause drowsiness. There is a potential risk of allergic reaction and respiratory depression, which will be continuously monitored by the doctor and nurse until you fully regain consciousness. Once the medication has been administered: **DO NOT DRIVE A MOTOR VEHICLE OR SIGN IMPORTANT DOCUMENTS FOR THE NEXT 24 HOURS.**